



HAL
open science

**“ Je ne sais plus qui je suis ”. Approche psychomotrice
et maintien de l’identité chez la personne âgée démente
en institution**

Alison Reymond-Laruinaz

► **To cite this version:**

Alison Reymond-Laruinaz. “ Je ne sais plus qui je suis ”. Approche psychomotrice et maintien de l’identité chez la personne âgée démente en institution. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562151

HAL Id: dumas-01562151

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562151>

Submitted on 13 Jul 2017

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 de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« JE NE SAIS PLUS QUI JE SUIS »

Approche psychomotrice, et maintien de l'identité chez la
personne âgée démente en institution.

REYMOND - LARUINAZ Alison

Née le 02/01/1995 à Saint-Benoît (Île de la Réunion 974)

Directrice de Mémoire : MOLINIE Noémie

JUIN 2017

REMERCIEMENTS

À ma directrice de mémoire, Noémie MOLINIE d'avoir tenté de comprendre le fil de ma pensée, bien que parfois indéchiffrable. Ce mémoire c'est aussi grâce à toi, qui a remis de l'ordre dans mes idées par ton expérience, ta patience et ta bienveillance. À mes maîtres de stage, et notamment à Maylis DELORME pour m'avoir fait confiance et offert l'opportunité de vivre ces expériences. Tu m'as épaulée vers l'autonomie, et aidée à définir mon identité de psychomotricienne. À la structure qui m'a accueillie et l'ensemble de son personnel, qui ont bien voulu partager leur « savoir-faire » et qui m'ont très bien intégrée à l'équipe.

À ma famille qui m'a permis d'arriver jusqu'ici et a fait de moi ce que je suis. À ma « deuxième famille », qui m'a soutenue et offert des précieux moments de répit durant l'écriture de mon mémoire. À l'ensemble de mes proches, amis, psychomotriciens ou non, qui m'ont soutenue, et ont participé de près ou de loin à l'écriture de ce mémoire.

Enfin, à toutes ces personnes que j'ai croisées au cours de mon stage. Pour votre sourire et votre joie de vivre, votre savoir, ainsi que ces moments précieux que vous m'avez offerts. Je suis aujourd'hui nostalgique de ces moments, tout en étant fier de ce mémoire, témoin de notre année ensemble. Il y a un peu de vous dans chacune de ces lignes et je ne vous remercierai jamais assez. J'espère, un jour, apporter autant à mes patients que ce que vous m'avez donné.

« À la vie, parfois rude et sombre. Mais qui nous permet de grandir et de nous élever. »

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	3
<u>CHAPITRE 1 : QU'EST-CE QUE L'IDENTITE</u>	6
1. Définitions, caractéristiques et piliers de l'identité.....	6
1.1 Approche globale	6
1.2 Approche psychologique.....	8
1.3 Approche phénoménologique	11
2. Les différentes facettes de l'identité	13
2.1 Identité corporelle	13
2.2 Identité psychique	15
2.3 Moi groupal	15
3. Genèse et évolution de l'identité	17
3.1 Les fondements de l'identité chez l'enfant	17
3.2 Identités adolescentes.....	22
3.3 L'identité à l'âge adulte	26
3.4 Identité et vieillissement physiologique.....	28
<u>CHAPITRE 2 : DEMENCE ET PERTE IDENTITAIRE</u>	33
1. Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées.....	33
1.1 Généralités	33
1.2 Les marqueurs de la maladie	36
1.3 Traitements	40
2. Répercussions identitaires	42
2.1 Troubles mnésiques et autobiographiques	42
2.2. Troubles cognitifs et difficultés symboliques	46
2.3 Désorientation temporo-spatiale	48
2.4 Détérioration corporelle et perte d'autonomie.....	49
2.5 De la perte d'autonomie vers un placement en institution	50

CHAPITRE 3 : PSYCHOMOTRICITE ET IDENTITE	58
1. Spécificités de la psychomotricité	58
1.1 Approche de la psychomotricité	58
1.2 Identité du psychomotricien	61
2. Cas cliniques	63
2.1 N°1 : Mme Du	63
2.2 N°2 : Mme T	69
3. Enjeux d'une prise en soin en psychomotricité	76
3.1 Intérêt de la psychomotricité dans le soutien identitaire	76
3.2 De l'individuel en institution.....	82
3.3. Un travail transdisciplinaire	83
Conclusion	84
Annexes	86
Bibliographie.....	94
Table des matières	97

INTRODUCTION

*« J'ai l'impression d'être dans la tête et dans le corps de quelqu'un d'autre ». **

Aux prémices de mon stage, j'ai eu l'opportunité de partager la journée d'une aide-soignante de la structure afin de découvrir l'envergure et la complexité de son travail. J'ai pu, grâce à cela, aller à la rencontre de nombreux résidents afin d'établir un premier lien. Parmi eux, je fis la connaissance de Mme L, 96 ans, résidente d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle m'a alors confié cette phrase, employée aujourd'hui en tant qu'introduction de mon mémoire de fin d'étude et qui m'a permis, entre autres, de m'intéresser à ce vaste et captivant sujet.

Je fus interpellée par cette confiance, attisant ma curiosité et me poussant à la réflexion. Je me suis ainsi questionnée : cette « tête » et ce corps que Mme L. semble avoir perdu, à quoi cela fait-il référence ? Qu'est-ce que cela représente pour elle ? Il semblerait que cette entité somatopsychique soit ce qui lui permet de se reconnaître elle-même.

Qu'est-ce qui nous permet à tous de nous reconnaître ? Ce qui fait notre singularité ? Ce qui nous est propre et nous permet de nous différencier de l'autre ? Derrière nos habitudes, nos opinions, nos caractéristiques physiques, nos démarches et postures que se cache-t-il ? Ou encore derrière nos métiers, nos activités, le rôle et statut de parent ou d'enfant ? Chacun de ces éléments façonne notre existence en tant qu'individu unique, nous caractérise, et nous offre la possibilité de nous sentir exister en tant que sujet. Quel mot peut regrouper chacune de ces notions ? **L'Identité.**

Tout individu au cours de sa vie, va constituer, solidifier et transformer cette identité. Moi-même, en tant que future psychomotricienne, je m'interroge sur ce qui fait et fera mon identité de thérapeute. L'identité de psychomotricien qui me correspond par rapport à mes caractéristiques et à la singularité de mon histoire personnelle.

Cette identité naît de nos expériences, nos interactions, nos apprentissages et va constamment se façonner, selon le contexte et les âges de la vie. Certaines étapes du développement constitueront des périodes charnières, de **remaniements identitaires** tels que l'adolescence et le vieillissement. Cette dimension de nous-même est donc quelque chose de difficile à saisir et à définir au vu de la multiplicité et complexité des formes sous lesquelles elle se manifeste. Mais à chaque moment notre conscience et notre mémoire nous permettra de nous sentir identique à nous-même en dépit de l'évolution. C'est cette **continuité d'existence**, permettant de regrouper chaque identité que nous avons occupée et occupons actuellement, qui forme l'Identité propre d'un sujet.

Mais alors, qu'en est-il lorsque le sujet n'est plus pourvu de cette capacité ? Lorsque l'accès à la continuité d'existence est impossible ou dysfonctionnel ? Lorsque le sujet est atteint d'une démence ? D'autant plus que cette pathologie conduira souvent à l'entrée en institution : les repères disparaîtront, les habitudes quotidiennes s'estomperont au vu du fonctionnement et des protocoles institutionnels. La limite entre le sujet et l'autre s'affaiblira par la vie en collectivité. Qu'advient-il de cette Identité à la lumière de ces bouleversements ?

C'est une question par laquelle je me suis sentie concernée en tant que future psychomotricienne, thérapeute qui s'adresse au sujet dans toute sa globalité. Alors lorsque le corps et l'esprit semblent ne plus appartenir à la personne et la caractériser, que pouvons-nous faire ? Je me suis longuement interrogée à propos de l'éventuelle implication du psychomotricien. Cette dimension ne faisant pas partie de nos indications de travail auprès de la personne âgée démente, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cela signifie-t-il que nous n'avons donc aucun rôle à jouer dans ce domaine ?

Dans la posture et fonction même du psychomotricien, n'y a-t-il pas un effet sur l'Identité ? En effet, l'un des outils principaux du psychomotricien est **le corps** : le corps propre du thérapeute, et le corps du patient. Ce corps, est un socle de construction et de maintien du psychisme, s'élaborant en interaction avec lui, et permettant l'accès et l'ancrage dans le présent. N'y a-t-il pas dans les activités que nous proposons, la possibilité d'utiliser ce corps, de solliciter son réinvestissement, afin de nourrir **l'identité corporelle** et ainsi maintenir l'Identité ?

Cela supposerait la présence d'une identité corporelle, essence même du travail du psychomotricien et du décret d'acte du métier, sur laquelle nous pourrions nous appuyer pour maintenir l'Identité avec un grand « I », signifiant l'identité comme unité somatopsychique et donc globale du sujet. Ce qui lui permettrait ainsi, malgré la faiblesse de la continuité d'existence, de pouvoir exister dans « *l'ici et maintenant* » et d'être quelqu'un d'unique et différencié de l'autre.

C'est pourquoi j'entreprends aujourd'hui un mémoire de réflexion sur la question de l'Identité en psychomotricité : **Pouvons-nous, par l'approche corporelle propre au métier de psychomotricien, favoriser le maintien de l'Identité du patient âgé dément en institution ?**

Cette question constituera le fil directeur de mon mémoire et de mon stage de troisième année. Bien-sûr la réponse à celle – ci dépend également de notre identité propre, de nos convictions et de notre vision du métier de psychomotricien parfois très hétéroclite. Je tenterai d'y répondre par divers apports théoriques, éclairés par des expériences cliniques.

Au cours du déroulement de ma pensée, je m'intéresserai premièrement à la notion d'Identité : Comment se construit et évolue-t-elle ? Sur quels piliers se base-t-elle ? Prend-t-elle différentes formes notamment corporelles tel que je l'évoquais précédemment ?

Dans un second temps, j'apporterai un éclairage sur ce qu'est la démence : sa définition, son étiologie, sa symptomatologie et ses traitements. Puis je m'intéresserai aux répercussions identitaires qu'elle peut avoir, de par la maladie elle-même, et de par l'entrée en institution.

Enfin dans une dernière partie, j'évoquerai la spécificité et l'identité selon un éclairage psychomoteur, ainsi que les enjeux possibles d'une prise en charge en psychomotricité dans le maintien identitaire. J'illustrerai par des cas cliniques les situations vécues et les expériences proposées en rapport avec mon sujet, ainsi que certains outils que j'aurai utilisés. Nous pourrons alors discuter d'un hypothétique rôle à jouer dans ce domaine, au vu de l'expérience clinique que j'aurai au cours de mon stage, et des éventuelles difficultés que j'aurai pu rencontrer.

CHAPITRE 1 : QU'EST-CE QUE L'IDENTITE ?

1. DEFINITIONS, CARACTERISTIQUES ET PILIERS DE L'IDENTITE

1.1 Approche globale

Le mot Identité, vient de l'ancien français *ydemtité* et du latin *identitas* qui signifie « **qualité de ce qui est le même** », dérivé du latin classique « idem », « le même ».

L'identité serait donc ce qui rassemble, ce qui se ressemble. Elle est définie par le Larousse comme étant « *le rapport que présentent entre eux deux ou plusieurs êtres ou choses, qui ont **une similitude parfaite*** ». C'est donc l'ensemble des caractéristiques qui serviront à définir une personne en tant que telle et qui permettront ainsi d'identifier nos partenaires de relation.

Nous parlons aussi de « *données de fait et de droit, qui permettent d'individualiser quelqu'un* » toujours selon le Larousse. Nous pouvons par exemple penser à « *l'ensemble des caractéristiques permettant de définir expressément un objet ou un acteur* ». Ces caractéristiques sont aussi appelées **référents identitaires**, qui pourront être de natures diverses :

- Écologiques : caractéristiques du milieu de vie, organisation sociale...
- Physiques et matériels : biens et territoires possédés, vêtements, apparences physiques, traits morphologiques, signes distinctifs, etc.
- Historiques et culturels : actes fondateurs de notre origine, situations familiales, croyances et coutumes.
- Psychosociaux : noms, statuts sociaux, rôles, places dans la société, etc.

L'identité est alors un assortiment de signifiants ou repères, apposés par des acteurs (le sujet lui-même ou les autres) sur une réalité objective et subjective. La notion d'objectivité, va faire appel aux référents identitaires qui sont de l'ordre de l'inné comme les caractéristiques

physiques, sous-tendues par la génétique. Mais cela peut également faire référence à la réalité sociale, du groupe. La notion de subjectivité quant à elle, renvoie à la perception propre du sujet, comment il ressent son identité.

Pour résumer, je donnerai ma propre définition de l'identité comme étant **l'ensemble des caractéristiques propres qui permettent de définir expressément un objet ou un acteur, en tant que sujet unique et singulier, différencié de l'autre, tout en se percevant égal à lui-même dans le temps.**

Il y a dans cette définition la notion de **l'autre**, qui tient une place importante dans notre construction, l'Homme étant un individu évoluant parmi ses pairs, et ayant la possibilité, par l'apparition du langage entre autres, d'entrer en communication avec eux. L'identité peut donc être qualifiée d'entité sociale, désignant autant l'individu qu'une collectivité. Nous définirons alors **deux noyaux identitaires** évoqués par A.Mucchielli (2013) :

→ Individuel : il va structurer la personnalité du sujet, et sous-tend ses actes et expériences vécues, laissant des traces psychiques réutilisables. Nous parlons alors du « *Moi* » utilisé en psychanalyse, en tant que sujet et entité propre construisant son identité.

→ Groupal : le sujet façonne son identité dans le rapport à l'autre, dans la relation mais également par l'histoire du groupe dans lequel il évolue, sa culture, ses attitudes. Ce fonctionnement en société va influencer considérablement l'identité propre du sujet.

Ces définitions montrent en elles-mêmes la complexité de l'identité, étant à la fois l'identique et le différent. C'est une unité **plurielle**, toujours en transformation en fonction du point de vue des acteurs, de la situation, des interlocuteurs. Elle est **dynamique**, de par son caractère évolutif et cela de façon concomitante au développement de l'individu. Mais également en perpétuel changement par le fait que l'identité prenne essence dans le milieu dans lequel le sujet évolue et va ainsi résulter d'un ensemble de processus à la fois biologiques, psychologiques, sociaux, et culturels. Le milieu étant changeant au fil des expériences, des relations et interactions que le sujet va connaître, l'identité va également se métamorphoser à chaque instant. Ce qui constituera l'identité du sujet sera donc la synthèse des identités qu'il occupe au cours de sa vie et dans les différents milieux.

1.2 Approche psychologique

1.2.1 **Le sentiment d'existence**

En psychologie l'Identité est définie par E.Erikson (1972, p.13) comme « **le sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle** ».

L'identité est difficile à saisir comme évoqué précédemment, elle ne pourra être perçue en tant que telle par le sujet. L'auteur énonce donc que l'Identité de l'individu va reposer sur **le sentiment d'existence** (*Ibid.*, 1950), faisant ainsi appel à la **conscience**, encore appelé « *sentiment de continuité de l'être* » (Winicott, 1969) ou « *le sentiment d'identité* » par A. Mucchielli (2013). Il peut être défini par la **continuité** qui persiste au travers du changement. Ce sentiment d'existence s'érige sur la base de différents piliers énoncés par E. Erikson (1968). Il en cite 9, mais seuls certains vont m'intéresser pour traiter ce sujet.

Tout d'abord, il énonce le sentiment d'unité personnelle ou sentiment de son être matériel et sensoriel. Sa construction va reposer sur le processus de maturation neurologique ainsi que sur la conscience progressive de l'être. Pour cela la **sensorialité** va être un des principaux acteurs : l'expérience sensorielle permettant au sujet de découvrir et prendre conscience de son corps, pour en dessiner une image que l'on appellera en psychomotricité **le schéma corporel**. Ce qui donnera sens à l'identité selon E.Erickson, sera le contexte spatial, physique et sensoriel, et la conscience du corps dans l'espace par l'élaboration du schéma corporel sera une étape primordiale au sentiment d'unité corporelle. Si les expériences sensorielles manquent, l'identité subit des perturbations. Cela énonce donc le rôle que joue **le corps**, non pas en tant que simple objet, mais en étant lui-même identité, et à l'origine d'une construction subjective car seul le sujet peut expérimenter et avoir conscience de cette unité.

Il poursuit par le sentiment de continuité temporelle : La notion de similitude, nécessite une comparaison dans le temps pour décrire ce qui est identique. Celle-ci se retrouve entre différents objets ou personnes, ou entre une même personne à divers instants. Nous voyons l'introduction d'une notion importante de l'identité : la similitude doit se retrouver dans une **temporalité**. Nous pouvons retrouver ce concept dans la définition du centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL), définissant l'identité personnelle comme : « *Caractère de ce qui demeure identique ou égal à soi-même dans le temps.* »

Cela est d'autant plus compliqué que l'identité est une notion dynamique, modelée par le contexte, l'interlocuteur, et par les interactions. Il est donc important qu'au cours de la vie, le

sujet puisse avoir conscience qu'il a évolué, que son identité a muée, mais qu'il reste le même et que ces différentes facettes de lui contribuent toutes à ses particularités et sa singularité.

C'est ce sentiment de continuité temporelle qui permet au sujet de se percevoir identique à lui-même dans le temps, de se représenter les étapes de sa vie et ses transformations comme continuum. Il est fondé sur la **permanence du corps** évoquée dans le point précédent, sur les états de conscience successifs, sur la **mémoire**, et un **travail psychique** permanent, visant à synthétiser les expériences vécues, ce qui sous-entend l'efficacité des structures cognitives du sujet. « *Le sentiment d'identité demeure tant que le sujet parvient à donner aux changements et altérations le sens de la continuité. Lorsque les différences sont perçues comme des ruptures, alors s'ouvrent des crises de l'identité.* » (Mucchielli, 2013, p. 69)

Le sentiment de différence est également un élément phare dans la conception de l'identité. En effet, nous avons vu que l'identité est ce qui est identique. Mais comment peut-on être un sujet unique, s'il n'y a que des similitudes ? Qu'est-ce qui traduira notre singularité ? Je pense ici au fait que nous ayons chacun des particularités, nous offrant la possibilité de nous démarquer de l'autre et garantissant notre unicité en tant que sujet individualisé. Ainsi l'Identité comprend également **la différence** : ce qui rend une personne singulière.

Le sujet va par exemple dans l'enfance, commencer par imiter l'autre pour intégrer le fonctionnement, puis créer au fil du temps de petites modifications, lui permettant de s'approprier l'action ou le comportement, et l'avènement de l'altérité. C'est le processus **d'identification** qui est mis en jeu, c'est à dire un phénomène psychique par lequel le sujet va assimiler un aspect ou une propriété de l'autre, et se transformer pour lui ressembler.

Cependant, il doit y avoir un noyau identitaire solide pour ne pas se transformer totalement au contact de cet objet, et garantir l'identité propre. « *Il ne peut y avoir une totale fusion, sinon il y aurait perte de l'identité au profit de l'investissement d'une autre identité* ». (Mucchielli, 2013, p. 70)

Nous pouvons mettre en parallèle une autre notion évoquée par E. Erikson : le sentiment d'autonomie. « *Un sujet ne peut affirmer son identité individuelle s'il ne peut à la fois se sentir appartenir à un groupe de ses semblables, et se sentir autonome par rapport à l'emprise collective de ce groupe* » (*Ibid.*, p. 73). C'est pourquoi l'individu ne va cesser d'alterner entre des phénomènes d'assimilation-accommodation évoqués précédemment, comprenant le va-et-vient entre identification-fusion et mise à distance-rejet.

Cet auteur évoque également le sentiment de participation affective, de confiance ontologique, de self-control, ainsi que le processus d'évaluation par rapport à autrui, et d'intégration des valeurs d'identification que je ne développerai pas, ne pouvant pas tout traiter.

1.2.2 L'estime de soi

Une autre notion est importante à développer après le sentiment d'existence, c'est le **narcissisme**. C'est à dire le sentiment de notre valeur, ou encore **l'estime de soi** qu'E. Erikson (1972) évoque en partie sous le nom de « *processus d'évaluation par rapport à autrui* ».

Premièrement, il me semble important de définir la notion de **Soi** que l'on peut retrouver dans les écrits. En effet cette notion est posée, comme étant « *la somme totale de tout ce que l'individu peut appeler sien* » (James, 1890). Il représente **la façon dont le sujet se perçoit lui-même et les sentiments associés à cette perception**. Ce terme est régulièrement utilisé dans les ouvrages anglo-saxons, traduction française du « self » (Eustache, 2013, p. 109). Il se différencie du **Moi** (*ego*), utilisé en psychanalyse notamment par S.Freud, se référant plutôt aux **fonctions cognitives, actives et adaptatives de la personnalité, tournées vers la réalité**.

L'estime de soi peut alors se définir en termes d'**attitudes et d'évaluations générales qu'entretient une personne sur elle-même**, toujours dans cette idée de perception que l'on a de soi-même. (Harter, 1999). Dans cette perspective, le modèle de S.Harter conçoit l'estime de soi comme comportant des dimensions de satisfaction personnelle et de jugement de l'efficacité de son fonctionnement. Il s'agit d'une attitude d'approbation ou de désapprobation envers soi, qui indique la valeur et la compétence que s'attribue la personne dans différents domaines.

Il est important de retenir au terme de cette partie que l'identité repose sur le sentiment d'existence, qui prend essence dans la **singularité** ; notamment par la connaissance et définition de soi (au niveau somatopsychique) ; la **continuité** de l'être, et la **différenciation** à l'autre. Enfin elle repose sur le narcissisme ; qualifiant l'individu et n'étant pas forcément en accord avec la réalité objective, mais ; représentant la réalité du sujet, sa perception de lui-même. Tout cela nécessite une assise solide des bases identitaires, des processus de contrôle et de défenses conservatrices.

1.3 Approche phénoménologique

La conscience de soi est double comprenant la conscience de l'identité dans le temps, ainsi que la conscience d'un soi immuable. (Eustache, 2013) Elle est réflexive et permet de se percevoir en tant qu'individu identique à un instant « t », puis de se percevoir comme Soi au fil du temps et des changements. Elle est à la **base du sentiment d'identité**. (Husserl, 1950)

P. Ricoeur (1990), évoque quant à lui, la notion « *d'identité narrative* », qui permettrait, comme le sentiment d'identité d'E. Erikson, d'être le même en continuité dans les différents épisodes de la vie. Selon G. Charbonneau (2010), cette identité narrative se construirait comme l'identité humaine, et oscillerait entre deux pôles :

→ **L'ipséité** : une entité assimilable au Soi, qui renseignerait sur le « Qui » de l'individu (Tatossian, 1994). Elle serait l'unique structure permanente de l'identité chez l'individu, ne se modifiant pas au contact du monde. C'est ce qui permettrait à l'Homme de rencontrer son monde sans perdre ce qui fait son être. Cette dimension de l'identité est complexe, et ne peut jamais être saisie dans sa totalité, nous ne pouvons voir que ce qu'il nomme « *des identités de rôles* » occupées pour une situation donnée. Elle ne peut être altérée que par elle-même et constitue une sorte de noyau identitaire. L'ipséité est également retrouvée sous le terme « *d'identité mêmeté* ».

→ **L'idéité** : c'est ce qu'il appelle « *les identités de rencontre* » (Tatossian, 1994). Ce sont chacune des identités prise à un moment donné, de façon séparée.

Lorsque le sujet va être soumis à une expérience, il va devoir se défaire temporairement de son ipséité afin de vivre l'expérience. Puis au fil de celle-ci, il va transformer les vécus élémentaires en quelque chose d'actif. Ce qui va ultérieurement permettre de restituer une unité de l'expérience et une restitution du Soi. On retrouve ici un lien avec la précédente théorie en psychologie : la conscience d'un Soi immuable dans l'ipséité, et la conscience d'un Soi évolutif dans le temps, par la synthèse des expériences dans l'idéité.

En termes d'expériences sensorimotrices, **l'idéité va représenter chaque expérience une à une, chaque éprouvé esthétique, chaque engagement praxique, chaque exercice corporel élémentaire** : le geste. Lorsque l'unité de l'expérience corporelle est recréée, nous aurons accès à l'ipséité, qui est ainsi l'intégration du geste et de l'éprouvé corporel, qui se recrée, s'assimile et s'intègre pendant l'expérience. Nous pouvons alors rapprocher cette ipséité du schéma corporel, identique pour tous et qui est nourri par les expériences, et ainsi par les sensations pour devenir perceptions et représentations (Charbonneau, 2010, Tome I, p. 99-100).

L'Identité consistera en un va-et-vient entre ces deux notions, nécessitant un équilibre parfait. Cette conception phénoménologique introduit donc le fait que l'identité n'est pas totalement perdue, l'ipséité étant toujours présente quelque part. Cependant dans certaines pathologies comme la démence, la synthèse des expériences vécues par l'idéité n'est plus efficiente (Gil, Fargeau et Jaafari, 2011). La continuité d'expérience, base de l'identité narrative, n'est plus présente, et le sujet n'a accès qu'à une somme d'expériences morcelées. C'est là qu'il faut réintroduire du lien, afin d'assimiler ces différentes expériences en une synthèse et ainsi garantir l'accès et la solidité de l'ipséité.

Enfin, la phénoménologie donne une définition très complète de l'identité comme étant *« la somme des caractéristiques physiques, psychologiques, morales, juridiques, sociales et culturelles, à partir desquelles la personne peut se définir, se présenter, se connaître et se faire connaître, ou à partir desquelles autrui peut la définir, situer ou reconnaître. »* (Vezina et Pelletier, 2009).

2. LES DIFFERENTES FACETTES DE L'IDENTITE

L'Identité va se retrouver sous différentes formes, toutes complémentaires, et indissociables, constituant ainsi l'être en tant qu'individu unique. Pour un souci de clarté et de compréhension, je vais ici segmenter chacune d'elles.

2.1 Identité corporelle

Premièrement, nous allons parler d'identité corporelle. En effet, le corps est le point d'appui privilégié du sentiment d'identité (Marc, 2005). Le Moi corporel, séparé du Moi psychique par D.Anzieu (1985), va correspondre au fait de **se sentir unique par son corps**.

Ce corps est avant tout analogue dans sa présentation à celui de nos pairs. F. Dolto (1984) explique alors que nous possédons tous un « *schéma corporel* », c'est à dire une représentation de notre corps en tant qu'individu appartenant à l'espèce, et en principe semblable pour tous. L'individu se crée ainsi un schéma symbolique du corps humain muni de deux bras, deux jambes, une tête etc., qui lui servira de référentiel inconscient pour la réalisation de l'action (Scialom, Geromini, et Albaret (dir.), 2011).

Celui-ci va se constituer par un **schéma d'intégration** allant des **sensations** que le bébé va éprouver dans l'exploration de son environnement externe ou interne (dur ou mou, chaud ou froid). Elles seront perçues par les récepteurs situés au niveau de la peau, ou au niveau des membranes intracorporelles. Ces sensations seront par la suite décryptées au niveau du cortex et intégrées, ce qui donne une **perception**, majoritairement consciente de ce qu'il vient de se passer. Puis l'individu dans la relation à l'autre ; et notamment au parent qui met en mots ces sensations brutes ; l'enfant va se créer des **représentations** de l'événement. Il pourra par la suite anticiper la sensation à la vue d'un objet, celle-ci ayant été préalablement intégrée dans le stock des représentations, ce qui permettra au sujet d'ajuster son comportement. Ainsi l'investissement narcissique du Soi trouve en partie son origine dans les sensations corporelles, et dans la gratification des besoins du nourrisson, fortement influencés par la qualité des soins maternels (Marc, 2005).

Le corps va aussi posséder des particularités propres au sujet : ses caractéristiques physiques telles que le poids, la taille, les traits du visage ou autre. Puis chaque partie du corps

physique va dans les représentations du sujet, par la relation à l'autre, être lié à une émotion, une histoire, spécifique au sujet. Cela va constituer « **l'image du corps** » définie par P. Schilder (1968) comme « *l'image de notre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même* ». F. Dolto (1984), ajoute la notion de « *synthèse des expériences émotionnelles du sujet* », propre à lui-même, permettant sa différenciation et l'entrée en relation.

Mme D, est atteinte de démence et se plaint régulièrement de douleurs. Je la rencontre pour la première fois accompagnée de mon maître de stage en octobre 2016. Une aide-soignante a décidé d'emmener Mme D. à l'accueil de jour, afin qu'elle soit moins seule et moins focalisée sur sa douleur. C'est une dame qui appelle cependant à l'aide de façon répétée, et finit donc par perturber le groupe en exposant sa souffrance. Nous allons ainsi la voir et lui proposons d'aller en chambre. Mme D nous verbalise rapidement son mal-être.

*Une fois en chambre nous lui proposons un toucher-massage, et je me pose en observatrice. Celui-ci commence au niveau des mains, des bras et épaules puis de la tête. Elle s'apaise peu à peu, son tonus diminue considérablement. Le massage se poursuit au niveau du ventre. Elle exprime d'emblée le bien être que cela lui procure, et décrit la douleur perçue semblable à un coup de poignard. Puis elle évoque spontanément le fait qu'elle ait eu « trois enfants et demi », notion plutôt étrange qui nous interpelle et nous l'interrogeons à ce sujet. Elle explicite alors son propos en nous confiant **une fausse couche** à sa deuxième grossesse, au bout de **quatre mois** : le bébé était déjà formé et est « parti comme ça d'un coup ». Cet enfant était une fille, ce qui semble encore plus difficile à accepter car son mari désirait particulièrement cette fille, qu'elle n'a pu lui donner par la suite. De son corps et ses mimiques, transparaît un sentiment de **culpabilité** de n'avoir pu exaucer son vœu. Elle évoque le traumatisme que cela a été pour elle, et le fait que ses enfants « ont laissé une trace » sur son ventre. **Le ventre est donc une zone douloureuse, possiblement par association avec ce souvenir traumatisant qui ressurgit**, et qu'elle n'avait jamais confié auparavant.*

Cette partie de son corps est donc profondément liée à une émotion, et à son histoire personnelle. Ce qui constitue donc sa singularité corporelle : l'image du corps. Par la constitution de l'image du corps et du schéma corporel, et par la maturation sensori-tonico-affectivo-motrice, le sujet va être en capacité de se représenter par son corps, d'avoir un

« sentiment corporel du Soi » et donc une identité corporelle. Celle-ci va également se composer d'une identité sexuelle, se construisant à travers le processus Œdipien que je détaillerai prochainement.

2.2 Identité psychique

Les écrits distinguent de l'identité corporelle, la notion d'identité psychique qui est la **capacité qu'a le sujet de se représenter en tant qu'individu**, avec ses particularités, sa personnalité etc.

Les bribes de représentations posées par l'entourage pour le bébé, vont lui permettre de transformer les vécus archaïques bruts, indigérables, en représentations ayant du sens. Cette boucle cognitive est évoquée, comme une transformation des éléments β « impensables » du bébé en éléments α détoxiqués et mentalisables (Bion, 1962). Elle va progressivement permettre à l'enfant de se faire une représentation de ses besoins et de se construire psychiquement. Il accède ainsi aux capacités de mentalisation et de symbolisation nécessaires afin d'avoir accès au sentiment d'identité.

L'enfant devient apte à se faire ses représentations en autonomie, en tant qu'individu séparé de l'autre. Il élabore de plus une enveloppe psychique, assimilable à l'enveloppe corporelle exercée par la peau, et marquant la limite entre l'autre et le Moi. Celle-ci le protège d'une intrusion, et contient les éléments singuliers de son identité. C'est ainsi que D.Anzieu (1985) parle de « **Moi – peau psychique** » comme « *barrière protectrice contre l'excitation et contenant pour la pensée signifiante.* »

2.3 Moi groupal

Comme l'énonçait D.Winicott : « *un bébé seul n'existe pas* ». **L'Homme est un être de relation**, doué de capacités d'interaction ne serait-ce qu'avec l'apparition du langage, propre à notre espèce. Il communique également depuis son plus jeune âge, avant l'apparition de la parole, par le biais d'un dialogue non-verbal mis en œuvre par les mimiques, les cris, le babillage, les sourires ou encore par les variations toniques. C'est ce qu'énonce J. De Ajuriaguerra avec le **dialogue tonico-émotionnel** instauré entre la maman et son bébé, lui permettant de comprendre les besoins du bébé et d'y répondre correctement.

L'édification de l'identité va se faire par un double processus d'identification. Premièrement, le sujet se construit en s'identifiant à l'autre, notamment cet autre privilégié qu'est la mère. Il va, par des processus **d'assimilation-accommodation** se construire. Il va d'abord imiter, pour ensuite apporter sa propre marque à l'action et ainsi se l'approprier à des fins de différenciation. A.M Latour (Thérapies psychomotrices, 2016), définit ce processus comme allant du « *semblable au différent* ». Ce phénomène **d'identification à l'autre** est primordial dans la construction du sujet.

Ce cercle s'élargit ensuite au vu des capacités d'exploration du sujet, et devient d'autant plus conséquent au cours du développement en raison de l'abondance des milieux fréquentés par la scolarisation par exemple, suscitant différents rôles et perceptions de soi. C'est donc « *une période intense durant laquelle s'accumule et se hiérarchise progressivement une variété d'images de Soi, élargissant le sens d'identité et se répercutant aussi sur l'acceptation de Soi (estime ou valeur de Soi)* » (R. L'Ecuyer, 1978, p. 147). L'identification prend comme support des groupes de plus en plus large. L'enfant intériorisera peu à peu ces groupes d'appartenance, façonnant et modifiant sa propre identité.

Le sujet va également être **identifié par autrui**, ce qui nous permet de parler de double processus identificatoire. Selon le milieu dans lequel il évolue, il va être soumis à des identifications apposées par autrui, qui leurs seront propres, régies par le prisme de leurs représentations et pensées. Par exemple en voyant une personne âgée, nous allons selon nos propres représentations et stéréotypes lui apposer une identité de personne fatiguée et malade, alors qu'elle ne l'est pas forcément. La place dans un groupe, tel que la société, va ainsi nous assigner des rôles, et statuts et donc une identité pouvant favoriser ou altérer l'identité subjective.

En effet le groupe peut être porteur de l'identité, en nous apportant des éléments d'intériorisation et de différenciation, nourrissant la diversité du sentiment de Soi. Mais il peut également faire disparaître l'identité subjective au profit de l'identité groupale et de celle apposée par les autres, particulièrement lorsque les assises identitaires sont déjà fragilisées. C'est ce que nous retrouvons souvent auprès de nos aînés qui ; catégorisés par une société occidentale préoccupée par le culte du corps et l'efficacité ; sont perçus comme « vieux et inutiles » et finissent parfois par se définir comme tels. Cela est très marquant en maison de retraite, où lors de mes premières rencontres avec les résidents, Mme B. me demande pourquoi je viens la voir, « *je n'ai rien à apporter, je suis vieille. Quand on est vieux on ne sert à rien* », me dit-elle.

Le groupe et les identités issues de celui-ci contribuent donc en grande partie à l'élaboration d'un sentiment d'identité chez l'individu, mais peut également le menacer. Il n'est pas à négliger dans nos prises en charges.

3. GENESE ET EVOLUTION DE L'IDENTITE

3.1 Les fondements de l'identité chez l'enfant

Il a fallu, dans un souci de compréhension, segmenter les différents stades de construction identitaire évoqués ci-dessous. Il est néanmoins important de garder en tête que le développement psychomoteur est complexe, et que nombreuses de ces étapes s'inscrivent dans une même temporalité.

3.1.1 Le bébé imaginaire et les premières identifications

L'identité est un processus développemental, qui va s'initier dès la naissance, enclenchant différentes étapes par lesquelles l'individu va acquérir graduellement le sentiment de son identité.

Ce mécanisme débute peut-être même avant la naissance, au moment où le futur bébé commence à exister dans l'imaginaire des parents (Marc, Hors-série n°15). Ces derniers vont se créer une représentation du bébé, de l'individu qu'ils aimeraient qu'il soit, en imaginant son apparence physique (couleur des yeux, des cheveux), son sexe, ou encore son prénom, projetant leurs propres désirs, traumatismes ou frustrations personnelles. Ils définissent alors une identité au bébé imaginaire en apposant des critères. Ces projections ne seront peut-être pas satisfaites par le bébé réel, et vont ainsi influencer la relation de l'adulte à l'enfant, et la façon dont ce dernier va se développer en tant qu'individu singulier.

Cependant le bébé n'a pas conscience de son identité, il va devoir traverser un long processus par lequel il pourra accéder au sentiment de lui-même. *« La conscience de Soi se précise parallèlement au développement du moi, qui opère à travers une interaction étroite entre les sensations et perceptions internes et externes. Elle s'étaye à la fois sur le corps propre et sur les relations avec l'environnement objectal et humain. »* (Marc, 2005).

3.1.2 Naissance, relations et identifications

A la naissance, l'enfant étant démuné de capacités langagières et représentatives, la parole du parent accompagnera son développement, en apposant des mots et ainsi, proposant des interprétations aux réactions toniques et comportementales du bébé. Le seul mode d'expression de l'enfant sera son corps et son **tonus**, base de la communication non-verbale. Le parent percevra les modulations toniques, les traduira en mots et y répondra par des soins plus ou moins adaptés. C'est ce que J. De Ajuriaguerra nomme **le dialogue tonico-émotionnel**. Ces identifications vont attribuer à l'enfant des traits de caractères et ainsi lui donner des bases identitaires qui vont orienter ses comportements et constituer le socle des représentations futures qu'il aura de lui-même (Marc, Hors-série n°15). Ce processus nécessite néanmoins que les réponses soient les plus adaptées possibles et suivent un rythme déterminé pour que l'enfant puisse anticiper et à posteriori se créer des images mentales propres, en autonomie.

La relation est elle-même un point central de la construction identitaire : les parents principaux partenaires de la relation, vont constituer les **premières figures d'identification**, sorte d'idéaux à atteindre. La mère va jouer le rôle de miroir pour le bébé, et va permettre la structuration identitaire par le biais de 3 organisateurs (Spitz, 1965) :

- Le sourire,
- L'angoisse du 8^e mois : lorsque l'enfant différencie sa mère des autres,
- Le « non » permettant de se différencier de l'autre et de s'affirmer en tant que Soi.

Nous pouvons ajouter à cela le toucher, comme mode de relation car accompagné d'affects, mais aussi comme unificateur des sensations vécues par le bébé. Il dessine le contour du corps et permet la prise de conscience de la limite entre le monde interne et externe, entre le Soi et l'autre. Il constitue un organisateur particulier notamment par le « *handling* » c'est-à-dire les soins inculqués par la mère, et le « *holding* », représentant le soutien physique et psychique de l'enfant lors du portage, ayant un rôle de pare-excitation et de contenance. (Winnicott, 2006)

Ils constituent une nouvelle étape dans l'affirmation de soi et la perception de soi comme sujet autonome. L'identité se construit donc dans un **double mouvement relationnel de rapprochement et d'opposition, d'ouverture et de fermeture, d'assimilation et de différenciation**.

3.1.3 Le développement sensorimoteur

L'enfant n'a cependant pas conscience de son identité à cette période. Celle-ci va s'ériger de façon progressive dans les expériences qu'il mènera, dans les relations avec son entourage, ainsi que par la découverte de son corps propre. **Le corps constituera la base privilégiée du sentiment d'identité chez l'enfant.**

Celui-ci va prendre essence dans les explorations, en corrélation avec le développement neuro-tonico-sensori-moteur. L'enfant va progressivement ; par la maturation neuronale, la relation et l'affectivité ; entrer en mouvement et passer de conduites involontaires comme les postures antagonistes et les réflexes archaïques, à des mouvements contrôlés, où le tonus est dosé pour permettre l'action. Il va prendre conscience des modulations toniques (dur, ou mou), de la solidité de son corps par l'augmentation du tonus axial autorisant ainsi la mise en place de l'axe corporel.

L'enfant va pouvoir dégager ses membres et peu à peu aller à la rencontre de son corps, le toucher, le mobiliser spontanément ou en vue d'effectuer une action, ce qui lui permet d'avoir des sensations : le chaud ou le froid, le dur ou le mou. Ces sensations, tout comme les modulations toniques, vont lui permettre de localiser ses tensions et de ressentir à un moment donné, une partie du corps. Cette sensation tout d'abord inconsciente va ensuite être reliée à des éléments mentaux, à des émotions, et créer une perception reliée à la sensation. Ce qui nécessite un niveau d'élaboration supérieur.

Il va progressivement distinguer ce qui est externe de ce qui est interne, et ainsi prendre conscience de ses limites, mettant en place une enveloppe corporelle. Tout ceci est permis par l'exploration, dans **le stade sensori-moteur** entre 0 et 2 ans (Piaget, 1937/1967), notamment par le biais du jeu qui devient de plus en plus accessible avec l'augmentation des capacités motrices et d'indépendance vis-à-vis des parents. Ces différentes découvertes et prises de consciences partielles vont permettre l'élaboration d'une représentation du corps. Celle-ci ne pourra à cette période être détachée de l'action et de l'objet corporel ou physique, les capacités d'abstraction étant encore immatures. Le corps constituera ainsi le médium permettant le passage entre les sensations, perceptions et représentations.

3.1.4 **Stade du miroir**

Ce n'est que plus tard que l'enfant pourra se créer une représentation de son identité, c'est à dire **une image du Soi**, partiellement détachée du corps. Cela se fera entre 6 et 18 mois par le biais d'une étape indispensable : **le stade du miroir** (Lacan, 1966), marquant une évolution dans la conception identitaire.

L'enfant va tout d'abord percevoir son image dans le miroir, comme étant un **être de chair autre que lui**, qu'il va vouloir saisir. Ce n'est que dans un second temps qu'il va prendre conscience que cette image n'est qu'une **entité virtuelle** et va donc arrêter de tenter de l'attraper. Cette image est toujours **vécue comme différente de lui**, représentant l'autre. Ce n'est qu'au terme de ce stade que l'enfant intégrera le fait que **cette image est son reflet**. (Zazzo, 1973). Cette dernière étape se fait grâce au rôle de verbalisation de la mère, qui permettra dans les premiers temps d'identifier les images perçues, de poser des signifiants, et d'offrir la possibilité ultérieure à l'enfant de se reconnaître et de s'identifier à sa propre image. C'est à cette période que s'initie la représentation psychique du corps puis du Soi par l'enfant.

R. Zazzo évoque le fait que ce processus convoque un **double mécanisme d'objectivation et d'appropriation**. Par l'objectivation, l'enfant devient capable de se saisir de l'extérieur comme objet dans l'espace des objets : il devient visible à lui-même. Par l'appropriation, il incorpore cette apparence visuelle et la fait coïncider avec l'expérience interne de son corps (à travers ses sensations tactiles, viscérales et émotives). C'est au moment où cette fusion se réalise que l'usage du « je » devient habituel dans le discours de l'enfant, marquant la première émergence véritable du sentiment d'identité. (Marc, Hors-série n°15)

3.1.5 **Accès au symbolisme : Image du corps et schéma corporel**

L'enfant entre alors progressivement dans le deuxième stade de J.Piaget, nommé **stade des pensées opératoires de 2 à 7 ans**.

L'enfant expérimente et a des sensations et perceptions comme évoqué précédemment. Progressivement ; les conduites d'explorations augmentant, et l'entourage donnant des significations en apposant des mots sur ces vécus bruts archaïques ; l'enfant va pouvoir grâce à ces bribes de pensées, se détacher de l'objet et créer une image de chaque partie du corps, appelée représentation. Celle-ci deviendra de plus en plus complexe en fonction des possibilités exploratoires du sujet et de ses capacités de symbolisation.

L'enfant accède à une image de son corps, en tant qu'humain nommé « *schéma corporel* » puis à « *l'image du corps* », précédemment définie. Cela permettra l'avènement d'une représentation psychique du Soi, agrémentée par les expériences, le retour réflexif sur soi-même, et l'estime de Soi qui en découle, se consolidant au **stade de la pensée abstraite de 7 à 12 ans**.

3.1.6 **Complexe d'Œdipe**

L'identité corporelle est aussi une identité sexuelle. L'enfant va pouvoir se reconnaître en tant que fille ou garçon et cela dès le plus jeune âge. Celle-ci va se baser sur le sexe anatomique, mais aussi sur les identifications de la petite enfance ; apposées par les parents et l'entourage social constituant ainsi l'identité de genre ; mais également celles posées par le **complexe d'Œdipe**. C'est un processus évoqué par S.Freud, qui aurait lieu entre 3 et 5 ans, et serait réactivé à l'adolescence après une période de latence, où l'enfant apaiserait ses fantasmes en focalisant son attention et ses pulsions sexuelles dans d'autres domaines : notamment les apprentissages et la créativité.

Dans le complexe d'Œdipe psychanalytique l'enfant est animé de fantasmes, de sentiments amoureux et hostiles, ressemblant à l'histoire mythologique d'Œdipe. L'enfant une fois entré dans cette période va désirer la mort du parent du même sexe que lui, et ainsi se rapprocher du parent du sexe opposé à la fin du processus. Le premier objet d'amour, pour la fille ou pour le garçon, est la mère. Ainsi entre le garçon et le père une certaine rivalité va se mettre en place, poussant l'enfant à détester son père et à se rapprocher de son objet de désir : la mère. Il commence en même temps à explorer la jouissance par la manipulation de son sexe.

Chez la fille, se rendant compte qu'elle n'a pas eu de pénis, la frustration de la castration va l'amener à détester sa mère, et à se rapprocher du père qui va apaiser les sentiments occasionnés en remplaçant le pénis par un enfant. Initiant ainsi chez la fille le désir d'avoir un enfant du père.

Ce complexe va être résolu positivement lorsque l'enfant apaisera ses pulsions de mort envers le parent du sexe identique. Le garçon ayant peur de la sanction, celle d'être castré, il arrêtera d'haïr son père et en fera sa figure d'identification. La fille elle, maintient la rivalité avec la mère, mais en fait également son objet identificatoire, femme à qui elle doit ressembler

pour satisfaire son père. Le complexe d'Œdipe chez la femme n'est jamais totalement résolu.

Dans les deux cas, il va y avoir une **intériorisation du père comme idéal du Moi**, et ainsi le basculement dans une **période de latence**, où l'enfant renonce à ses pulsions ne pouvant pas les réaliser par la dépossession du phallus. Il va alors investir ces pulsions dans l'apprentissage, et les relations sociales, jusqu'à l'adolescence.

Ces premiers processus de découverte du sexe, et du choix d'orientation sexuelle ont donc fait émerger le sentiment de haine et d'amour et ainsi permis de déterminer des figures d'identifications sexuelles, contribuant à la formation de l'identité du sujet.

3.2 Identités adolescentes

3.2.1 **Généralités**

Le Larousse définit l'adolescence comme étant une « *période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite* ». C'est donc une période de transition, entre deux états éloignés à la fois par l'âge, les possibilités, les rôles sociaux, l'apparence physique, les choix, la sexualité etc. Elle va par l'ensemble de ces changements, être une période de remaniements identitaires importants, l'adolescent consolidant les bases identitaires acquises durant l'enfance, ou les rejetant et s'en séparant pour affirmer sa propre identité.

L'individu sera face à de nombreux changements. À la fois corporels, le corps poursuivant son évolution et sa transformation pour passer de l'enfant à l'adulte, étant ainsi sujet aux phénomènes biologiques de la puberté. Mais aussi psychiques, le sujet se forgeant son identité, commençant à affirmer ses choix, sa personnalité, son caractère et l'adulte qu'il aimerait devenir et ainsi le Moi. Il choisit alors son style (vestimentaire, postural, langagier), ses projets professionnels, le statut et la place dans la société qu'il voudra occuper, et se projette dans l'avenir notamment par le choix des filières scolaires etc.

L'adolescent développe **la pensée abstraite**, dématérialisée, sans support objectal concret, et va pouvoir accéder à d'autant plus de représentations symboliques. A la fois des différents concepts présents dans notre vie (mathématiques etc.), de la représentation de lui-même, qu'au niveau de son corps avec la capacité d'avoir une **image corporelle** d'autant plus

fidèle, et une représentation du Soi. C'est ainsi que va s'élaborer une image du Soi la plus proche du réel possible, tout en étant totalement détachée du support.

Ces changements ayant lieu abruptement, le sujet est alors fragilisé, partagé entre l'innocence de l'enfant et les responsabilités qui apparaissent, introduisant une sorte de **rupture** même si elle n'est pas totale, dans la continuité de l'existence corporelle et psychique et donc dans le sentiment d'identité. Ce qui est source d'angoisse pour l'adolescent ne disposant pas de l'ensemble des clés pour sortir de ces situations problématiques, et tentant peu à peu de trouver des schémas de résolution, par l'expérimentation du bon ou mauvais à travers ses décisions. C'est en cela que l'on parle de **crise de l'adolescence**, chacun cherchant à sa façon le moyen de faire face aux changements corporels et aux mouvements psychiques induits par ces derniers.

3.2.2 Corps, puberté et identité

Le corps va avoir toute son importance : il va être à la fois source d'anxiété dans l'adolescence ; car il est le socle sur lequel va s'amonceler l'ensemble des changements ; mais également mode de résolution : le jeune ayant tendance à utiliser ce corps, pour affirmer son identité, ou au contraire essayer de fuir une identité qui l'emprisonnerait dans sa peau.

La peau, définie comme constitutive du Moi par D.Anzieu avec le concept de « **Moi-Peau** », est principalement mise en jeu, comme « *interface séparant et unifiant à la fois le Moi psychique et le Moi corporel, et d'autant plus investie par l'adolescent qu'elle est le lieu visible et sensible de la différence.* » (Le Breton, 2016). Elle a une importance considérable, permettant l'enracinement du psychisme dans le corps, et le protégeant de l'extérieur. Elle peut elle-même être source d'angoisses car exposée à l'autre, et au lieu d'être contenante, enfermer l'individu dans un corps qui ne lui convient pas, lorsqu'il est « mal dans sa peau ».

L'adolescent sera en capacité de se représenter finement l'image de son corps, mais devra également intégrer et accepter l'ensemble des changements dus à la puberté et s'approprier ce « nouveau » corps. Cela peut se révéler complexe, l'adolescent pouvant être réticent et s'opposer à l'apparition du corps sexué, et aux modifications qui surviennent. D'autres essayent de se l'approprier en y apposant leurs marques, leurs originalités, notamment au niveau de la peau avec les tatouages, piercings ou encore scarifications, exprimant ainsi leurs singularités (*Ibid*, 2016).

La place centrale sera donnée au corps, à la fois comme **objet de construction identitaire**, qu'en tant que **support d'auto-identification** par comparaison au corps de l'autre, et comme **moyen d'identification par autrui** : c'est grâce au corps que l'on va connaître l'identité d'une personne, d'autant plus dans nos sociétés où une culture du corps se fait poignante. L'identité va donc d'abord être corporelle dans cette période, avant d'être psychique : même si les changements se font de façon concomitante, l'adolescent se reconnaîtra en tant que sujet principalement par son corps, pouvant créer un décalage avec ce qu'il est psychiquement.

Ce qui va donner une ampleur considérable aux changements liés aux processus pubertaires (acné, prise de poids), venant abîmer ce corps, faisant que le sujet ne se reconnaît plus, et a du mal à intégrer ces modifications. Il va lui falloir du temps pour le réapproprier, et faire qu'il soit en concordance avec le Moi.

La comparaison et la mise en jeu du corps avec l'autre va entraîner **une baisse de l'estime de Soi** chez l'adolescent, ce qui serait d'autant plus visible chez la fille, les changements étant « *plutôt néfastes, et honteux, contrairement au garçon qui devient viril.* » (Seidah & Bouffard, 2004). Selon S.Harter (1993) à l'adolescence, la perception de son apparence physique est la variable la plus fortement reliée à l'estime de Soi générale des jeunes, nous comprenons bien par-là que les changements pubertaires auront un lourd impact identitaire.

3.2.3 **Mouvements relationnels et identité groupale**

Les relations vont également évoluer, avec une réorganisation de l'importance relative des personnes significatives dans la vie des jeunes. (Cohen-Scali et Guichard, 2008). En particulier, la relation avec les pairs va devenir de plus en plus importante, le besoin de développer des relations intimes à l'extérieur de la famille s'accroît (meilleurs amis etc.). Les premières idylles amoureuses font leur apparition. La place accordée à certaines relations antérieures va diminuer, notamment avec les parents desquels l'adolescent essaye de se détacher. Ces nouvelles personnes vont devenir des supports identificatoires en influençant les comportements du jeune qui essaye d'y ressembler toujours dans un mouvement d'imitation puis d'appropriation.

Le sujet va également développer d'autant plus la **compétitivité** et la **comparaison** avec autrui, (Harter, 1993) ce qu'il a commencé à faire au niveau corporel dans un mouvement d'identification. Mais il va de plus comparer ses capacités dans de nombreux domaines : scolaires, sportifs, séduction, personnalité, etc. Il va s'évaluer par rapport aux autres dans les domaines préalablement connus, mais également dans le développement de nouvelles compétences. Cela sera souvent appuyé par les parents, en recherche de résultats scolaires et les comparants à la moyenne de la classe par exemple. Ce qui contribue au renforcement ou à la détérioration de l'estime de Soi, pouvant parfois combler le déficit dû aux critères corporels précédemment évoqués, ou alors donner au jeune une impression encore plus péjorative de lui-même. Cette étape développementale est donc considérée comme une **période de grands bouleversements dans l'image de Soi**.

3.2.4 Sexualité et assises identitaires

Une autre notion fondamentale de cette période est la **sexualité**. Par la maturation des organes génitaux primaires et secondaires, les réactions hormonales, l'adolescent devient en mesure de répondre aux fantasmes naissant lors de l'Œdipe, et va être animé par des pulsions, tout en étant confronté aux règles de la société. Il va, par l'intérêt porté à l'objet sexuel, définir sa sexualité, son orientation sexuelle et ainsi son identité sexuelle. Nous parlons alors de **réactivation de l'Œdipe**.

La phase de latence, étant due à une acceptation de la castration et donc à un renoncement des pulsions en l'absence de l'objet phallique, l'entrée dans la puberté, et l'accès aux organes génitaux chez l'homme introduit un réaménagement identificatoire. Le jeune entre en compétition avec un autre Homme pour la fille, exprimant ainsi son côté viril et mettant fin à la soumission initiée par le déclin de l'Œdipe et l'intériorisation du père en tant qu'idéal du Moi.

Cependant, ces fantasmes et pulsions sont plus forts que durant l'enfance, le jeune ayant les moyens d'accomplir ce qu'il a dû abandonner auparavant (Vanier, 2016). En effet « *Si, dans le fantasme de la première croissance, il y a la mort, dans celui de l'adolescence, il y a le meurtre.* » (Winnicott, 1962). L'adolescent passe donc de l'impuissance au possible, mais du possible à l'impossible au vu des règles de bienséance régissant nos sociétés.

L'adolescence est donc complexe : elle contient en elle-même chaque étape, difficile ou non, de l'enfance et cela sur une période beaucoup plus courte. L'adolescent va donc être soumis à un travail de remaniements intenses, initiés par les changements corporels. Il fait également face à des modifications de ses identifications, de ses relations actuelles, à l'intégration du corps sexué dans la représentation de Soi et des nouvelles proportions dans son schéma corporel. C'est une période de tension entre investissements narcissiques et objectaux, qui menacent l'équilibre psycho-affectif du sujet. (Paumel, 2013) Ces remaniements vont nécessiter des assises identitaires solides, sur lesquelles le jeune va pouvoir s'appuyer pour traverser les changements, mais va également contribuer à la solidification ou non de ces assises. Cette période conditionne ainsi l'entrée dans la vie d'adulte.

3.3 L'identité à l'âge adulte

Le mot adulte « *qualifie un être vivant dont la croissance est terminée et qui est parvenu à la maturité* » selon le Larousse. L'adulte est donc celui qui a terminé son adolescence et notamment les changements corporels et psychiques entrepris depuis la naissance. Bien-sûr l'individu n'est pas figé, et continue à se construire et évoluer selon ses expériences. Mais il va disposer d'une base, solide, qui sera sensiblement la même, tout en étant capable de se modifier au contact de l'autre. Nous pouvons parler d'une sorte de noyau identitaire, pilier de notre existence autour duquel vont pouvoir se mouvoir et se transformer certaines facettes du Soi : l'ipsité telle qu'évoquée précédemment.

L'âge adulte va être celui de **l'affirmation identitaire**. Le sujet va à travers ses engagements, montrer, affirmer, ou se créer une nouvelle identité. Cela va se faire dans divers domaines. Généralement le jeune adulte fait des études, durant lesquelles il va exprimer ses idées, son point de vue, les courants philosophiques auxquels il se rattache, à lui-même ainsi qu'aux autres. Il va également évoluer parmi des groupes d'amis, de réflexion qui vont lui permettre de s'affirmer en tant que porteur du groupe par son identité, ou au contraire être caché par le groupe tout en s'imprégnant de la dynamique groupale comme support identitaire.

Une fois établi dans le monde du travail, il va poursuivre cela, en prenant des initiatives ou au contraire en étant plutôt passif, et ainsi révéler son identité, à l'équipe et à son supérieur. Il va faire partie d'un groupe, d'une entreprise, et sera une figure de celle-ci, occupera une place aux yeux des autres notamment par rapport au poste professionnel qu'il aura. Mais également au niveau relationnel, avec ses collègues, ayant un avis positif ou négatif sur lui et plus ou moins d'affinité.

Cette entrée dans le monde du travail va également changer l'image du Soi, le sujet ne se définissant plus en tant qu'étudiant comme auparavant, mais en tant que travailleur, il prend une **place différente dans la société**, avec une autonomisation, un salaire, et appartenant ainsi à une autre catégorie sociale. Le type d'emploi, et le domaine professionnel vont également caractériser son identité, et son appartenance à un groupe différent : cadre, ouvrier, employé, supérieur etc. Toutes ces subdivisions vont lui donner une **identité professionnelle**, impactant également l'identité personnelle avec l'acquisition de nouvelles capacités, et ayant une place plus ou moins importante dans la vie du sujet.

Puis le fait de s'unir à quelqu'un et de fonder une famille va également bouleverser les **statuts identitaires**, notamment **familiaux** : l'adulte passant d'enfant à parent, de femme à épouse. Ces divers phénomènes entraînent des **changements corporels** notamment par la grossesse, mais également des **mouvements psychiques** par le changement de place au sein de la famille, la réactivation de traumatismes infantiles, l'apparition d'angoisses ou le règlement de conflits. Cela va modifier les assises identitaires et la façon dont le sujet se définit pour lui-même et face à autrui. Il appartient là encore à une autre catégorie sociale, passant de célibataire sans enfants, à en couple, et à marié « X » nombre d'enfants (pas forcément dans cet ordre).

Chaque événement de vie, ou traumatisme comme la mort d'un proche, un changement de carrière ou autre va modifier les représentations identitaires. L'âge et les phénomènes corporels (grossesse, ménopause, andropause, calvitie) vont entraîner des modifications au niveau de l'identité corporelle et de l'image de Soi en général. Le sujet va devoir accepter et se réapproprier ces changements pour les surmonter et rester le même, maintenir son identité malgré le mouvement.

Chacun de ces changements peut également être source d'effondrement identitaire : si les assises ne sont pas assez solides, ou que le milieu environnemental humain et matériel n'est pas assez soutenant et contenant. Le déroulement des stades de développement infantiles influencera alors l'identité de l'adulte.

3.4 Identité et vieillissement physiologique

3.4.1 **Vieillesse et vieillissement**

La vieillesse est définie comme étant la « *dernière partie de la vie* » par le Larousse, aussi appelée « *troisième âge* ». En effet elle succède à l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et constitue l'ultime phase d'évolution du sujet. Il n'existe pas d'âge physiologique pour définir l'entrée dans la vieillesse mais elle serait liée à la cessation d'activité. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit donc à partir de 65 ans.

C'est durant cette période que va se produire le processus de **vieillissement** correspondant à une **involution physiologique**, avec un ralentissement des fonctions (cognitives, mentales), une diminution de la force physique, et des capacités d'adaptation du sujet amenant à une usure de l'être. Le vieillissement est un processus normal, faisant partie intégrante du développement du sujet, même s'il est difficile à accepter pour notre population, car synonyme de limitations et de changements de mode de vie.

Au niveau biologique le vieillissement correspond à « *l'ensemble des processus par lesquels un organisme humain subit une série de transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules, ce qui provoque l'affaiblissement et le ralentissement des fonctions vitales et des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique.* » (CNRTL). Cependant le vieillissement n'est pas que fatalité : certes il existe des limitations, mais l'individu en développant d'autres stratégies va pouvoir continuer à mener ses activités habituelles. Comme le dit Mme C. à notre rencontre, « *la vieillesse c'est l'art de s'accommoder* ». Le vieillissement deviendra pathologique à partir du moment où le sujet ne sera plus en capacité de compenser et de s'adapter aux pertes étant alors limité dans son existence.

Le vieillissement physiologique, bien qu'il se déroule différemment chez chacun des individus qui le vivent, va conduire inexorablement à **la mort**, qui marquera la fin de la vie du sujet. Elle sera plus ou moins précoce selon l'apparition de maladies, la personne âgée étant souvent sujette aux polyopathologies, avec l'affaiblissement de ses fonctions immunitaires et l'usure du corps.

3.4.2 **Corporéité à la vieillesse**

« *Sans le corps, le vieillissement n'existerait pas* » (Simeone, 1988). En effet le corps est source de remaniements intenses, le processus de vieillissement conduisant à une **diminution progressive des capacités de réserve fonctionnelle de l'organisme**.

Le sujet fait preuve d'un fonctionnement adapté dans des conditions basales ou de repos, mais une limitation de l'adaptation sera révélée dans les situations mobilisant les réserves fonctionnelles : effort, stress ou maladies aiguës. (Belmin, 2003)

Premièrement le sujet fait face à la **détérioration des appareils sensitifs** (audition, vision, olfaction, gustation, proprioception, tact), rendant l'exploration difficile. Les différentes **fonctions organiques deviennent moins efficaces**, notamment par les modifications structurales associées aux organes. Ainsi seront concernées les fonctions cardiovasculaires, respiratoires, digestives, urinaires, sexuelles, métaboliques et immunitaires.

Un **vieillissement locomoteur** est notable, avec une usure des articulations par altération du cartilage, ainsi que des os par une perte de densité minérale et une réduction de la résistance mécanique de l'os. Ajoutées à la fonte musculaire, ces altérations orientent vers une limitation des mouvements et de la locomotion.

La peau et les phanères se transforment, avec une perte d'épaisseur et d'élasticité ainsi qu'une diminution des mélanocytes (cellules responsables de la coloration de la peau). Ainsi l'enveloppe corporelle se distend, perd en élasticité, en solidité, et vont apparaître les rides. Nous pourrions faire un parallèle avec la fragilité du Moi-peau contenant le psychisme, prévenant quelconque fuite, et protégeant également des agressions extérieures.

Toutes ces modifications vont être difficiles à accepter par le sujet, elles vont s'imposer à lui, qui va **subir** ce processus de vieillissement. Il va devoir dans ce corps différent, dont l'image a changée, apprendre à vieillir, le vécu corporel se trouvant remanié.

L'acceptation de ces changements, ainsi que la modification des représentations qu'ils entraînent, va être entravée par le vieillissement du système nerveux, responsable de l'involution des neurones et donc des fonctions cognitives et de la symbolisation. Il va de plus être limité dans les activités qu'il exerçait, dans ses interactions, et dans de nombreux domaines, qui pourtant servaient à le caractériser. Le sujet âgé va donc devoir faire face à des **modifications du Soi**.

De nombreux **appareils de suppléance** doivent être utilisés (dentiers, cannes, prothèses auditives, lunettes), afin de s'adapter à la situation, et permettre une limitation minimale des activités et la conservation des capacités. Ces appareils vont faire partie de leur quotidien, et à fortiori de leur corps propre. Interviendront alors des **remaniements au niveau du schéma corporel** afin de les intégrer.

La perte des capacités, et de la possibilité de se mouvoir seul, amène à une **dépendance** ; l'individu ne pouvant évoluer sans l'aide matérielle ou humaine ; et à posteriori à une **perte d'autonomie**. Celle-ci étant l'un des piliers de l'identité, contribuant à la différenciation de l'individu par rapport à l'autre, à la possibilité d'expérimenter, de nourrir et exprimer son identité, ainsi qu'à l'individualité de l'Homme.

3.4.3 **Vieillesse cognitive et conscience de Soi**

La cognition représente l'ensemble des capacités mentales permettant l'acquisition et le maintien des connaissances. *« Elle correspond à la faculté de traiter, de transformer et d'emmagasiner des informations pour les réutiliser. »* (Ska et Joannette, 2006).

Le vieillissement physiologique entraîne une modification des capacités mnésiques, notamment de la mémoire autobiographique correspondant aux souvenirs de son histoire propre. Celle-ci va dans un premier temps être épisodique c'est à dire fortement liée à des indices concernant le contexte, le lieu, etc., et va au fur et à mesure devenir sémantique correspondant alors aux connaissances liées à l'histoire en général.

Dans la vieillesse **la composante épisodique s'appauvrit**, alors que la composante sémantique reste : le sujet âgé connaît plus qu'il ne se souvient, c'est pour cela que les éléments marquants de leurs discours seront des événements de société tels que les guerres etc. *« Cependant ce déficit n'altère pas le sentiment d'identité des personnes âgées et notamment la consistance des représentations de Soi, l'estime de Soi ».* (Eustache, 2013)

Nous pouvons relier cela au modèle phénoménologique de P.Ricoeur (1990). Il va être imposé au sujet âgé d'intégrer l'ensemble de ces changements : physiologiques, morphologiques, mnésiques, intellectuels, dans cette continuité d'existence, permettant au sujet de se sentir le même à chaque moment de la vie, alors qu'il n'est pas identique. C'est ici **l'identité mêmeté**, intégrant la notion de caractère qui est propre à chacun.

Ainsi, le sujet âgé va se retrouver en proie à une souffrance, car par la baisse de l'estime de Soi il va être en **incapacité d'intégrer et d'assumer l'ensemble des changements** liés au vieillissement normal. C'est là que peut apparaître la dépression, signe d'une mêmété non acceptée sans rupture de l'idéité (Eustache, 2013). Nous sommes donc en présence d'une souffrance narcissique d'un Soi désemparé par les changements d'une mêmété dont le sentiment de continuité et de permanence dans le temps devient souffrance.

3.4.4 Remaniements psychiques

La vieillesse sera une période difficile à vivre pour nos aînés et soulevant des **mouvements psychiques importants**, des regrets, d'autant plus que la mort approche. Le vieillard a donc tendance à faire un point sur sa vie et sur ce qu'il est devenu. Ce qu'il aurait aimé devenir, s'il a réussi ou non. S'il est satisfait de sa vie et de ses actes. Il va remettre en cause son existence, ce qui est majoré par le fait que **l'idéal du Moi ne peut plus se projeter dans l'avenir**. Le sujet serait en proie à une sorte d'impossibilité d'avancer, et choisit donc comme moyen de défense contre les changements qu'il vit, une **régression aux stades archaïques**, notamment au narcissisme infantile fortement lié à la relation parentale.

K. Duquenoy Spichala (2002) développe toute une théorie pour expliquer les mouvements psychiques qui sont retrouvés chez nos aînés :

Premièrement, elle explique que le sujet va, en raison de l'involution des aptitudes aboutissant à la **dépendance**, devoir bénéficier des soins d'une tierce personne. Cela le place dans une **situation régressive** : le sujet âgé peut se ressentir comme un enfant lors des premiers mois de la vie, et redécouvre les sensations et représentations liées à ce stade.

De plus, cette dépendance induit une **baisse de l'estime de Soi** chez le sujet âgé, qui va pour y faire face se rattacher aux **souvenirs anciens, témoins d'une toute puissance infantile**. Il est ainsi courant que les personnes âgées nous racontent des anecdotes concernant leurs périples et réussites passés. Ce sont ces souvenirs-là, qui leurs permettent d'avoir conscience de leur vécu actuel, réactivant le sentiment de toute puissance et ainsi leur donnant l'impression qu'ils sont acteurs malgré les bouleversements qui les occupent.

Le sujet est également victime de **pertes mnésiques, effaçant peu à peu le souvenir de son identité**. Face à ces « trous noirs », il va mettre en place une sorte **d'idéalisation**, voire même des **délires** afin de combler le vide identitaire actuel et retrouver une certaine logique à sa pensée. Les pertes induisent des angoisses chez le sujet âgé, qu'il essaye de combler par ces processus mais également par la **recherche d'une relation compensatoire avec un objet d'étayage** de son environnement, qui peut être matériel ou humain, comme le fait l'enfant dans les premières relations à l'objet.

Ainsi le sujet âgé va pouvoir investir de façon considérable la relation qu'il a avec l'aidant, occasionnant parfois une inversion des rôles parent-enfant. Une nouvelle expérimentation de la relation affective à l'objet se fait, comme dans l'Œdipe, c'est pour cela que K. Duquenois Spichala évoque le terme « **d'Œdipe du troisième âge** ». Cet investissement affectif a pour but de diminuer les angoisses et tend à restaurer une symbiose avec des objets privilégiés, croissant à mesure que le souvenir de l'objet tend à disparaître. L'auteure parle de « **symbiose de la senescence** ».

Nous avons donc, au terme de cette première partie, dressé un état des lieux de la notion d'identité et du processus selon lequel elle se construit et évolue chez chacun d'entre nous. Ce cheminement est composé de nombreuses modifications, ne remettant pourtant pas en cause le fait que nous ayons toujours été et resterons les mêmes, en dépit de l'évolution. Cela est permis par notre capacité de mise en relation des différentes identités occupées, constituant ainsi une continuité d'existence.

Mais qu'en est-il lorsqu'une rupture s'insinue, rompant ce fil conducteur et ne nous permettant plus de faire le lien entre les différentes parties qui composent notre identité ? Nous nous situons alors dans le champ de la pathologie, et non plus dans le vieillissement physiologique. Quels processus interviennent et quelles modifications identitaires apportent-ils ?

CHAPITRE 2 : DEMENCE & PERTE IDENTITAIRE

1. MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTEES

1.1 Généralités

1.1.1 Définitions

La démence est précédée d'un déficit cognitif léger et son évolution conduit à un trouble cognitif majeur, qui est défini comme « *un déclin cognitif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif ou plus, qui interfère avec l'indépendance dans les activités quotidiennes.* » (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V)

Elle entraîne une mort des neurones du cortex cérébral de façon localisée, pour s'étendre ensuite au reste du cerveau. Ces altérations du matériel physiologique occasionnent un déclin progressif et irréversible des fonctions mentales supérieures (mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives...), les symptômes apparaissant corrélativement à l'ampleur de la zone cérébrale atteinte.

L'évolution se fait sur plusieurs années et mène à terme à une perte des acquis sensoriels, cognitifs et moteurs, à une perte d'autonomie, et éventuellement au développement de troubles du comportement (TC) et de la personnalité. Toutes ces modifications auront un retentissement sur les activités quotidiennes, la vie sociale du sujet ou encore son entourage.

1.1.2 Classification

D'après le plan des maladies neurodégénératives mis en place en 2014 ; succédant à deux plans Alzheimer et maladies apparentées élaborés par les Ministères de la Santé et de l'Éducation (2001-2004 et 2008-2012) ; la démence appartient au groupe des maladies neurodégénératives dans lequel nous retrouvons entre autres :

- La maladie de Parkinson
- La sclérose en plaques
- La chorée de Huntington
- Les démences séniles

Le terme de démence sénile, est encore peu utilisé et souvent remplacé par le terme « Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées » (MAMA). Celui-ci regroupe diverses formes de la maladie telles que :

- **La démence fronto-temporale** : est un syndrome regroupant diverses maladies dégénératives, anatomiquement localisées dans les lobes frontaux et temporaux. Ce qui fait leur unité est leur présentation clinique : elles sont caractérisées dès le début par des troubles du comportement et de l'humeur.

- **La démence à corps de Lewy** : est un ensemble de pathologies qui ont en commun une synucléopathie c'est à dire la présence de nombreux corps de Lewy corticaux, chez un patient développant progressivement un état démentiel. Le corps de Lewy se définit par une inclusion intra-cytoplasmique concentrique de hyaline, sphérique et unique dans un neurone, associé à une perte neuronale.

- **La démence vasculaire** : consiste en l'apparition de troubles cognitifs concomitants à un épisode ischémique ou hémorragique.

- **La maladie d'Alzheimer (MA)**: est une affection neurodégénérative incurable du système nerveux central, caractérisée par un déclin progressif de la mémoire et des fonctions cognitives conduisant à une perte progressive d'autonomie (DSM V). Elle se traduit par une altération progressive du fonctionnement cognitif, source de troubles fonctionnels, sociaux et physiques.

La MA est responsable d'environ 80% des démences, et donc la principale cause de dépendance chez les patients âgés, suivie par la démence vasculaire, conduisant à elles deux à une forte institutionnalisation de nos aînés.

1.1.3 **Épidémiologie**

Avec le vieillissement actuel de la population dans les sociétés occidentales, la prévalence des démences a évolué pour atteindre en France, les 860 000 personnes affectées chez les plus de 65 ans (étude PAQUID 2007). Ce nombre continue d'augmenter au vu de l'allongement de la durée de vie, d'après un rapport de l'Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé (OPEPS) de 2005.

D'ici 2050, le nombre de personnes touchées par une démence devrait atteindre plus de 1 800 000 cas, représentant 9,6% des plus de 65 ans et 6,2% de la population active. Le nombre de nouveaux cas est estimé à plus de 225 000 personnes chaque année.

La démence, et notamment la MA est une pathologie dont l'ampleur ne cesse de s'accroître. Elle est devenue un véritable problème de santé publique, avec des conséquences financières considérables. C'est pourquoi le gouvernement a mis en place divers plans ministériels afin d'appréhender ce phénomène de façon plus adaptée. Nous pouvons entendre par là, qu'il est nécessaire dans un premier temps d'améliorer le diagnostic notamment en termes de précocité, ainsi que la prise en charge par les familles, et à terme par les soignants dans l'optique de limiter l'ampleur de la pathologie. C'est ainsi que de nombreuses structures spécialisées tels que les EHPAD ont été mises en place, et des professionnels ont été formés.

C'est là qu'apparaît l'importance du métier de psychomotricien entre autres, qui avec un travail transdisciplinaire permettra par son approche psychocorporelle, un accompagnement et une réadaptation visant à améliorer les conditions de vie des sujets et un ralentissement des troubles cognitifs.

1.1.4 **Étiologie**

L'étiologie des démences n'est aujourd'hui pas spécifiquement connue, mais relèverait de l'intrication de facteurs environnementaux et génétiques. Nous évoquerons l'étiologie des deux formes les plus répandues.

La MA est due à une **atrophie cérébrale** consécutive à la mort neuronale croissante au niveau du cortex. Elle témoigne également d'un ensemble de modifications neuronales constitués principalement de :

- **Plaques séniles (PS)** : ce sont des formations arrondies situées dans l'espace extracellulaire. Elles contiennent un centre amorphe constitué de substance amyloïde et entouré d'une « *plaque neuritique* ». La substance amyloïde est un peptide, la protéine β -amyloïde, dérivé d'un précurseur, l'APP (Amyloid Precursor Protein), codé par un gène du chromosome 21. L'APP jouerait un rôle essentiel dans les communications entre neurones. Il s'agit d'une protéine normale, mais son agrégation en fibrilles amyloïdes serait toxique après sa scission anormale. (Lechevalier, Eustache, et Viader, 2008)

— **Dégénérescences neurofibrillaires (DNF)** : s'expliquant par un dysfonctionnement de la *protéine Tau*. Elle se situe dans les neurones et contribue au maintien de ces derniers. Dans la maladie d'Alzheimer, la protéine Tau est chimiquement modifiée ; possiblement en raison de la toxicité des plaques séniles formées par la protéine A β ; elle devient défectueuse et se détache du squelette du neurone, entraînant ainsi la dégénérescence neuro-fibrillaire et la mort neuronale.

L'association de ces deux phénomènes contribuerait au phénomène progressif de mort neuronale, et ainsi à la diminution considérable de la substance grise. Des marqueurs génétiques auraient été identifiés, annonçant donc un mode de **transmission héréditaire autosomique dominant** : *le gène APP* (précurseur de la protéine A β) situé sur le chromosome 21, *les gènes PS1 et PS2* respectivement situés sur le chromosome 1 et 14. (Lambert, 2011).

La démence vasculaire a quant à elle des étiologies diverses faisant intervenir de façon additionnelle des lésions vasculaires cérébrales, une pathologie Alzheimer jusque-là infraclinique, des lésions de la substance blanche et des phénomènes liés au vieillissement (Pasquier & Leys, 1997). Parmi ces étiologies les lésions vasculaires cérébrales faisant suite à un accident ischémique ou hémorragique sont les plus répandues.

1.2 Les marqueurs de la maladie

1.2.1 Critères diagnostics

La démence est à différencier des plaintes mnésiques « normales » qui surviennent au cours du vieillissement, témoignant d'un manque de place dans notre cerveau et ainsi de l'opération de tri de notre mémoire selon différents critères que sont : la motivation, l'apprentissage et l'attention.

La démence quant à elle constitue un réel handicap, impactant le fonctionnement normal de la personne et est donc bel et bien pathologique. Il convient donc de pouvoir différencier clairement ce qu'est la démence, c'est pourquoi le DSM V définit **des critères diagnostic des démences** (major or mild neurocognitiv disorder) en général que sont :

A. Déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de performances dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception motrice ou cognition sociale.) basé sur :

1. La préoccupation de l'individu, d'un informateur averti ou du clinicien selon lequel il y a eu un déclin significatif de la fonction cognitive,
2. Une déficience importante de la performance cognitive, de préférence documentée par un test neuropsychologique standardisé ou, en l'absence de celui-ci, par une autre évaluation clinique quantifiée.

B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'indépendance dans les activités quotidiennes (c'est-à-dire, au minimum, nécessitant de l'aide pour des activités instrumentales complexes de la vie quotidienne, comme le paiement de factures ou la gestion de médicaments).

C. Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le contexte d'un délire.

D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, trouble dépressif majeur, schizophrénie)

1.2.2 Outils diagnostics

L'imagerie cérébrale est un élément fondamental pour confirmer ou non la présence des démences. Nous pouvons citer parmi les techniques d'imagerie : l'IRM (visualisation des anomalies cérébrales de type atrophie corticale, hippocampique...), et le TEP Scan (suivi du dépeuplement neuronal et de la formation des PS). Une ponction du liquide céphalo-rachidien (LCR) est également réalisable pour mesurer les traceurs des maladies notamment dans la Maladie d'Alzheimer. (Kinuwaga, 2014)

Ces résultats ne sont pas significatifs à eux seuls de la présence de l'affection. Corrélés à l'entretien, ainsi qu'aux signes cliniques relevés lors de l'examen clinique, aux examens neuropsychologiques, cela permettra de confirmer la suspicion et ainsi de poser un diagnostic probable ou possible de démences. Le diagnostic formel ne peut être obtenu que par autopsie du cerveau post-mortem.

D'autres outils sont à notre disposition afin d'évaluer l'avancée des troubles cognitifs (Belmin, 2003) :

- **Le Mini Mental State Examination (MMSE) :** ce test comporte une série de 18 questions ou courtes épreuves qui évalue plusieurs fonctions cognitives (mémoire, langage, praxies, calcul, orientation dans le temps et l'espace). Le score total est de 30 et un résultat inférieur à 28 (ou 25 selon le niveau d'étude) indique une perturbation des fonctions cognitives. Il est utilisé par les psychologues et à défaut par les autres professionnels de santé (dont les psychomotriciens). Il ne constitue pas à lui seul un outil diagnostique, en raison des capacités de compensation qui peuvent fausser les résultats. C'est un outil de réévaluation de nos prises en charge, et de suivi du déclin ou maintien des fonctions mentales.

- **Le test de l'horloge :** il consiste au remplissage d'un cercle représentant le cadran d'une montre. Le patient doit compléter les chiffres, puis dessiner les aiguilles représentant une heure donnée. Cette épreuve fait intervenir les fonctions exécutives et visuo-praxiques, en évaluant les repères spatio-temporels.

- **La fluence verbale :** il est demandé au patient de dire tous les noms appartenant à une même classe (fruits, animaux etc.) en un temps déterminé. Il permet en partie l'évaluation de la mémoire sémantique.

- **L'Instrumental Activities of Daily Living (IADL),** nous renseigne sur les fonctions instrumentales de la vie quotidienne à rapprocher du contexte clinique. Les critères diagnostics permettent de poser l'hypothèse d'un diagnostic probable, possible ou certain de la démence.

Le patient sera également orienté vers un diagnostic neuropsychologique et psychiatrique investiguant de façon complète les fonctions cognitives à l'aide de batteries de test du type WAIS ou profil d'efficacité cognitive.

En psychomotricité, le bilan spécifique utilisé pour la population en gériatrie est l'Examen Géronto Psychomoteur qui sera défini dans la troisième partie de ce mémoire.

Un diagnostic précoce est important pour appliquer au plus tôt les traitements médicamenteux actuels, mais également l'ensemble des conseils préconisés en matière de prévention par la HAS, et stimuler au mieux les facultés cognitives et de mémorisation.

1.2.3 Sémiologie

Les chercheurs évoquent régulièrement la présence de symptômes dans la démence définis ci-après (Sarazin et Dubois, 2005) :

- **L'agnosie** : est l'impossibilité de reconnaître des objets, alors que les fonctions sensorielles (vision, audition, toucher etc.) sont normales.
- **L'aphasie** : est la perte partielle ou totale de la faculté de s'exprimer, et comprendre le langage, qu'il soit parlé ou écrit, malgré l'intégrité anatomique et fonctionnelle des organes de la phonation (langue, larynx), et indépendamment de toute atteinte neurologique d'origine sensorielle (sans difficultés d'audition, ou de vue). Elle est en grande partie due à une perte de la mémoire sémantique et n'est pas ou peu présente au début de la maladie.
- **L'apraxie** : est la difficulté à effectuer des gestes concrets (comme la manipulation d'objets entre autres), due à une lésion du système nerveux consécutive à une atteinte des lobes pariétaux (situés au-dessus du cerveau).

D'autres symptômes sont également présents et aident au diagnostic, notamment des **troubles mnésiques** concernant principalement la mémoire à court terme, on parle de troubles de la mémoire antérograde. C'est à dire que le sujet sera incapable de se souvenir des faits immédiats, puis des faits récents jusqu'à ne conserver que les faits anciens de la vie du sujet (mémoire rétrograde). La mémoire explicite ; concernant les souvenirs liés à un contexte (mémoire épisodique) et propre à l'autobiographie du sujet, ou les souvenirs sémantiques (connaissances générales de l'histoire) ; sera plus rapidement atteinte. La mémoire implicite ; regroupant les gestes moteurs automatiques (mémoire procédurale), et les sensations (mémoire sensorielle) ; sera conservée le plus longtemps dans cette pathologie. La perte progressive de ces différentes mémoires handicapera de plus en plus le sujet dans sa vie quotidienne et son autonomie.

Nous retrouvons également des signes de **dysfonctionnement mentaux** avec des troubles des capacités intellectuelles, de jugement, d'attention, de raisonnement et d'abstraction.

Des troubles psycho-affectifs et comportementaux tels que la dépression, l'anxiété, l'agressivité, les comportements passifs, les déambulations, l'agitation, les conduites stéréotypées, les troubles psychotiques (idées délirantes, hallucinations, confabulations).

Et enfin **des troubles des conduites neurovégétatives** (troubles du sommeil, de la sexualité, incontinence, et troubles alimentaires.)

1.3 Traitements

1.3.1 **Pharmacologiques**

Deux types de traitements peuvent être aujourd'hui proposés dans le cadre de la MA (Vellas et al, 2005) :

— **Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (IACHÉ)** : « Cette classe thérapeutique permet de réduire le déficit cholinergique par diminution de l'activité destructrice de l'acétylcholinestérase (AChE). » (*Ibid.*). Ils sont indiqués dans le traitement des formes légères à modérées de la MA. Ils se retrouvent actuellement sous différents composés : le donépézil, la rivastigmine, et la galantamine. Les trois IACHÉ permettent une stabilisation puis une diminution de la pente du déclin cognitif, et potentiellement une amélioration des fonctions cognitives. Ils préviendraient et diminueraient la survenue de certains troubles psycho-comportementaux, et diffèreraient la perte d'autonomie et l'entrée en institution.

— **Les agonistes des récepteurs NDMA** : Ces médicaments agissent sur l'excitotoxicité du glutamate. Leur action est symptomatique, et associés aux IACHÉ (notamment au donépézil) ils permettraient une amélioration ou une stabilisation cognitive temporaire, une réduction de la pente du déclin des activités de la vie quotidienne et une réduction de la fréquence de nouveaux symptômes comportementaux, avec une diminution du nombre d'épisodes confusionnels et d'agitation. Nous les retrouvons sous le nom de mémantine. Ces traitements sont indiqués pour les formes modérées à sévères de la MA. (Tariot et al, 2004).

Enfin d'autres traitements peuvent être utilisés dans le cadre des démences, mais à des fins symptomatiques au vu des troubles du comportement associés à cette pathologie. Nous retrouvons **donc les inhibiteurs de la re-capture de la sérotonine (IRS)** avec un effet potentiel sur la tristesse, l'irritabilité, l'anxiété, l'hostilité et les idées délirantes.

Ou encore **les antiépileptiques thymorégulateurs**, avec une efficacité sur l'agitation, l'irritabilité et l'hostilité.

Enfin, **les nouveaux antipsychotiques** réservés aux manifestations de type idées délirantes et hallucinations ainsi que d'autres **psychotropes**.

1.3.2 Non médicamenteux

Une approche globale et non médicamenteuse est nécessaire, que ce soit avant ou après l'apparition de la maladie, prévenant l'apparition de troubles secondaires tels que les troubles psycho-comportementaux et l'avancée de la maladie.

L'objectif sera de proposer une prise en charge générale notamment au niveau de la perte d'autonomie fonctionnelle. Il sera important de préserver cette fonction en stimulant l'activité physique, le langage et la mémoire, ainsi que de laisser le patient faire seul tant qu'il en est capable. La proposition d'aide professionnelle se fera lorsque le patient ne sera plus en capacité d'effectuer les tâches seul. C'est dans cette optique que vont intervenir différents professionnels paramédicaux tels que les **psychomotriciens**, les **ergothérapeutes**, les **kinésithérapeutes**, ou encore des animateurs sportifs, etc.

La HAS implique principalement la psychomotricité et l'ergothérapie dans la prise en charge non médicamenteuse des démences. *« Ces professions pourront développer des techniques diverses afin de couvrir tous les facteurs intervenant dans la production du handicap, l'entraînement des fonctions, l'apprentissage de stratégies de substitution, l'éducation et l'accompagnement des aidants, les modifications de l'environnement et les aides techniques. Des actes de réadaptation se positionneront en complément des prises en charges rééducatives qu'ils complètent, en proposant des solutions pour compenser les déficiences et incapacités n'ayant pu être améliorées ».* (HAS, 2010)

La particularité de ces prises en charge est d'**inclure l'entourage au sens large** (famille, proches, professionnels, bénévoles, etc.) afin de lui donner les moyens d'une gestion autonome du maintien à domicile. En effet il est important d'aider et conseiller l'entourage des malades atteints de démence, notamment l'aidant familial principal car la prise en charge de ces patients peut induire une charge physique, psychologique, émotionnelle et mentale élevée. L'aide aux aidants a pour but d'atténuer ces difficultés et contribue à prévenir les crises sources d'admission en urgence à l'hôpital et d'entrée en institution. (Belmin, 2003)

2. REPERCUSSIONS IDENTITAIRES

2.1 Troubles mnésiques et autobiographies

La mémoire est « une fonction biologique permettant au sujet de conserver et de rappeler un souvenir passé » (Larousse). C'est une structure complexe, que je vais brièvement décrire pour la compréhension des lecteurs.

D'après les recherches actuelles en neuropsychologie il existerait différents types de mémoires (Grimaldi, Démonet et Brioschi Guevara, 2015) :

→ **Une mémoire à court terme** : elle permet la manipulation des éléments de la mémoire à long terme par le biais de la mémoire de travail, mais aussi la conservation d'une quantité limitée d'informations et cela temporairement c'est l'empan mnésique. L'enregistrement de ces informations par un processus d'encodage, (mise en relation avec des indices situationnels, émotionnels) va permettre au sujet de mémoriser ces éléments et de les basculer dans la mémoire à long terme.

→ **Une mémoire à long terme** permettant de stocker les informations sur une longue durée. Elle va elle-même se décomposer en mémoire :

— Implicite ou non déclarative : c'est la mémoire du geste, du « savoir-faire » appelée **mémoire procédurale**. C'est « la capacité à acquérir de nouvelles habiletés par le biais d'une pratique longue et répétée, à les stocker et à les restituer ultérieurement » (Colette, Feyers et Bastin, 2008). Ces compétences apprises s'expriment dans l'action et sont fixées dans des procédures automatiques qui nous permettent d'accomplir sans y penser des tâches répétitives. Il existe également une **mémoire sensorielle**.

— Explicite ou déclarative : c'est le « savoir-dire ». Elle est énoncée par le sujet et décomposée en **mémoire épisodique** (du vécu personnel) qui permet l'encodage, le stockage et la récupération des expériences acquises dans un contexte spatio-temporel. Ainsi qu'une **mémoire sémantique**, mémoire des concepts et des faits indépendamment du contexte de l'apprentissage.

Dans la MAMA, l'atteinte la plus précoce va se situer au niveau de **la mémoire épisodique**. Le sujet va donc, dans les stades légers de la maladie, avoir accès aux souvenirs

sémantiques, éprouver un sentiment de familiarité avec l'information, mais ne se souvient pas l'avoir vécu. Nous notons là une rupture dans ses expériences.

Les mémoires procédurales et sensorielles quant à elles sont les mieux préservées, indiquant là une notion importante : le sujet dément serait capable d'apprentissages moteurs même si ceux-ci sont plus lents et de moins bonnes qualités.

Dans la démence la perte de la mémoire va être centrale, résultant des modifications physiologiques qui y sont liées. S'ajoutent à cela des troubles du langage et des praxies : le patient fini dans les stades sévères par ne plus se souvenir comment nommer les objets, par ne plus les reconnaître (agnosie) ou encore par ne plus savoir exécuter un geste. Ce qui témoigne entre autres de l'atteinte des différentes mémoires.

L'amnésie est surtout antérograde, c'est à dire que le sujet ne va plus être capable d'intégrer de nouveaux souvenirs, surtout dus à un problème d'encodage. C'est alors qu'une question se pose à nous. **Que devient l'identité d'un patient Alzheimer si nous comprenons que mémoire et identité sont intrinsèquement liés ?**

Prenons l'exemple de Mme T. 92 ans : Lors de nos premières rencontres en individuel elle me dit avoir 60 ans, et ce qui est pour nous le PASA, est pour elle son ancienne école avec ses camarades de classe. Puis au fil de la discussion je lui demande de se présenter à moi. Elle me parle alors de son ancien métier d'agricultrice, de son rôle de maman, et de ses enfants et petits-enfants. De son caractère « bien trempé », ainsi que de ses goûts.

Nous voyons bien ici que le sujet n'a plus conscience de son âge et de l'endroit où elle est, elle semble se situer à une autre période de sa vie, où ses souvenirs se sont cristallisés.

Cependant la description qu'elle me fait d'elle, de son caractère et de sa manière d'être est bel et bien exact et en accord avec la façon dont elle se présente à moi et à l'équipe. Nous pourrions expliquer cela par l'existence d'une **altération de la conscience du Soi**, se croyant beaucoup plus jeune et ne pouvant se percevoir comme elle est actuellement, mais **la connaissance du Soi est préservée**. C'est ce qu'explique également R.Gil (2011) dans ses

recherches : selon lui l'atteinte de la conscience de Soi pourrait représenter le déficit central de la démence. C'est à dire que le malade dément conserve la connaissance de Soi : la partie objective correspondant à sa vie, mais perd la conscience de Soi : la perception subjective de lui-même.

La connaissance de Soi est une partie profondément enracinée, car développée et nourrie depuis le début de notre existence. Une personne âgée démente va ainsi pouvoir décrire ses traits de caractères, la façon dont elle vivait auparavant, ses goûts. Mais ne va plus se percevoir comme identique actuellement. Nous pouvons rapprocher cela des notions d'ipséité et d'idéité précédemment évoquées.

L'identité du patient dément est donc bien altérée et semble même être le critère essentiel de la démence (Charazac, 2009). Les troubles mnésiques vont induire une incapacité à relier les expériences vécues entre elles, et empêcher le patient de se sentir identique dans les changements. Il peut se percevoir comme étranger, savoir qu'il a fait quelque chose parce que c'est écrit, mais n'avoir aucun souvenir de ce vécu. **L'idéité est rompue** car il y a un déficit de mise à jour de l'identité. Les expériences récentes ne sont plus reliées entre elles et au sujet, ce qui lui permettait auparavant de se sentir identique en dépit des changements.

L'identité mêmété (ipséité) est par contre maintenue. Le patient a des convictions de ce qu'il était.

Ce défaut de continuité va souvent placer la maladie comme une rupture dans la vie du sujet, dans son histoire. Il perd son « *self social* » (Duval et al, 2009), c'est à dire la capacité à reconnaître les autres, et cela va avoir un impact sur sa capacité à se reconnaître lui-même, l'Homme étant un individu s'identifiant dans l'image de l'autre pour créer l'image de Soi. À un stade sévère de l'atteinte, le sujet a une **conscience de Soi non adaptée au temps**. Au lieu d'une préservation de l'identité, nous sommes en présence d'une **préservation du sentiment d'identité**. (Eustache, 2013)

L'identité au niveau psychique est modifiée, avec une somme d'identités morcelées. Cela va donc avoir un impact sur l'enveloppe psychique. La psychanalyse parle d'une sorte d'enveloppe qui devient poreuse et ne permettrait plus de contenir les pensées, et le psychisme du sujet (Montani, Ruffiot, 2009). Ce qui induit un **affaiblissement du Moi** : Le sujet va

souvent s'accrocher aux bribes de souvenirs qu'il a et qui lui donnent la certitude de ce qu'il était. Il finit par surinvestir ce passé et être en discordance avec la réalité extérieure.

Mme L, 90 ans, appel « Au secours ! » dans les couloirs. Je l'a rejoins donc près de l'ascenseur et lui propose mon aide, en l'interrogeant sur la nature de son problème. Elle paraît extrêmement angoissée, ses mains tremblent et elle se met à pleurer. Elle me demande alors de l'aider à retrouver sa valise pour pouvoir rentrer chez ses parents. Elle est retournée à l'âge de 20 ans, où elle partait de l'internat le week-end afin de rentrer chez elle. L'angoisse est forte et comparable à celle d'une jeune fille qui se retrouve enfermée et dans l'impossibilité de rejoindre ses parents. Il est alors très difficile de la faire sortir de cette idée.

C'est une notion à avoir en tête dans l'approche de ces patients. Ces éléments sont les seules bouées de sauvetage les raccrochant à eux-mêmes, il est donc brutal de leur indiquer qu'ils n'ont pas 20 ans. Ce serait effacer les derniers vestiges de l'identité qui les composent.

La limite entre interne et externe devient floue au vu de la discontinuité de l'enveloppe psychique et des souvenirs. Le sujet dément va donc pouvoir développer des troubles psycho-comportementaux de types hallucinations. Il devient souvent incapable de différencier le réel du rêve, l'élément interne à leur psychisme et la réalité externe (*Ibid.*).

Dans la démence, comme dans le vieillissement physiologique, une relation à l'objet importante se met alors en place. K. Duqenoy Spichala (2002) parle ici de « **symbiose démentielle** ». L'individu va, pour apaiser les angoisses de vide identitaire et la confusion entre réalité et souvenir, développer une relation à l'objet comme dans la symbiose de la senescence. Cependant, cet objet privilégié n'appartiendra pas au monde physique et externe, mais à l'imaginaire. Le sujet va revivre la relation parentale afin de calmer ses angoisses par le biais d'hallucinations mnésiques, qu'il croit réelles. Nous parlons ici de relation à l'objet interne transparaissant dans les souvenirs, habitudes ou comportements répétitifs.

Cependant, au fil du développement de l'atteinte, l'objet interne est amené à disparaître à mesure que le Moi identitaire perd ses limites corporelles et psychiques, **le sujet va alors investir une relation d'agrippement aux objets réels**. Il vise ainsi à protéger le Moi contre

les angoisses d'anéantissement, mais cela a pour inconvénient de détourner le sujet des activités de pensée.

Mme E, m'interpelle dans sa façon d'être. Elle va lors d'un déplacement avoir besoin d'un contact physique, et ne cesse de me répéter « tenez moi, ne me laissez pas ». Je suis pourtant à côté d'elle, nous marchons ensemble à faible proximité, mon bras la guidant au niveau du dos sans pour autant la toucher, mais elle nécessite tout de même un contact physique. Elle me prend la main, et me la redemande dès que je quitte le contact. Son toucher me laissant une sensation d'agrippement. Ce besoin n'est pas inhérent à cette situation qui pourrait être due à une peur de chuter. Il se retrouve également dans les activités que nous faisons ensemble. Elle va avoir tendance à « coller » à toutes mes propositions, sans jamais laisser libre recours à son imagination et à sa créativité.

Nous voyons là cette relation d'agrippement à l'autre qui se met en place, servant à la rassurer et à l'ancrer dans le présent notamment par le biais du toucher.

Les troubles mnésiques vont ainsi avoir un impact considérable sur la continuité d'existence et le sentiment d'identité du sujet, induisant une rupture dans le vécu, et une confusion. Le sujet ne sachant plus qui il est, en tout cas n'en n'ayant plus conscience. Il va tout de même être capable d'avoir une connaissance antérieure de lui-même, une conviction de qui il est, profondément ancrée, sur laquelle nous pouvons nous appuyer.

2.2 Troubles cognitifs et difficultés symboliques

Dans l'ontogenèse de l'identité nous avons vu l'importance du processus d'intégration par le modèle sensation-perception-représentation. L'enfant va grâce à cela accéder au symbolisme et aux activités mentales, lui permettant de se détacher de l'objet et d'avoir une représentation : premièrement de son corps puis de lui-même dans sa globalité somatopsychique.

La personne démente va elle, être sujette à des **altérations neuronales** concernant notamment les neurones actifs dans la représentation de l'action ou des choses. Les schèmes moteurs vont être segmentés, et il y aura une **rupture ne permettant plus au sujet de relier les sensations aux représentations**. De plus nous avons vu qu'il existe **une régression du stock des représentations** en raison de la perte mémorielle.

Ces deux facteurs vont induire une **diminution des capacités du sujet à avoir des représentations mentales**, à réfléchir et pouvoir faire des liens entre ce qu'il vit et ce qu'il pense. Ce qui est problématique car dans la vie quotidienne, pour la réalisation d'une action nous devons constamment analyser la situation, faire le lien avec nos connaissances et nos schémas de réponse, pour que notre cerveau donne l'ordre aux membres d'initier l'action. Toute cette machinerie sera affectée par les altérations du matériel physiologique.

Le **manque d'attention** sera aussi problématique, ce qui est nécessaire dans le cadre de la mémorisation de nouveaux éléments. Le processus d'encodage nécessite l'intérêt pour l'activité, la concentration et des indices les plus nombreux possibles. Or l'apathie est courante dans la démence, et l'attention devient labile avec une grande fatigabilité.

Le sujet perd alors l'accès aux représentations, notamment de lui-même, et aux représentations de son corps. Il va être courant qu'il ne perçoive plus son corps tel qu'il est, que **le schéma corporel et l'image du corps se détériorent**. Le manque de lien entre sensations et perceptions ne l'habilitent plus à nourrir cette image corporelle pour la reconstituer et bien souvent nos aînés n'ont pas non plus l'occasion d'expérimenter, d'être dans des situations leur permettant de refaire ce lien. « *La représentation des parties du corps étant perturbée, le patient Alzheimer peut se vivre comme morcelé dans cette enveloppe charnelle qui lui est étrangère ; il ne s'identifie pas car il est dépossédé de ses repères identificatoires.* ». (Duquenoy Spichala, 2002).

La part identitaire du sujet s'affaiblit donc au vu de l'ensemble de ces altérations, d'autant plus que nos aînés sont sujets à des comorbidités. Ces pathologies qui se surajoutent, ainsi que les limitations physiques, la perte d'efficacité des sens, contribuent tous à une régression de la perception et représentation du Soi.

La perte des mots où la confusion de mots est également courante c'est ce que l'on nomme **l'aphasie : trouble acquis du langage**. Or le langage est le plus haut stade de symbolisation, d'accès à la représentation et c'est ce qui caractérise l'espèce humaine. Le fait de ne plus pouvoir utiliser les bons mots pour se décrire ou décrire l'autre a un impact certain sur

l'expression de l'identité et la façon dont l'individu se présente à l'autre. Nous avons ici une **altération de la capacité de réflexion et d'expression**, car le langage est le moyen d'avoir un retour réflexif sur soi-même. Cela pousse souvent l'individu à un certain **repli sur lui-même** : se fermant progressivement au monde, le cercle relationnel se restreint et les **figures identificatoires s'amenuisent**.

2.3 Désorientation temporo – spatiale

Celle – ci va couramment être un signe de repérage de démence. En effet l'individu va commencer à ne plus savoir se repérer dans le temps. Il oublie les jours, ce qui peut passer inaperçu, sachant que cela peut nous arriver à tous lorsque notre cerveau est fatigué et qu'il n'arrive plus à suivre un rythme soutenu. Nous faisons également tous l'expérience de ne plus suivre le fil des jours lorsque nous ne sommes pas dans une vie active, c'est le cas par exemple durant les vacances où nous sommes parfois incapables de donner la date du jour. Cette faible démarcation entre normal et pathologique rend les premiers signes insidieux. Au fur et à mesure le sujet ne va plus être capable de s'organiser et de planifier sa semaine, oubliant au cours de la journée plusieurs fois où nous nous situons dans le temps. Ainsi il va rater des rendez-vous croyant qu'ils sont déjà passés, ou encore oublier qu'il en avait un.

Ces **repères temporels disparaissent rapidement**, avec une non-conscience du moment de la journée où nous situons, alors qu'une personne normotypique va être en capacité de savoir si nous sommes le matin, ou l'après-midi ou encore le soir par l'analyse du fait qu'il fasse nuit, ou jour. Ou par la sensation corporelle de faim qui nous indique que nous sommes à midi ou au soir selon les différents éléments de la journée. Ne disposant pas non plus des capacités d'analyse de l'environnement ces indices ne permettront pas au sujet de se situer dans le temps.

Au niveau spatial, il y a une **perte des repères** : gauche, droite, devant, derrière. Son environnement va lui sembler de moins en moins familier, et il n'aura plus l'impression d'être dans sa maison. Le trajet qu'il pouvait faire auparavant les yeux fermés, ou en pleine nuit lumière éteinte, va devenir dangereux, car le souvenir sensoriel et mémorisé du trajet qui nous permet de faire ce genre d'actions va disparaître.

Une **détresse** sera également palpable chez ce patient, ne reconnaissant absolument pas le monde qui l'entoure. Il va se sentir perdu, comme nous dans un endroit inconnu que nous découvrons seuls. Puisqu'une réponse logique ne peut être donnée à ces éléments, une histoire

souvent hallucinatoire ou paranoïaque peut se monter, avec l'idée qu'il a été enlevé et placé dans une autre maison. Le patient tente comme il peut de donner un sens à ces changements, et à ces éléments spatiaux qu'il ne reconnaît plus. Ce qui peut souvent conduire à des conduites d'errance (déambulation) : le sujet découvre le lieu et ne se souvient plus quelques secondes après y être passé de l'avoir fait, il y repasse alors et erre jusqu'à trouver quelqu'un. Il est dans l'incapacité de retrouver son chemin et d'aller au lieu désiré.

La perte des repères spatio-temporels, qui sont des organisateurs du développement chez l'enfant, va induire une rupture dans la vie du sujet. En effet, c'est grâce à l'exploration de l'espace par le jeu, et la construction de repères dans cet environnement comme le devant et l'arrière, qu'il pourra construire l'espace propre de son corps, son axe corporel, et utiliser une main de façon préférentielle. Par cela il constitue son schéma corporel qu'il pourra par la suite transposer à l'espace afin d'orienter le corps et le geste. La perte des repères physiques va occasionner une **perte de repères sur le corps propre et altérer l'identité corporelle du sujet.**

2.4 Détérioration corporelle et perte d'autonomie

L'apraxie apparaît tôt mais est peu repérée (Albaret, 2011) car elle souvent corrélée à la diminution des capacités de la personne âgée normale, aux tremblements et maladroites que nous pouvons rencontrer chez cette population au vu des déficits sensoriels et de la fatigue qui est présente. Cependant l'apraxie est un réel trouble de l'organisation gestuelle, entravant la réalisation du geste moteur et ainsi les capacités du sujet à se mouvoir, ou à réaliser une activité.

L'apraxie semble avoir un impact sur l'autonomie uniquement dans les stades avancés de la maladie. La décomposition des mouvements n'est plus mémorisée, le sujet devient peu à peu dans **l'incapacité de réaliser des gestes volontaires**. La motricité automatique elle, est longtemps maintenue, ce qui pourrait être expliqué par la conservation de la mémoire procédurale (Eustache, 2013). Cependant lorsqu'un événement quelconque survient dans le déroulement du schème moteur automatique, le sujet se retrouve bloqué, dans l'impossibilité d'ajuster son geste et de résoudre le problème car ne pouvant réaliser un acte volontaire. Cela est sûrement corrélé au **déficit d'analyse de la situation** qui ne permettrait pas au cerveau de déclencher d'autres types de réactions.

L'ensemble de ces atteintes motrices ; ajoutées aux déficits moteurs dus à l'usure (arthrose etc.), à la faiblesse musculaire, aux fractures ou aux déficits sensoriels propres au vieillissement normal ; le sujet dément va se retrouver limité dans ses capacités exploratoires, sa mobilité et l'accomplissement d'actions quotidiennes simples comme s'habiller, ou se doucher. Ce qui va induire une **perte d'autonomie** c'est à dire de « *la capacité à pouvoir se gouverner soi-même, et satisfaire librement ses besoins fondamentaux* » (Belmin, 2003). Ici la perte d'autonomie est majoritairement sur le plan fonctionnel et entraîne une **diminution de l'estime de Soi**. Le sujet ne se reconnaît plus, tant au niveau physique, son image lui semblant étrangère, qu'au niveau de la représentation qu'il a de lui-même.

L'ensemble de ces modifications impacte les assises identitaires du sujet, la conscience de Soi, la continuité d'existence, ainsi que l'estime de Soi.

2.5 De la perte d'autonomie vers un placement en institution

Les différentes altérations énoncées précédemment vont induire une insécurité **du maintien à domicile**. En effet, le déficit mnésique et cognitif va en plus ajouter une **confusion et désorientation** au sujet ne se souvenant plus de la réalisation ou non d'une action, ou encore du fait d'avoir mangé ou de s'être douché. Ce qui rend la vie au domicile compliquée voire même dangereuse, avec des personnes âgées n'étant **plus en capacité d'analyser correctement la situation** et développant des **réponses inadaptées**. C'est par exemple le cas de personnes âgées pouvant utiliser des produits nocifs pour laver la vaisselle, ou oubliant d'éteindre le gaz après la préparation du repas.

Cela induit une deuxième notion s'ajoutant à la perte d'autonomie : **la dépendance**. En effet, « *la perte de l'aptitude à réaliser les actes nécessaires de la vie quotidienne oblige alors au recours à une tierce personne et conduit à la dépendance* » (Belmin, 2003). Le sujet devient incapable de prendre une décision éclairée seul, et doit être constamment sous surveillance, pour sa propre sécurité et celle de ceux qui l'entourent.

La solitude et le manque de soutien succédant à un veuvage, à l'éloignement des enfants, ou à une rupture d'échange avec la famille, va induire des difficultés très dures à surmonter au quotidien et une réelle mise en danger de la personne.

Dans le cas contraire le sujet entouré par un membre de la famille va placer celui-ci dans un rôle « **d'aidant** ». Mais la démence est une maladie difficile à gérer seul et nous oublions souvent l'épreuve endurée par ceux-ci. L'aidant va en effet assister au déclin de la personne qu'il affectionne, et être profondément affecté par ce changement qui le touche narcissiquement, ce qui peut être source de souffrance psychologique (*Ibid*). Les soins qu'il apportera, bien qu'au détriment de son bien-être personnel, seront parfois inadaptés en raison d'un manque de formation à ce genre de détérioration qui est globale : à la fois physique, psychique, cognitive.

Il va souvent se retrouver **dépassé, isolé et épuisé** par cette situation. D'autant plus que la démence a une particularité : le sujet malade sera parfois **anosognosique**. C'est à dire qu'il n'aura pas conscience d'être malade, ou alors en sera conscient et oubliera dans les minutes ou heures qui suivent. L'aidant va donc dans ce type de pathologie « se battre » contre le malade pour pouvoir l'aider. Cela peut parfois amener à des réactions virulentes de la part du malade, déchirant ainsi les liens familiaux déjà fragilisés par la non-reconnaissance de l'aidant par le malade.

Un **bouleversement des rôles** va également s'opérer, avec l'enfant qui prend souvent la place de « parent » maternant, nourrissant et soignant le malade. Ce qui est également **une crise identitaire pour l'aidant**. N'étant à la fois plus identifié à sa place dans la famille par le malade, étant confronté au deuil de la figure identitaire sur laquelle il s'est construit (celle du parent dans le cas d'enfants aidants), et devant lui-même s'imposer un nouveau rôle et une nouvelle place pour venir en aide au malade.

Cela va au long terme induire **un épuisement de l'aidant** et une **impuissance** face à la maladie, et ainsi amener à la **décision d'une institutionnalisation** afin de recevoir des soins adaptés, prodigués par un personnel formé. Parfois, ce sont les **chutes répétées** conduisant à des fractures invalidantes qui vont être un élément déterminant sur l'impossibilité du maintien à domicile. Le patient passant alors d'une hospitalisation à l'entrée en institution directement.

Quel est l'impact de cette institutionnalisation sur l'identité du sujet âgé dément ?

L'entrée en institution impose premièrement un **retrait de l'environnement familial** cocon sécurisant, et point de repère dans lequel ils évoluent depuis parfois plus d'un demi-siècle, ce qui va constituer en lui seul un traumatisme pour le sujet. Il va perdre les repères qui constituaient son identité intime, les objets qu'il affectionne, l'agencement des meubles qui le représentait, la décoration, tant de petites choses mais significatives et permettant au sujet d'exprimer sa personnalité, ses choix, ses désirs : en somme ce qu'il est.

Il atterrit en plus dans un **nouvel espace, qu'il doit découvrir et s'approprier**. En effet, « *l'appropriation, implique des composantes affectives, identitaires et perceptives, et transforme l'espace en territoire, lui-même support de l'identité de ses habitants.* » (Cérèse et Eynard, 2014). Mais la personne âgée démente n'était déjà plus en capacité de se retrouver dans son espace familial, ce qui rend l'appropriation complexe. Il se retrouve à errer dans les couloirs, à la découverte de ces chemins qu'il ne connaît pas, de ces chambres en surnombre, et de ces gens qu'il ne reconnaît pas. Cela n'est-il pas d'autant plus désorientant ?

Imaginons-nous, nous réveiller au cœur d'un endroit inconnu, au milieu de gens inconnus, ayant parfois des discours que nous ne comprenons pas. Certains d'entre eux sont vêtus de blouses, nous parlent de traitements et de soins. Est-ce un hôpital ? « *On* » nous dit pourtant que cet endroit est notre « *nouvelle maison* », mais où est passée l'ancienne ? Pourquoi vivons-nous tout à coup avec plus d'une centaine de personnes ? Allons-nous passer le reste de notre vie dans un hôpital ? Car cet endroit y ressemble fortement. Où est notre famille ? Cela serait déjà particulièrement angoissant, pour nous personnes lambda, alors imaginons le pour quelqu'un ne pouvant analyser la situation et établir des liens logiques !

Le sujet âgé se retrouve donc souvent **désorienté dans ce nouvel espace** qu'il va devoir découvrir, tout en étant limité par son propre corps, et par sa « tête ». L'explication de ce placement par la famille, ainsi que les préparatifs pour cet événement ont parfois été oubliés, ce qui laisse la place à la **confusion et aux angoisses**, auxquelles le personnel soignant n'est parfois pas disponible et préparé à répondre ou apaiser. Lorsque l'état de conscience du patient est plus ou moins conservé, il n'en n'est pas moins que ce placement est un **traumatisme, révélant à lui seul la perte d'autonomie et d'indépendance** du sujet et marquant un stade dans l'avancé de la maladie qui a eu raison de ses capacités d'adaptation.

Ce trauma impacte les assises identitaires du sujet, l'estime qu'il a de lui-même, ses projets. La maison de retraite étant souvent le dernier endroit avant la mort, elle peut être perçue comme un environnement de passage, de transition avant que celle-ci n'arrive, et profondément affecter le sujet. Elle est significative pour lui et l'histoire du sujet, laissant place à une remise en question du vécu et parfois à la peur.

Le rythme va être différent, bouleversant ainsi les habitudes de l'individu. Le vieillard pénètre dans un milieu où **ses habitudes quotidiennes sont souvent supprimées** : aller chercher le pain, ou encore le courrier dans la boîte aux lettres. Se lever quand bon lui semble et prendre son café tranquillement, décider d'aller se doucher plus tard. Se rendre chez sa voisine prendre le thé, ou au marché. L'ensemble de ces rituels va être éclipsé à l'entrée en institution tout comme les anciens loisirs du sujet, alors qu'ils contribuent eux-mêmes à définir qui nous sommes.

Ajouté à cette perte des référents identitaires, le sujet va en plus devoir **s'habituer à de nouvelles règles institutionnelles**. Celles-ci seront différentes d'un établissement à un autre, mais généralement le réveil se fait dans une limite d'heure, afin que les résidents puissent se rendre au petit déjeuner. L'individu a le choix entre un repas principal, et un repas de substitution, afin de respecter au mieux ses goûts. Mais nous sommes tout de même loin de la situation à domicile, où l'individu peut choisir et cuisiner librement le plat qui lui fait envie à l'instant « t ».

Le problème majeur de l'institution, est notamment qu'il n'y a pas un soignant pour un patient. Ainsi ; malgré le désir de certaines directions de respecter au mieux les rythmes de chacun ; il est tout de même nécessaire pour les soignants d'avoir un planning, qui doit être respecté afin que tous puissent bénéficier des soins dans le temps imparti. Tout doit donc être réglé scrupuleusement, et les demandes n'allant pas dans le sens de ce programme peuvent mettre à mal le bon fonctionnement de l'institution. Le sujet doit alors s'habituer à ce rythme, ce qui laisse peu de place à la spontanéité et à l'individualité. *« L'institution est régie par des règles rigides qui favorisent presque toujours le collectif au détriment de l'individuel, l'anonyme au détriment du personnalisé, l'obligatoire au détriment du librement consenti »* (Vercauteren, Predazzi, & Loriaux, 2001). Les habitudes, activités répétitives qui étaient jusque-là conservées, et qui lui permettaient d'évoluer seul, même de façon minime, sont parfois perdues. *« C'est alors que l'institution, le milieu, crée le symptôme »* (Cérioli, 2011).

Il passe également d'un mode de vie seul, ou du moins avec des membres proches partageant son intimité (conjoint, enfant etc) à un **mode de vie en collectivité**. Cela induit la présence de personnes à sa table lors du repas, de gens dans le couloir, la nécessité d'être habillé convenablement pour descendre prendre le repas. Certaines personnes que j'ai pu rencontrer au fil de mes expériences en EHPAD préféraient même s'enfermer à clé dans leurs chambres, pour ne pas être dérangées par d'autres résidents ou encore, dans les cas extrêmes, ne pas risquer un éventuel vol de leurs effets personnels.

De nombreuses personnes évoluent également autour du sujet : des médecins, aides-soignants, kinésithérapeutes, infirmiers, aide-ménagères, psychomotriciens. Tous interviennent dans la chambre du sujet, au sein de son « *nouveau chez lui* », comme l'équipe aime souvent le nommer, et pénètrent dans son intimité. Ils défilent à tour de rôle dans l'environnement de nos aînés, parfois ne frappant pas à la porte, ou n'étant pas préalablement invités à passer.

La situation peut devenir intrusive lorsque vient le temps de la toilette du malade : l'individu doit alors se mettre à nu devant un inconnu, en plus d'accepter l'amenuisement de ses capacités. Ce qui est d'autant plus difficile dans le cadre de la démence, car le sujet tisse habituellement une relation avec le soignant qui effectue ses soins, ce qui pourrait le rassurer et faciliter ce moment délicat. Or, il va souvent oublier le visage de celui-ci, et revivre constamment la même rencontre et le fait de s'exposer devant un inconnu. Dans certains établissements, le roulement des aides-soignants va également faire que la toilette sera effectuée par plusieurs personnes différentes, ce qui ne permet pas au sujet d'avoir des repères et de regagner une confiance.

L'équipe soignante peut agir de façon inconsciente mais particulièrement intrusive, et ainsi pénétrer son intimité. « *L'intimité n'est pas un repli sur soi mais une maîtrise de la relation à autrui* » (Gérard, 2017). Les limites que nous instaurons avec l'autre, cette distance que nous tentons de garder est bel et bien un mode de défense de notre identité, tenant rôle de barrière entre soi et l'autre. Celles-ci s'amenuisent par le protocole institutionnel.

La réaction du sujet sera différente d'une personne à l'autre. Mais cela peut induire un **sentiment de honte** d'avoir recours à l'autre, ou encore **un déni du besoin de l'autre** pour se convaincre que les capacités sont toujours présentes, et pour se protéger du traumatisme que la dépendance induit. Le sujet peut également se sentir **infantilisé**, avec une impression de

régression au stade infantile, au vu des soins prodigués par l'équipe et la totale dépendance propre au jeune nourrisson. Cela est d'autant plus difficile à accepter si le patient n'est pas venu à l'institution de son plein grès.

L'institution, bien que se voulant bienveillante, dans un souci de fonctionnalité, va privilégier le **bien être de « tous » au dépend de celui de l'individu**, car faire du cas par cas ne serait pas gérable avec ce nombre important de personnes. Cette pensée du nombre va s'insinuer partout :

Au niveau du langage : le personnel utilise parfois le « on » pour s'adresser au vieillard, et cela de façon instinctive, sans arrière-pensée, dans le but de faire des phrases moins longues et qui soient compréhensibles pour le patient. **Cependant le « On » induit des confusions pour le sujet**, lui donnant de faux espoirs, et effaçant son identité au profit du groupe. *Le « on » vient retirer la part de sujet qui est encore en chaque personne. Il suffirait de redonner sa place à l'individu pour qu'il puisse maintenir encore quelque autonomie* ». (Personne, 2011).

Au niveau de l'espace : l'espace intime du sujet est intrusé, à la fois corporellement par les soins tels que la toilette effectuée, mais aussi physique. L'espace intime du sujet diminue, passant d'une maison entière à une petite chambre. Les effets personnels qui sont toutefois autorisés, peuvent être dérobés par d'autres patients ayant des troubles psycho-comportementaux, ou par le sujet lui-même qui, au vu des troubles mnésiques ne se souvient plus de l'endroit où il les a posés. L'espace collectif empiète de plus en plus sur l'espace propre du sujet.

Au niveau du temps : Une temporalité de groupe est instaurée, concernant l'heure du repas par exemple. Il devient difficile pour le sujet d'organiser sa propre journée. Il doit d'abord s'adapter aux horaires institutionnels puis lors de son « temps libre » organiser ce qui lui plairait, dans la mesure de ses capacités. Un rythme particulier qui n'est pas le sien se met en place, réglé sur les roulements des équipes. Ainsi les patients peuvent être couchés aux alentours de 21h au maximum, d'autant plus si les limitations physiques ne lui permettent pas de s'installer seul à son lit. Il devra ainsi être couché avant la fin de service des soignants, nécessitant leur aide.

Ce « tous » devient de plus en plus envahissant, balayant l'ensemble des repères, habitudes, et parfois goûts que le sujet peut avoir et constituant son identité propre. Il ne permet plus totalement à l'individu d'exprimer ses choix et désirs, marque de l'indépendance et de la particularité du sujet, laissant place à un groupe se voulant surtout fonctionnel, et sécurisant.

Le groupe qui peut être un mode d'identification, et une enveloppe groupale permettant au sujet de s'ériger en tant que tel, peut devenir pesant ne lui permettant plus de se différencier, et de s'épanouir. L'institution par exemple, **réduit les particularités du sujet**, pour constituer un fonctionnement groupal garantissant l'efficacité, la sécurité physique et la santé, mais mettant parfois à mal l'identité psychique du sujet dément déjà fragilisé par l'ensemble de ces remaniements. Plus généralement la société va aussi avoir un rôle négatif, les sujets déments « *n'arrivent plus à distinguer leur identité « pour soi » et leur identité « pour autrui »* (Dubar, 2000). Autrement dit, « *ils ne parviennent plus à établir de frontières entre l'identité subjective qu'ils ont d'eux-mêmes et l'identité négative à laquelle ils sont assignés par la société.* » (Trépied, 2016)

La proximité et promiscuité peut induire un **sentiment de dépersonnalisation** avec un corps réduit à la maladie et aux différents traumatismes vécus. C'est ce que l'on retrouve régulièrement chez nos aînés, lors des premières rencontres. Ils se décrivent souvent avec un jargon médical qu'ils ont tant bien que mal essayé de s'approprier, et nous dressent alors un état des lieux des différentes opérations, ou fractures afin de se décrire. **Le corps du sujet en institution devient un corps médical**, dont le touché est banalisé par les actes médicaux et les soins. La douleur ainsi que d'autres facteurs comme les troubles perceptifs et cognitifs de la démence, vont contribuer à modifier la perception du corps, à morceler les ressentis avec des parties surinvesties, et d'autres désinvesties. Ce qui, *in fine*, altérera la représentation du corps, teinté des traumatismes vécus qui peuvent ne pas être digérés, et de l'affect qui y est associé. Ainsi, « *l'entrée dans cette dernière demeure a, en effet, pour conséquence de modifier profondément l'image que la personne a d'elle-même.* » (Billé, 2005).

Le vieillissement physiologique, comme l'ensemble du développement du sujet, induisait des remaniements identitaires, ne menaçant pas pour autant le sentiment d'existence. La démence quant à elle, par la régression des fonctions mentales supérieures, des souvenirs, des praxies, du langage etc., va affaiblir les capacités du sujet, jusqu'à l'obligation d'entrer en institution afin de garantir sa sécurité.

Nous nous retrouvons alors face à un paradoxe, car cette institution étant le garant de la sécurité du sujet, devient également la cause du symptôme par son fonctionnement protocolaire, privilégiant le groupe à l'individualité. Elle efface ainsi les référents identitaires du sujet.

L'identité est donc impactée de façon non négligeable par ces différents facteurs conduisant à une altération de la conscience de Soi, et à des stades très sévères de la perception du Soi. Plusieurs questions se posent alors à nous : **Comment maintenir l'identité déjà précaire des sujets déments entrant en institution ?** Pouvons-nous induire une cassure dans ce fonctionnement protocolaire, et s'intéresser à l'individu seul ? Tout en prenant en compte ce nouvel environnement faisant partie intégrante de l'identité actuelle du sujet ?

C'est ainsi que la psychomotricité trouve sa place au sein de l'institution.

CHAPITRE 3 : PSYCHOMOTRICITE ET IDENTITE

1. SPECIFICITE DE LA PSYCHOMOTRICITE

1.1 Approche de la psychomotricité

1.1.1 Définitions

La psychomotricité est une spécialité paramédicale, dont l'objectif est de prendre en compte l'individu dans sa globalité. Elle concerne tous types de publics, allant du bébé à la personne âgée. Elle se retrouve à la fois dans le champ de la prévention, de l'éducation psychomotrice, de la rééducation des troubles psychomoteurs ; tels que listés dans notre décret de compétence ; ainsi que dans la thérapie par le biais de médiations corporelles. En axant son intervention sur la médiation corporelle, la psychomotricité se situe dans une position transdisciplinaire où toutes les conceptions théoriques du corps s'éclairent mutuellement.

Le psychomotricien est un spécialiste du tonus : *« Il peut développer et proposer l'accordage tonique qui correspond le mieux au climat émotionnel de ces aînés perdus »* (Garufi-Hoetzel, 2009). Il est ainsi capable de l'évaluer, et de communiquer grâce au dialogue tonico-émotionnel.

« La pratique du psychomotricien est une thérapie destinée à agir par l'intermédiaire du corps sur les fonctions mentales, comportementales et instrumentales perturbées. La prise en charge en psychomotricité également sur prescription médicale, en co-thérapie ou non peut se faire en individuel ou bien en groupe. Elle est précédée d'un bilan psychomoteur qui oriente le projet thérapeutique individualisé de la personne atteinte dans son intégrité psychocorporelle. A l'aide de diverses techniques, la psychomotricité utilise toutes les possibilités de mouvement du corps, d'action et de détente, d'expression et de relation pour tenter de restaurer l'ensemble de la personnalité en vue d'une meilleure adaptation du sujet au milieu. » (Michel, Roux, Albaret et Soppelsa, 2009).

Les médiations provoquent des situations qui vont être vécues, éprouvées, pensées, appréciées, à la fois de l'intérieur et de l'extérieur, dans le cadre d'une interaction thérapeutique

(Scialom, Geromini et Albaret, 2015, Tome 2). Elles font du corps une préoccupation essentielle, permettant aux vécus corporels de devenir matière à transformation et à l'élaboration psychique. La liste des médiations mettant au centre le corps est longue, mais je vais ici énoncer et décrire brièvement celles que je vais employer dans mes prises en charge :

— **Le toucher massage** : il s'agit d'effectuer un massage par un contact peau à peau, ou par le biais d'un médiateurs si nécessaire (balle à picot par exemple). La particularité en psychomotricité, est que ce toucher fait partie intégrante de la communication non-verbale, qui, alliée aux autres sens, constitue un véritable langage du corps, lié au monde émotionnel. Il permet la contenance, témoigne de la solidité et permanence du corps, unifie les sensations pour reconstituer l'enveloppe corporelle, réunifie les vécus corporels, et vise l'apaisement. Il engage le corps tout entier du thérapeute et de la personne accompagnée.

— **La thérapie multisensorielle** : elle consiste en la proposition d'expériences sensorielles variées, vécues dans une atmosphère de confiance et de détente, favorisant la stimulation des sens primaires. C'est aussi un lieu de convivialité, de respect mutuel, d'écoute, d'accompagnement et de présence.

— **Le jeu** : est un outil permettant le travail et le développement des capacités psychocorporelles, sensorimotrices et cognitives. Il apprend la gestion des émotions et de la vie relationnelle sans risques ni interdits. Les jeux peuvent être divers et variés, mais dans ma pratique ils vont surtout se décliner sous forme de jeux de sociétés, ou de jeux moteurs tels que les jeux de balles, de quilles, cerceaux etc.

1.1.2 **Le bilan géronto-psychomoteur**

L'une des spécificités du psychomotricien est le bilan psychomoteur. Se déroulant généralement à la première séance il va poser les **bases d'une alliance thérapeutique** en **permettant la rencontre** entre deux sujets (soignant-soigné), entre deux identités qui vont alors apprendre à se connaître afin de travailler ensemble dans un rapport collaboratif. Pour ce faire, le psychomotricien veille au respect de l'ensemble des conditions nécessaires à toute passation. Par l'empathie, l'écoute attentive, le bilan constitue *ainsi « le premier geste thérapeutique du*

psychomotricien » (Albaret, 2003, p. 66).

Il va permettre d'évaluer de façon **quantitative et qualitative** les différents champs du développement psychomoteur, afin de dresser un état des lieux des fonctions à rééduquer, et de celles sur lesquelles s'appuyer.

Dans le cadre de la population âgée, le test utilisé est l'Examen Géronto Psychomoteur (EGP) de S.Michel, R. Soppelsa et J-M. Albaret. L'EGP a été conçu comme une approche véritablement dynamique de la compréhension des patients, des symptômes en présence. Il prendra en compte des stratégies de réussite, d'échec, de contournement ou d'évitement ainsi que les capacités à s'adapter aux consignes. Ce test évalue les aptitudes des sujets et met en évidence des mécanismes compensatoires se basant sur les domaines cognitivo-moteurs encore efficaces.

Il comprend dix-sept items et aborde l'équilibre statique, l'équilibre dynamique, les mobilisations articulaires, les praxies, la motricité fine des membres supérieurs puis inférieurs, la connaissance des parties du corps, la vigilance, les perceptions, la mémoire verbale, la mémoire perceptive, la sphère spatiale et temporelle ainsi que la communication verbale et non verbale. Il mesure l'intensité des symptômes et détermine un profil psychomoteur constituant un point de départ incontournable avant la mise en œuvre d'un projet thérapeutique personnalisé et d'une médiation appropriée.

L'EGP est un outil très concret qui a pour ambition de participer à l'élaboration du diagnostic des démences, il fera donc partie intégrante de la batterie d'évaluation. Une fois le diagnostic posé, l'EGP reste un outil de référence afin de mesurer l'impact des déficits cognitivo-moteurs. (Michel, Roux, Albaret et Soppelsa, 2009).

En accord avec le plan Alzheimer 2008-2012, et dans l'optique d'un maintien à domicile, l'EGP apporte dès les prémices de la maladie, un éclairage des troubles psycho-comportementaux en lien avec l'environnement familial, architectural, temporo-spatial. Il facilite ainsi le travail des aidants à domicile et notamment des familles, au regard des nécessités de la vie quotidienne et du confort du patient dans son projet de vie individualisé.

1.2 Identité du psychomotricien

1.2.1. **Généralités**

Le métier de psychomotricien en EHPAD va être particulier. Il travaille dans une perspective **d'accompagnement** de la personne, là où elle se situe dans son développement psychocorporel afin d'apporter un mieux-être. Il va agir sur les fonctions psychomotrices dans une démarche de **réadaptation**, et ainsi aider le patient à faire autrement. Cette réadaptation concerne à la fois le milieu par l'intégration d'outils substitutifs, mais également l'individu lui-même par l'apprentissage de conduites lui permettant de réaliser ses actions en passant par un chemin différent que celui qu'il avait précédemment appris. « *La thérapie psychomotrice visera à consolider les acquis, stimuler le maintien de l'autonomie et optimiser les capacités psychomotrices à partir des conclusions de l'EGP mais aussi des observations des personnes en relation.* » (Michel, Roux, Albaret et Soppelsa, 2009).

Le psychomotricien est aussi l'un des seuls acteurs de la prise en charge en EHPAD qui dispose par son métier, de la possibilité d'aller réellement à la **rencontre** de la personne âgée, et ainsi d'appréhender l'unité et la totalité de l'être humain, considérant chacun comme un être unique, en rapport avec son environnement et en lien avec les autres (Da Silva Lourreiro, 2009). Nous parlons ainsi d'une prise en compte de l'individu selon un modèle bio-psycho-social.

L'individu entre dans la relation avec toute sa personnalité, son identité, tout comme le soignant lui-même qui met à disposition son corps et son psychisme pour vivre et digérer les expériences. « *La spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour rencontrer [...] (le sujet), là où il est, comme il est.* » (Desobeau, 2010). Cette implication corporelle s'effectue sur des attributs spécifiques du corps : sensorialité, gestualité, expressivité, activités sensorimotrices ou perceptivomotrices. L'alliance thérapeutique qui naît entre ces deux acteurs munis de leurs propres représentations crée un nouvel espace, tel que **l'espace transitionnel** évoqué par D. Winnicott, où les expériences peuvent se faire en toute sécurité, et où « *le corps parlant du psychomotricien rencontre le corps parlant du patient* » (Ibid.).

Ces différents mouvements corporels et psychiques sont garantis par le biais d'un **cadre** ; indispensable au bon déroulement de nos séances ; qui se veut **stable et contenant**, afin de permettre à l'individu d'être sécurisé et de pouvoir se laisser aller aux expériences et aux affects

qui l'accompagnent. Tout en étant assez **souple et malléable** pour lui permettre de s'ériger au sein du cadre.

Le cadre est d'une part **physique**, incarné par les horaires, le lieu de la séance, les rituels de début et de fin etc. En EHPAD le lieu de la rencontre est défini par le lieu où le patient investit le mieux, la chambre pourra donc convenir aux premières séances, et « *dès que le contenant corporel est intégré comme soutenant, la salle de psychomotricité sera vécue comme un lieu rassurant.* » (Garufi-Hoetzel, 2009). Le cadre sera d'autre part **psychique**, symbolisant le lien entre l'intérieur et l'extérieur. Il sera le garant des mouvements psychiques et affectifs entre ces deux espaces, jouant le rôle de **pare-excitation et de conteneur**.

1.2.2. **Au sein de la structure**

La structure dans laquelle j'effectue mon stage est un établissement associatif privé à but non lucratif, régi par une convention tripartite. Il accueille des personnes âgées majoritairement de 89 à 97 ans et dispose de quatre-vingt-un lits pour l'accueil permanent, de sept lits d'accueil temporaire (dont deux réservés aux MAMA). Il contient également sept lits d'unité de vie dédiés aux religieuses d'une congrégation. Enfin il dispose d'un accueil de jour de six places, ainsi que d'un PASA de quatorze places, créé en 2014. Le public accueilli est atteint de poly-pathologies et présente de plus en plus de troubles cognitifs et de MAMA. J'ai recensé au moins 39 personnes ayant comme diagnostic une démence, ou un trouble mnésique avancé.

La psychomotricienne est particulièrement bien intégrée dans l'équipe, elle est représentée comme une personne de confiance envers laquelle l'équipe peut se tourner. À la fois dans la prise en charge des patients, mais également pour apporter son aide à une situation d'ordre relationnelle entre soignants et patients ou autre.

Je suis alors plutôt bien identifiée par l'équipe malgré le seul jour de présence dans l'établissement et les roulements des personnels. Les patients identifient également rapidement ce qu'est la psychomotricité par le biais des ateliers relaxation que la psychomotricienne propose, du bain thérapeutique, du toucher-massage. Ou encore par la mise en place de matériel adapté, les divers bilans qu'elle réalise (EGP, bilan équilibre, etc.), ainsi que par son rôle au PASA. Sa présence régulière dans les couloirs allant à la rencontre et venant en aide aux patients en cas de nécessité, participe également à sa reconnaissance.

Elle ne dispose cependant pas de salle de psychomotricité, la majorité de ses prises en charge se font ainsi en chambre.

2. CAS CLINIQUES

2.1 N°1 : Mme Du

2.1.1 **Anamnèse**

Mme Du est âgée de 96 ans lors de notre rencontre en novembre 2016. Elle est de taille et corpulence moyenne (1,57 m et 50kg à son entrée), aux cheveux courts et grisonnants.

Elle a intégré l'établissement le 10 juin 2015. Mme Du est veuve, et mère d'une fille décédée en 2009. Elle est aujourd'hui en contact avec ses deux petits-fils, dont l'aîné réside à Bordeaux avec sa femme et ses enfants ; et s'occupe particulièrement d'elle. Le deuxième petit-fils, auquel elle semble particulièrement attachée, réside à Paris et fait des études d'art. Elle a longtemps habité à Paris, d'où elle est originaire et où elle a rencontré son mari. Elle exerçait en tant que coiffeuse dans son propre salon et semble être d'un niveau social élevé.

Avant son entrée dans l'établissement elle résidait seule dans sa maison, disposant d'une dame de compagnie lui rendant visite de façon quotidienne entre 10h et 14h, ainsi que de soins infirmiers à domicile une fois par jour, sept jours par semaines depuis juillet 2014. L'entrée en l'établissement a été décidé en raison d'un sentiment de solitude et d'un maintien à domicile compliqué en dehors de la présence de la dame de compagnie.

Les antécédents médicaux sont une hypertension artérielle, un accident vasculaire cérébral (AVC) en 2004, ainsi que l'ostéoporose. Deux épisodes d'accident ischémique transitoire (AIT) ont été soupçonnés au cours de mon stage, dont un a été confirmé par imagerie.

Une hypothèse de diagnostic de démence vasculaire a été posé par l'équipe médicale.

2.1.2 **Bilans**

Le Minimal Minds State Examination (MMSE) est réalisé le 10/11/2015 avec un résultat de 21/30. L'orientation spatio-temporelle et le langage semblent conservés. L'attention, la mémoire à long terme et les praxies sont, elles, particulièrement déficitaires. (Annexe n°1)

En janvier 2017 le test est à nouveau passé, avec un résultat de 18/30, révélant ainsi une dégradation des capacités de Mme Du. Une désorientation spatio-temporelle est notable, ainsi qu'une mémoire de travail déficitaire en raison d'une attention difficile à focaliser sur la tâche à réaliser. (Annexe n°2)

Un examen géronto psychomoteur (EGP) est réalisé par mes soins. Celui-ci révèle l'importance des troubles mnésiques et de la désorientation temporo-spatiale. Néanmoins, la

motricité est le point fort de Mme Du. Par l'action et la communication avec des phrases simples, elle est capable d'accomplir des activités. Le résultat et le compte rendu du bilan détaillé se trouvent en annexe. (Annexe n°3)

2.1.3 **Projet de vie**

→ Proposer un suivi et un accompagnement pour évaluer et lui permettre de gérer ses troubles de la mémoire

Le projet thérapeutique en psychomotricité est élaboré dans le cadre d'une prise en charge groupale en relaxation, dont les objectifs sont :

- La prise en charge de la douleur
- La réduction des troubles du sommeil

Le projet thérapeutique élaboré par mes soins dans le cadre de son suivi individuel est stipulé à la fin du bilan psychomoteur. (Annexe n°3)

2.1.4 **Première rencontre**

Lors de notre première rencontre le 3/11/2016, nous rendons visite à Mme Du dans sa chambre aux alentours de 11h50. Elle est alors en train de s'habiller pour se rendre au repas. Nous nous retrouvons face à Mme Du dans sa salle de bain. Celle-ci est maquillée, coiffée, parfumée et a mis ses bijoux. Elle donne l'impression d'une femme qui prend soin d'elle, très coquette avec beaucoup de prestance et de charisme.

Elle est chaussée de ses chaussures à talons rouge brillant, avec une chaussette au pied droit. Le pied gauche semble avoir été oublié. Mme Du fait des allers-retours entre la salle de bain et son séjour, avec une démarche plutôt vacillante et qui d'ailleurs me fait sursauter à de nombreuses reprises, percevant le risque de chute à chaque pas, majoré par ses chaussures à talons qui ne me semblent pas adaptées au vu du **manque d'équilibre visible**. Le fait de nous parler la perturbe quelque peu dans les actions qu'elle faisait, ce qui exprimerait une **difficulté à réaliser plusieurs tâches à la fois**. Elle vient alors s'asseoir sur le fauteuil afin de se reposer et de discuter avec nous. Sauf que Mme Du a oublié un détail : elle est en sous-vêtements. La situation est assez extraordinaire et témoigne d'une certaine **désadaptation et confusion de** Mme Du dans cette entrevue.

Nous lui proposons de s'habiller afin de se rendre au repas. Elle semble alors très **désorientée au niveau temporel**, exprimant le fait qu'elle n'a aucune notion de l'heure qu'il est, ou encore du moment de la journée où nous sommes (matin ou après-midi) et ne peut donc pas avoir conscience du fait qu'elle soit en retard. Aucune horloge ni montre n'est présente dans sa chambre, ce qui ne facilite pas son organisation dans le temps. Un agenda est ouvert sur sa table, où sont notés ses rendez-vous, mais elle ne sait pas quel jour nous sommes, ce qui me semble donc peu adapté au repérage. J'évoque alors l'idée d'un réveil digital, sur lequel se trouverait l'heure ainsi que la date du jour. Le changement étant automatique, il serait alors plus fiable pour Mme Du de se repérer, tout en n'excluant pas l'agenda : elle pourrait au préalable se baser sur la date du réveil pour se situer dans ce dernier.

Elle nous parle alors de sa **souffrance**. Elle nous explique qu'elle **se trouve différente**, et à conscience « *que ça ne va plus là-haut* », « *que ce n'est plus comme avant* ». Elle exprime le fait qu'elle **perd sa mémoire, et ses capacités**. Cela semble beaucoup la perturber, elle s'affaisse dans son fauteuil, posant sa tête dans sa main, son dialogue tonique exprimant une certaine détresse. Elle semble **confuse, et perdue** et exprime sa **fatigue constante**. Nous tentons de valider et répondre à ses plaintes, qu'elle exprime tant verbalement que corporellement. Malgré nos propos qui tentent de la rassurer sur ses capacités, il est **très difficile pour elle d'accepter la régression** due au vieillissement, et encore moins la pathologie démentielle dont elle n'a pas réellement conscience. Elle finira par se préparer après avoir bénéficié d'une écoute attentive. Je la croiserai plus tard dans l'après-midi, elle sera toujours agitée et plutôt confuse.

Cette dame m'a alors laissé une impression particulière, teintée d'une certaine ambivalence. Un fort caractère, un charisme important, contrastant avec les moments de confusion et de plaintes intenses. Elle exprime à plusieurs reprises qu'elle se sent **incomprise par le corps médical**, avec un **manque d'intérêt de leur part** par rapport à sa situation. Mais qu'elle ne recherche pas la flatterie. Son discours tourne alors souvent en boucle, se contredisant lui-même et peut parfois donner l'impression qu'elle se met en scène, se théâtralise. Je perçois alors que Mme Du est quelqu'un qui **nécessite de l'attention**, et qui essaye tant bien que mal d'attirer celle de l'équipe. Cela est important pour elle, et semble la revaloriser car l'intérêt de l'équipe est alors un mode de validation de sa souffrance.

2.1.5 Suivi en psychomotricité

Je décide de suivre Mme Du à raison d'une fois par semaine. Ces séances par le système organisationnel de l'institution, et le manque de salle de psychomotricité sont compliquées à installer. Ma ligne de conduite est, malgré cela, d'introduire une rythmicité et régularité en fixant nos séances le jeudi quasiment à la même heure (selon ses disponibilités). Concernant le contenu de la séance nous convenons ensemble de ce que nous allons faire.

Pour notre première séance, mon but est d'établir une relation, les prémices d'une alliance thérapeutique, nous permettant de nous découvrir. J'ai pu noter également qu'il est particulièrement difficile d'instaurer du mouvement chez Mme Du, celle-ci étant dans un état dépressif qui la pousse à rester au lit, avec une certaine apathie. Mon but n'étant pas de bouleverser son quotidien, ou de lui laisser une mauvaise impression qui ferait qu'elle se replierait sur elle-même et refuserait toutes activités en ma compagnie. Je choisis pour les premières séances de me rendre dans sa chambre afin de lui proposer un toucher-massage. Ce projet a été réfléchi de ma part, et me paraissait pertinent, permettant à Mme Du de percevoir l'intérêt que lui porte l'équipe médical ; dont je pense faire partie en tant que stagiaire. Cette médiation apporte une revalorisation, un réinvestissement positif du corps, approprié suite à la chute et l'AIT dont elle a été victime quinze jours auparavant. Elle offre, si tel est son souhait, un espace de verbalisation et d'expression des affects liés aux parties du corps ayant subi le traumatisme. C'est également une pratique qu'elle appréciait beaucoup avant son entrée en EHPAD qui me servirait de point d'appui pour établir un contact.

Cette séance a été vécue positivement par Mme Du, et lui a permis d'exprimer **un sentiment de dépossession** à la fois de son corps et de sa vie. Elle dit également **être perdue** notamment par le fait qu'elle n'ait aucun contrôle sur les événements qui se déroulent, dans sa vie en général mais également en référence à l'AIT. Une angoisse est palpable, Mme Du ne sachant pas si cet événement va se reproduire, ni quand, induisant ainsi une rupture dans son histoire avec une **impossibilité de projection et de prévisibilité**. Cet AIT a également été une expérience traumatisante autant corporellement, par la chute et les douleurs qui ont suivi, que psychiquement, au vu du peu de souvenirs dont elle dispose. Elle tente donc de combler les trous noirs de cet événement par des explications qui lui paraissent logiques : une certaine paranoïa se développe autour de l'équipe médicale qui lui cacherait des choses, que son petit-

filis lui révélerait.

Elle évoque **les changements corporels** occasionnés par le vieillissement ainsi que les limitations, qui sont difficiles à accepter de sa part. Elle **ne se ressent plus identique à elle-même**, et le changement n'est, selon elle, que péjoratif. Elle évoque également la relaxation effectuée en groupe avec mon maître de stage, qu'elle apprécie et qui la détend, tout en constituant un point de repère dans l'organisation de sa semaine, et un mode de socialisation. Cependant cette médiation devient difficile d'accès pour Mme Du, car peu concret et exigeant des capacités d'attention et de cognition. Je prends soin de valider sa souffrance et de reformuler ses paroles afin qu'elle développe et puisse exprimer au mieux ses ressentis.

A la fin de cette séance je fixe alors un rendez-vous pour la semaine suivante, et je prendrai soin par la suite de lui rendre visite au repas avant la sieste, afin de la prévenir de mon passage plus tard dans l'après-midi. Cela soutient une organisation temporelle, fragilisée par la démence. Même si parfois Mme Du ne s'en souvient pas, cela lui permet de repérer mon visage et ma présence comme étant un membre de confiance parmi l'équipe. Le but étant de recueillir son accord selon son état physique et psychique et qu'elle ne soit pas prise au dépourvu lors de mon intervention en chambre.

Les séances suivantes se dérouleront de la même façon avec mon passage au préalable. Nous resterons en chambre même si je proposerai à de nombreuses reprises à Mme Du d'aller à l'extérieur, tout en n'insistant pas à son refus. Je me concentre sur le fait de **réintroduire de l'action** en chambre dans l'espoir ensuite d'aller vers l'extérieur. Nous réaliserons diverses activités en chambre : toucher-massage, jeux de sociétés, discussions, ou encore dessin. Ces activités ont permis peu à peu à Mme Du de **réexpérimenter le mouvement et les sensations à travers son corps**. L'expérience significative a été celle du dessin, je propose durant celle-ci à Mme Du de se dessiner, et je me pose dans une situation de « faire ensemble » où je me mets à me dessiner également. Cela lui permet de pouvoir s'identifier et de ne pas se retrouver dans une situation de face à face soignant-soigné qui pourrait menacer une estime de Soi déjà précaire. Elle ne réussit cependant pas à se dessiner, me disant qu'elle ne sait pas faire. Cela peut être dû à la peur du jugement, ou encore à la peur de ne plus savoir faire et ainsi de l'échec.

Je lui propose donc de se décrire par des phrases écrites, toujours dans l'optique de laisser une trace. Elle se définit alors par « *je suis une vieille dame de 97 ans, et je suis coquette* ». Elle est surprise de son écriture et de redécouvrir le mouvement que cela impose. Elle va également pouvoir exprimer le fait qu'elle ne pouvait pas se dessiner car son corps est trop douloureux, et écrit « *je souffre* ». Ce qui met en évidence ici le lien entre le vécu corporel direct

et la représentation qu'elle se fait d'elle-même. D'où le but d'**amener à un vécu corporel positif pour restaurer la représentation et la perception du soi.**

Puis nous réussissons progressivement à aller vers des activités extérieures comme des balades au jardin, qui est un atout particulier par la diversité des **stimulations sensorielles** qu'il induit, permettant à Mme Du d'être ancrée dans le présent et de sortir de ses discours répétitifs et angoissés. Elle parvient ainsi à se dévoiler, exprimant ses habitudes, ses centres d'intérêt, sa vie familiale, ainsi que professionnelle, son enfance et sa vie à Paris et donc son Identité.

Elle réintègrera également le groupe de gym douce auquel elle ne se rendait plus. Une appréhension et anxiété est notable, mais je prends soin de participer au groupe avec elle, de « faire avec elle » lui offrant ainsi une figure identificatoire et lui montrant également à quel point être psychomotricienne ne veut pas dire être douée au niveau des coordinations. Cela la fait beaucoup rire, et la rassure sur le regard des autres ainsi que sur ses capacités. Elle se sent **revalorisée par le groupe**, et apprécie le fait de « *remettre du mouvement dans son corps* ». Elle est souriante et me demande même quand est ce que nous reviendrons.

Puis en parallèle de mes prises en charges qui se veulent de plus en plus actives (balades en extérieur etc.) un groupe atelier équilibre et prévention des chutes sera monté par la psychomotricienne et moi-même le jeudi, composé d'environ six personnes. Le but des séances est de permettre à ces dames ; par le biais d'exercices de gym douce, de jeux, de parcours ou encore de stimulations sensorielles ; d'expérimenter les différents mouvements nécessaires à la marche, les stratégies d'ajustements posturaux anticipés, de s'exercer dans des situations semées d'obstacles, ou encore de s'entraîner au relevé du sol.

Ces activités **stimulent le corps et permettent un réinvestissement de celui-ci par le biais de l'apprentissage de conduites motrices réutilisables dans l'environnement quotidien.** L'objectif étant de diminuer la peur de la chute, véritable traumatisme identitaire, de restaurer ou maintenir l'autonomie et la prise de contrôle de la personne âgée et *in fine* permettre **la revalorisation de l'estime de Soi.**

Aux dernières séances elle me confie qu'elle aime la musique, chanter et danser, qu'elle le faisait régulièrement auparavant, et que ses habitudes lui manquent. Qu'il manque de « *fun* » dans cette maison de retraite et que ces activités font partie de ce qu'elle est. Ne plus les réaliser

c'est comme perdre une partie d'elle. Je lui explique qu'il est possible de les faire, qu'elle dispose des capacités, et que celles-ci peuvent être adaptées. Je lui propose par exemple à notre prochaine séance de me rendre dans sa chambre et d'écouter la musique ensemble, afin de partager cette expérience et de « *retrouver un peu d'elle* ».

2.1.6 Conclusion de PEC

Mme Du a pu au fil des prises en charge **réintroduire le mouvement corporel** autre que celui effectué durant les soins et (re)découvrir le plaisir associé. Ces diverses expérimentations lui ont permis de renouer un lien avec l'extérieur ainsi qu'avec son corps propre, ayant la possibilité d'avoir une expérience corporelle autre que la douleur. Ces séances ont permis à Mme Du d'avoir accès à une **représentation corporelle différente**, et à terme reconstituer une **représentation du Soi positive**, celle-ci devenant peu à peu capable de se définir autrement, d'oser entreprendre des actions, **l'estime de Soi ayant progressivement été restaurée**.

L'expérimentation motrice et sensorielle permettent à Mme Du d'être ancrée dans le présent, de pouvoir être consciente et verbaliser ses expériences, et de restaurer la conscience et la perception du Soi qui semblaient affaiblis. Les sensations corporelles persistantes lui permettent d'avoir un **souvenir corporel des événements alimentant sa mémoire**, et ainsi de pouvoir **s'organiser et se projeter dans le temps**.

2.2 N°2 : Mme T

2.2.1 Anamnèse

Mme T est âgée de 89 ans lors de notre première rencontre. C'est une dame de petite taille et corpulence moyenne (1,65 m et 66kg à son arrivée). Les cheveux frisés et gris, portant des lunettes. Elle se déplace sans aucune aide technique même si elle s'aide souvent des barrières de soutien accrochées au mur.

Elle est originaire de Pessac sur Dordogne, où elle était agricultrice avec ses parents. Puis elle s'est mariée et installée à Talence avec son mari. Elle a fait de nombreuses fausses couches, traumatismes douloureux qu'elle évoque régulièrement. Le couple fini par adopter un fils ; travaillant aujourd'hui dans la réparation d'avion pour l'armée et résidant à Nîmes ; qu'elle voit donc très rarement, ainsi que ses trois petits-enfants. Mme T étant devenue veuve, et

éloignée de tout membre de sa famille, il devint difficile pour elle de rester à domicile. Un placement en institution est donc demandé en raison de sa solitude et de la fatigue liée à l'âge. Elle est alors intégrée dans l'institution le 2 décembre 2015.

À son entrée dans l'établissement elle dispose d'une très bonne autonomie pour son âge, autant sur le plan moteur, que pour les soins, l'habillement ou encore la prise des repas. Elle ne nécessite aucune aide technique. Des troubles mnésiques sont tout de même relevés ainsi qu'un défaut de cohérence léger. Elle bénéficie de la visite d'une dame de compagnie à raison de deux fois par semaine, avec qui elle a noué une relation importante.

Les antécédents médicaux sont le diabète, l'hypertension artérielle ainsi que la gonarthrose. Une hypothèse de diagnostic de démence de type Alzheimer est posée.

2.2.2 Bilans

Le test MMSE est réalisé quelques jours après son arrivée, le 7/12/2015 avec un résultat de 15/30. Il révèle une grande désorientation temporo-spatiale ainsi qu'un défaut de fonctionnement de la mémoire de travail. La mémoire à long terme semble également impactée avec aucuns mots retenus parmi les trois évoqués plus tôt dans l'épreuve. (Annexe n°4)

Celui-ci est effectué de nouveau le 13/03/2017, avec un résultat de 11/30 exprimant ainsi une détérioration des capacités de Mme T. notamment au niveau des praxies constructives. (Annexe n°5)

Mme T. présente également des troubles psycho-comportementaux, pour les évaluer l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est effectué le 14/03/2017, avec un résultat de 62 (Fréquence x Gravité) et 7 troubles identifiés : les idées délirantes, l'agitation ou l'agressivité, la dépression ou la dysphorie, l'anxiété, l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur, les comportements moteurs aberrants, ainsi que des troubles du sommeil. (Annexe n°6)

2.2.3 Projet de vie

→ Pallier à son profond sentiment de solitude en offrant à Mme T. des activités mettant en jeu la relation à l'autre. Notamment dans le groupe qui lui donne un sentiment de reconnaissance et de valorisation.

→ Apaiser les troubles du comportement par le biais de contact chaleureux et compréhensif répondant ainsi à sa demande affective.

→ Offrir à Mme T un moyen d'exprimer ses émotions par la verbalisation ou

lorsque cela devient trop difficile par un mode d'expression non-verbal.

→ Permettre sa participation aux activités quotidiennes de l'EHPAD, apaisant son agressivité.

→ Privilégier les relations individuelles ou en petits groupes afin de limiter l'agitation à laquelle elle est sensible.

Il n'y a pas de projet thérapeutique en psychomotricité, Mme T n'étant pas suivie individuellement. Son projet est englobé dans celui du PASA, dont le but est la diminution des troubles du comportement.

2.2.4 **Première rencontre**

Je rencontre Mme T. dans le cadre du PASA où la psychomotricienne n'intervient normalement pas le jeudi, sauf le dernier jeudi du mois. Les conditions de notre rencontre sont un peu particulières. Je fais sa connaissance le 20/10/2016 alors que nous accompagnons l'ensemble des résidents dans la salle polyvalente de l'EHPAD afin d'assister à un spectacle. Sur ma route je croise Mme T. une dame qui me paraît **très dynamique** et surtout disposant d'une grande forme physique par rapport à la majorité des résidents. Elle s'investit dans l'accompagnement des autres résidents, notamment les plus dépendants, étant très **affectueuse** avec ces derniers. Je l'entends prononcer des phrases telles que « *on y est presque ma chérie* ». Son aide est plutôt appréciée et nous la laissons faire d'autant plus qu'elle semble prendre son rôle à cœur.

Les gens arrivent de plus en plus nombreux, l'heure du spectacle approchant. Je vois Mme T. qui s'agite, allant dans tous les sens, mais plus vraiment vers le lieu du spectacle. Mon maître de stage est alors confronté à un souci avec une résidente, dont la jambe est « bloquée » brutalement, et qui, ne pouvant plus avancer, commence à s'effondrer. Je pars donc chercher un fauteuil d'urgence et à mon retour nous avons beaucoup de difficultés à l'installer en raison de sa disposition dans l'espace. Nous nous concertons donc entre nous, à voix fortes, chacune de nous étant en alerte face à la situation et particulièrement hypertonique. D'autant plus que nous devons en même temps tenter de rassurer la dame, ainsi que faire face à la file qui s'accumulait derrière nous, certains résidents s'énervant par manque de compréhension de la situation, d'autres se sentant abandonnés et haussant le ton. Avec toute cette agitation Mme T. semble mal interpréter la situation, et vient alors se saisir de la main de cette dame afin de l'aider et lui dit

« *je ne t'abandonnerai pas, je suis là* ». Nous essayons d'asseoir cette dame, mais Mme T tire sur le bras de celle-ci dans l'autre direction, avec une force telle qu'elle risquerait de lui faire mal. Nous réussissons à lui faire lâcher la main de la dame, mais elle reste offusquée et énervée.

Je comprends au terme de cette rencontre que Mme T n'avait pas une mauvaise intention. C'est une dame qui veut **aider, se rendre utile et faire partie de quelque chose**. D'autant plus qu'elle dispose de capacités dont la majorité ne disposent plus et souhaite les mettre à profit. Cette **participation, son action dans le groupe** semble être quelque chose d'important chez elle, comme une « raison de vivre », pouvant la **valoriser et renarcissiser**.

Cependant l'agitation palpable des soignants ainsi que des autres résidents ont fait monter une certaine anxiété et agitation chez Mme T, corrélé à un **défaut d'analyse des éléments de la situation**. Mme T est alors confuse et ne parvient pas à donner du sens à ce qu'elle vit, ce qui induit alors une **réponse qui nous semble inadaptée**, mais qui par rapport à son analyse était justifiée. Pour elle, nous étions en train de faire du mal à cette dame, et il était donc légitime qu'elle soit venue lui apporter son aide.

Je constate une certaine **agressivité** chez elle, qui ne peut être apaisée si l'environnement n'est pas calme, et si le dialogue tonique du soignant renvoie une hypertonie, ce qui était mon cas en réponse à la situation d'alerte décrite. Il est primordial pour Mme T d'avoir un **environnement repérable et stable**, afin qu'elle puisse s'épanouir. L'intégrer au fonctionnement est de même un moyen pour apaiser ses troubles, tout en lui expliquant la situation, chose que dans l'urgence nous n'avions pas fait.

2.2.5 **Suivi psychomoteur**

Je vais par la suite rencontrer Mme T principalement lors de mon intervention au PASA, lorsque l'excitation du groupe ou les transitions (fin de l'activité, fin du repas) suscitent de l'agitation autour d'elle, ce qui provoque l'agacement puis l'agressivité. Je vais pouvoir dans ces moments proposer à Mme T un temps en individuel, pour la sortir du groupe et retrouver un espace contenant et sécurisant. Ou encore lorsque je la croise dans les couloirs je lui propose également une activité. Cela se passant assez souvent, vu que Mme T déambule beaucoup, je fini par la rencontrer à raison d'une fois par semaine et ainsi induire une certaine rythmicité.

Le PASA est un endroit permettant à Mme T de se poser, c'est l'un des seuls endroits où elle ne déambule pas. Il est composé de quatorze personnes environ et de deux à trois encadrants constamment présents, qui sont particulièrement bien repérés par les résidents car stables et ne se soumettant pas aux roulements effectués habituellement dans le reste de l'institution.

Il est cependant difficile ; notamment à la fin du repas, lorsque les tâches ménagères sont faites ; de faire rester Mme T au sein du PASA. Elle commence à s'agiter, à vouloir partir car elle « *n'a plus rien à faire ici* », et veut « *rentrer chez elle avant la nuit* » révélant ainsi sa **désorientation spatio-temporelle**. La proposition d'une activité qu'elle affectionne est souvent un moyen de captiver son attention et de lui permettre de se poser. Ce qui me permettrait également d'apprendre à la connaître et de poser les prémices d'une relation.

Ce jour-là, nous entreprenons une activité tricot avec deux dames dont Mme T. Ne sachant absolument pas tricoter, je demande l'aide de ces dames pour m'apprendre. L'autre dame, très expérimentée et ayant peu de patience fini rapidement par abandonner son (lourd) rôle de pédagogue pour tricoter tranquillement. Je sollicite alors Mme T me permettant d'établir un lien avec elle. Elle prend soin de m'expliquer verbalement les différents points du tricot. Elle ne veut pas le faire mais se tient à côté de moi tout en m'expliquant. Au fil de cette séance, le fait de me guider et ainsi de « faire » avec moi ; non pas corporellement mais par le biais de la parole et sûrement mentalement ; fait émerger de nombreux souvenirs chez Mme T, qu'elle commence à me conter.

Elle me parle ainsi de l'apprentissage du tricot qu'elle a connue, et **s'identifie à moi** dans les difficultés qu'elle a pu rencontrer, me disant qu'elle me comprend et m'encourageant constamment. Une sorte d'inversion des rôles se crée, Mme T **me transmettant quelque chose et donc étant dans une position très valorisante, lui permettant également de revivre les souvenirs à travers mon expérience**, mon corps devenant le médiateur à cet effet. Le sujet dérive ensuite sur son père, sa vie à la campagne, son métier d'agricultrice. Mme T renoue ainsi avec son histoire, tout en étant bien présente dans la réalité du moment, par le biais du tricot, des sensations et actes moteurs que celui-ci convoque. Nous restons ainsi plus d'une heure à discuter, permettant à Mme T de me livrer son identité, tout en apaisant ses troubles du comportement.

Les séances suivantes nous resterons dans des activités motrices par le biais de balades ou de marches dans les couloirs de l'établissement selon la météo. La déambulation est quelque chose de profondément inscrit chez Mme T, elle semble constamment à la recherche d'un but, d'une action à accomplir, d'une utilité à avoir quelque part. L'acte moteur quel qu'il soit

(notamment la marche) semble être un support pour l'apaiser, il est donc préférable de partager cette action avec elle au lieu de l'en empêcher ce qui ferait apparaître l'agitation, l'anxiété et l'agressivité. Je me permets donc de me joindre à elle dans la déambulation pour la découvrir « là où elle en est », dans ce qui lui est indispensable, en la laissant nous guider et parfois même être surprise de l'endroit où nous nous retrouvons.

Nous irons par exemple dans le jardin où les diverses **stimulations sensorielles agissent comme déclencheurs de souvenirs**. Elle me parle plus précisément de la façon dont on cultive les plantes et les légumes, toujours dans une posture où elle me transmet des savoirs. Elle a ainsi le sentiment d'être utile et me confie que cela est « *bon de savoir que l'on sert encore à quelque chose* ». Elle parvient même à créer une certaine **linéarité dans le temps** en me décrivant les périodes qui rythment le travail de la terre, corrélativement au développement de la plante. Elle parvient à me conter l'action correspondant au stade de la plante, tout en le reliant aux saisons, voire même aux mois. C'est un atout particulier pour Mme T, lui servant de socle pour **réintroduire une continuité temporelle, un repérage et une organisation de l'existence dans le temps**.

Ce sujet est important pour elle, car avant d'être un métier il a été l'environnement dans lequel elle a grandi, dans lequel elle évoluait depuis jeune et qui a donc contribué à l'élaboration de ce qu'elle est aujourd'hui. Viennent alors les souvenirs, ainsi que la description de son tempérament, de sa personnalité, de ses goûts ou des difficultés du métier. Elle me confie à quel point cela lui « *fait du bien de se retrouver* » et semble même émue comme si elle avait retrouvé quelqu'un qu'elle avait connu il y a longtemps. Elle est à la fois touchée par l'attention qui lui est portée dans ces moments privilégiés en ma compagnie.

Au fil des prises en charge, une relation de confiance ayant été établie Mme T semble m'avoir repérée, elle vient spontanément vers moi et, même si elle ne connaît pas mon prénom me dit savoir qui je suis. Ma présence lui permet de se calmer facilement, et nous réussissons à nous poser ensemble autour d'une activité plus calme, de proximité, touchant au corps propre qui était à priori difficile d'accès. J'ai pu alors proposer un toucher-massage des mains à Mme T. Elle refuse dans un premier temps, n'acceptant pas de « *me faire perdre mon temps* », mais accepte ensuite sans insistance de ma part. Ce moment est particulier pour elle comme pour moi. Le toucher prend un sens important, communiquant à la fois beaucoup de douceur et d'émotions. Mme T est très sensible au moindre de mes mouvements, elle regarde au début mes doigts puis ferme les yeux. Elle est **à l'écoute de ses sensations**, de celles que produisent mes doigts sur sa main, et me confie à quel point mes doigts sont doux et agréables. Elle verbalise ce

qu'elle ressent, et son tonus diminue. Elle finira par relâcher complètement les doigts, puis les épaules et enfin la tête, s'endormant. Je garde le contact avec sa main jusqu'à son réveil. Elle me remercie, pleine d'émotions et me prends même dans ses bras.

Ce toucher-massage semble premièrement lui avoir permis de **renouer avec les sensations corporelles et les représentations** qu'elle a de celles-ci, tout en **favorisant l'ancrage dans le moment présent**. Ces discours répétitifs cessent, les troubles du comportement également, elle est totalement disponible au moment que nous partageons. Et je perçois derrière ce toucher physique un ensemble d'affects qu'elle verbalisera. L'état de calme perdurera même après la séance.

Nous réussissons au final à réitérer ce type de séances, où Mme T est posée avec moi et où nous discutons. Elle est alors bel et bien présente dans la relation, avec un discours cohérent et pertinent. M'interpellant alors sur la fin de mes études qui approche, sur mon avenir professionnel, sur le fait que je termine mon stage bientôt. Ce qui lui permet par identification d'évoquer également l'enfant qu'elle était, le parcours scolaire bref qu'elle a eu, ses rapports avec ses camarades de classe etc. Je découvre au fil du temps Mme T, dans son intimité, et cela toujours en s'appuyant sur le concret et réel de l'action que nous vivons.

2.2.6 Conclusion de PEC

La prise en charge de Mme T à été très intéressante pour ma formation. Elle a pu au fil des séances, et par l'établissement d'une relation de confiance, apprendre à se poser de plus en plus rapidement et ainsi être dans le moment présent, et dévoiler ses émotions, ses pensées et désirs, ses souvenirs. Le fait de conter son histoire à la fois familiale, professionnelle, ou encore personnelle est important pour Mme T. À chaque **stimulation ou action réalisée**, un nouveau souvenir qu'elle n'avait jamais évoqué resurgit et lui permet de **recréer une linéarité dans l'histoire de sa vie, consolidant ainsi la continuité d'existence**.

Dans le cas de Mme T, **le corps dans ses dimensions vécues, perçues et représentées semble être le médiateur principal permettant l'accès et la consolidation de ce qui constitue son identité**.

3. ENJEUX D'UNE PRISE EN SOIN EN PSYCHOMOTRICITE

Ces deux prises en charge nous donnent un éclairage différent mais complémentaire du rôle du psychomotricien en EHPAD. Elles font émerger plusieurs objectifs généraux sur lesquels nous pouvons agir en psychomotricité, favorisant ainsi le soutien identitaire des malades âgés atteints de MAMA.

3.1 Intérêt de la psychomotricité dans le soutien identitaire

3.1.1 Favoriser un vécu positif du corps

Nous pouvons voir dans ces prises en charge que le vécu du corps est particulièrement important, et peut être utilisé comme un **levier dans le soutien identitaire**. Or le corps de la personne âgée est souvent vécu comme traumatique en raison du nombre de pathologies, et morcelé notamment par la douleur et la démence.

Le but du psychomotricien à travers différentes activités, va être de réintroduire des sensations positives chez le patient lui donnant accès à des sensations connotées d'affects positifs. Dans le cadre d'ateliers de groupe par exemple nous mettrons en place des jeux de balles entre les résidentes. Ceux-ci favorisant le partage de l'expérience, les rires, la relation ainsi que la revalorisation par la réussite. Ils permettent aux patientes de faire le lien entre la mise en mouvement du corps occasionné, perçu par la conscience grâce aux différents récepteurs sensoriels, et les affects positifs que je prends soin de mettre en mots avec elles.

Le toucher-massage est également un socle considérable dans ce domaine. Il permet dans un premier temps **d'éveiller la conscience corporelle** comme nous le voyons avec Mme T qui, au fil du massage, va être à l'écoute des sensations occasionnées par mes doigts massant ses mains, ainsi qu'aux émotions transmises par ce toucher. Ce dernier étant différent de celui des soignants qui ; par habitude, manque de temps ou moyen de défense contre la maladie et la dureté du métier ; finit souvent par devenir mécanique. Le toucher est en psychomotricité vécu comme mode de communication non-verbal, d'un individu à un autre, d'une identité à une autre.

Nous utiliserons aussi des exercices de stimulations sensorielles dans l'atelier équilibre. Par exemple, en amont de la marche nous travaillerons sur des **stimulations plantaires** par le biais de balles, ou de matériaux de textures différentes à reconnaître par le seul toucher des

pieds, yeux fermés. Nous travaillerons également sur l'axe corporel et l'équilibre par des jeux de maintien de sac lestés ou de magazines sur la tête nécessitant une posture stable et dans l'axe. Ou encore par la recherche du point d'équilibre lors de petites poussées effectuées sur le buste.

L'ensemble des médiations proposées, mettent au centre l'activité sensorielle, tout en permettant la prise de conscience et verbalisation, réintroduisant **donc la conscience de Soi**.

3.1.2 **Maintenir la dynamique psychique**

En tant que psychomotricien, il ne suffit pas de faire vivre des expériences au patient, sans aller plus loin. En effet il est important de savoir ce que cela a pu engendrer dans leurs corps, ainsi que dans leurs représentations. Je prends ainsi soin de mettre en mot les affects, difficultés et frustrations en fin de séance. Je me permets par exemple de les questionner sur leurs états psychocorporels : sont-ils apaisés ? Ont-ils mal ? Quelles sensations corporelles ont-ils ? Puis j'essaie d'établir un lien avec ce que nous avons vécu et les propositions faites. J'interroge par exemple le résident sur l'activité qui a le plus amené à la détente, ou au contraire qui a pu engendrer une hypertension, et les éventuelles raisons de ces manifestations. Lorsque le patient a du mal à verbaliser, j'énonce des hypothèses, soutenues par ce qu'il a pu me renvoyer dans son dialogue tonique.

Cette mise en mot et introspection que j'initie permet dans un premier temps de **rétablir un lien entre le vécu corporel et les perceptions**, qui en découlent. Le patient devient ainsi capable de percevoir des activités qui lui font du bien, de les analyser et peut être les réitérer à un autre moment d'inconfort. Ce qui amène à une certaine **autonomisation**. Lorsque le patient est en capacité de verbaliser, j'utilise la technique de validation (Naomi Feil, 1997), afin de reformuler les dires et de lui permettre d'approfondir. Par ces différentes méthodes, nous **réintroduisons les capacités de penser : avoir un retour réflexif et une perception de soi-même**, et ainsi la dynamique psychique du sujet.

Renouer avec les différents canaux de sensations et perceptions, permet le passage « de l'agir au penser » (H. Wallon). Nous « *permettons au patient de sortir d'un état d'impotence pour redéployer comme il se doit son évolution, dans les limites de ses possibles, et ainsi de réorganiser son psychisme.* » (Desobeau, 2010).

3.1.3 Maintenir la pulsion de vie

Le corps humain comme tout muscle doit être sollicité, entraîné afin d'acquérir et de conserver ses capacités. Or la personne âgée démente va ; en raison d'une certaine **apathie**, ainsi que de la peur d'être mise en difficulté (entre autres) ; avoir tendance à se refermer sur elle-même, et ainsi perdre progressivement les aptitudes qui lui restait. Il est donc important de **réintroduire cet élan vital** nécessaire à chacun, lui permettant de se projeter dans le temps, de tisser des liens, et ainsi connaître un bien être nécessaire à son épanouissement. Dans le cas de Mme Du il a été primordial de pouvoir l'amener progressivement à l'extérieur, de l'ouvrir au monde, à la relation et ainsi à la vie qui règne toujours autour d'elle.

La relation a premièrement été un socle pour réintroduire du mouvement, pas forcément corporel mais toutefois psychique, relationnel par le biais du dialogue qui s'est noué entre Mme Du et moi-même. Ces prémices d'**alliance thérapeutique** ainsi que la présence d'un cadre contenant mis en place par mes soins, représenté par la régularité et la rythmicité des séances, ont permis à Mme Du de sentir en sécurité. Ma posture d'égal à égal d'un individu à un autre, et non pas dans une simple relation soignant-soigné ; sûrement facilitée par le rôle de stagiaire ; offre à Mme Du comme à Mme T la possibilité de s'identifier à moi, et de se mobiliser à nouveau sans avoir peur du jugement. Cette relation de confiance a soutenu la **mise en évidence de capacités restantes**, la prise de **plaisir**, le **partage**, tant de notions favorisant cet élan vital et cette envie de continuer. Avec un peu de temps il a été possible d'aller vers l'extérieur, se confronter à un monde plus vaste et plus anxiogène tout en possédant un pilier sur lequel s'appuyer. Je pense notamment au retour angoissant de Mme D à l'atelier gym douce, qui à de nombreuses reprises me cherchait des yeux pour être rassurée.

Nous avons pu réintroduire une marche plus fréquente, non plus purement fonctionnelle pour se rendre au repas, mais une marche pour le plaisir, et réintroduisant une certaine liberté. Progressivement les propositions sont à l'initiative de Mme Du. Elle reprend goût aux activités, a d'elle-même **envie** que nous fassions des choses ensemble. Elle viendra par exemple, en l'absence d'atelier gym douce, me proposer de l'accompagner au jardin, ou encore finira aux dernières séances par me demander d'écouter de la musique et de danser ensemble. Elle reprend le contrôle de sa vie, exprime ses désirs, son libre arbitre, propre à l'expression de la personnalité et de l'identité du sujet. Mme Du comprend qu'il est possible par son action sur l'environnement, de le façonner afin de favoriser son épanouissement.

3.1.4 **Maintenir les capacités fonctionnelles**

L'élan vital restauré permet comme nous l'avons dit d'aller vers le mouvement corporel. Celui-ci est d'autant plus important dans le cadre de Mme Du (et de la MAMA en général), qu'il va être réintroduit dans le quotidien et permettre de retrouver une certaine **autonomie et contrôle** sur les événements qui l'entourent. Nous nous appuyerons pour cela sur la mémoire procédurale, qui est très longtemps préservée et garantie des apprentissages chez ces malades, tout en nécessitant une adaptation notamment au niveau de la temporalité de l'apprentissage : celui-ci sera court, et répétitif pour permettre l'intégration du mouvement mais néanmoins pas impossible.

Dans le cadre de l'atelier équilibre nous travaillerons par exemple sur le déroulé du pas dans la marche, le décomposant en diverses étapes que nous prenons soins d'énoncer à haute voix tout en le réalisant. Progressivement, ce déroulé du pas est intégré, et nous le mettrons en œuvre au sein de parcours de plus en plus complexes, afin qu'il devienne un élément central de la marche applicable au quotidien. Nous travaillerons également la marche avec obstacles, (passage se rétrécissant, devoir se baisser et marcher en même temps, monter une marche, changer de terrain en passant du béton à la pelouse dans le jardin etc.). L'apprentissage de ces gestes de façon répétée permet, une fois dans l'environnement quotidien de pouvoir les appliquer, et de diminuer la peur en étant dans une situation connue.

Ces activités physiques permettant le maintien des capacités fonctionnelles du sujet, réintroduisent une conscience corporelle et ainsi une **conscience de Soi** socle de l'identité mais également de **l'estime de Soi** par le biais de l'autonomisation. *« Le maintien ou la récupération de capacités fonctionnelles, mêmes minimes, contribue à préserver la dignité, l'estime de Soi, et à soulager une détresse manifeste. Notre pratique clinique a montré qu'il était possible de récupérer des aptitudes qui semblaient irrémédiablement perdues. »* (Personne, 2011).

La personne âgée démente retrouve alors des capacités et des activités qu'elle ne se permettait plus de faire auparavant, alors qu'elles faisaient partie même de son identité.

3.1.5 Favoriser la dynamique relationnelle

Le passage en groupe est important pour la personne souffrant de la MAMA notamment en institution. Cela permet à la fois de retrouver une dynamique relationnelle avec l'autre, favorisant la **communication**, les échanges et les **phénomènes identificatoires** nécessaires à la construction et au maintien de l'identité.

Le groupe en psychomotricité offre, en effet, un socle où l'individu pourra s'identifier aux autres membres du groupe et ainsi remettre en place les **processus d'imitation-différenciation**. Dans le cadre de l'atelier équilibre, se situant en petit groupe il permet à la fois ce regard, tout en pouvant adapter au mieux les consignes aux capacités et difficultés de chacun. Le groupe en psychomotricité est par cela différent du groupe de gym douce par exemple, qui se veut identique pour tous, et crée malgré lui des disparités.

Mme Du notamment, se sentait de plus en plus dépassée dans le groupe de gym douce, ne pouvant réaliser les activités proposées. Un écart se creusait avec les autres résidents, beaucoup plus autonomes et dont les troubles étaient moins invalidants. Le groupe devenait progressivement stigmatisant, et malgré la bienveillance de l'intervenant qui leur expliquait « *que ce n'était pas grave* », le fait de ne pas réussir sous le regard des autres était bel et bien important pour elle, se sentant perdue et dévalorisée. En psychomotricité, par le petit nombre des participants, et l'adaptation des consignes dans un but thérapeutique propre au soin, ce « cas par cas » devient un réel atout permettant à l'individu de s'ériger en tant que sujet différencié au sein du groupe.

Il permet également des processus d'imitation, où les propositions des résidents sont valorisées et intégrées à l'activité. Par exemple, l'échauffement est toujours le même afin d'instaurer une sorte de rituel de début. Cependant, lors de l'échauffement des chevilles, une résidente proposera une façon différente de mettre en mouvement cette partie du corps que l'ensemble du groupe reprendra. Se mettra ensuite en place un jeu où chacun fera s'il le souhaite une proposition différente. Un processus d'imitation puis de différenciation s'instaure, par la mise en avant d'une technique propre à chacun.

Mme Du a aussi pu se rendre compte qu'elle n'était pas la seule confrontée à cet événement traumatisant qu'est la chute, le groupe faisant office de miroir. Elles ont pu se donner leurs solutions et astuces permettant d'éviter la chute, ou encore s'encourager dans leurs

capacités par le biais de la dynamique groupale. Cette entité **consolide ainsi les assises identitaires du sujet en le revalorisant**. C'est également ce que cherche Mme T dans le groupe, il lui offre un endroit où elle peut **partager son savoir faire** et ainsi inverser les rôles, ou plutôt remettre en place les rôles qui ont pu être effacés par la condition physique, la maladie de ces personnes âgées les plaçant souvent dans une position infantilisante.

Le groupe psychomoteur doit, de préférence, être réduit en nombre pour garantir l'élévation de l'identité du sujet au seins de celui-ci. Dans le cas contraire il peut se retrouver écrasé par le groupe, gommant ainsi son identité.

3.1.6 **Maintenir l'histoire du sujet et son identité**

Le corps va être le socle sur lequel va pouvoir émerger le **souvenir** dans le cas de mes deux patientes. Notamment par le biais des sensations ou de l'action qui leur parviennent, Mme T et Mme Du vont se remémorer des souvenirs jusque-là non évoqués, et ainsi pouvoir narrer l'histoire de leur vie. Elles retrouvent un fil conducteur des différentes images qui émergent, et ainsi une **continuité d'existence** nécessaire à la synthèse des identités dans le temps. Celle-ci est favorisée par le cadre posé : régulier et rythmé qui permet dans un premier temps à ces patientes de pouvoir se projeter avec une certaine **prévisibilité** des événements à venir.

Au fil du temps, elles vont être capables de retrouver le sens des souvenirs et de leur déroulement et de faire le lien avec la réalité actuelle, gommant peu à peu la rupture qui s'était faite entre le vestige ancien préservé et le présent. N'ayant que le souvenir passé, la logique était de se situer dans le temps correspondant à ce souvenir, retournant souvent à un âge inférieur. Or lors de nos rencontres Mme T se situait bel et bien avec moi, dans le présent, et la réalité actuelle tout en étant capable de narrer son histoire de vie car un lien était effectué avec aujourd'hui.

L'expérience corporelle dans le cas de Mme Du, par la présence de courbatures dues à l'atelier gym douce, lui permet de se souvenir d'avoir participé à cet atelier. Elle peut ainsi réintroduire une continuité d'existence grâce ou à cause de cette sensation corporelle, contribuant ainsi au **maintien de l'histoire et de l'identité du sujet**.

3.2 De l'individuel en institution

Le cadre précédemment évoqué est ce que j'ai mis en place avec Mme Du notamment. La régularité des séances offrant un cadre contenant, fixateur de limites et régulier, a pour but de lui permettre de s'organiser autant spatialement que temporellement et ainsi d'introduire une prévisibilité, une projection dans l'avenir **soutenant la continuité d'existence** et la **synthèse des différentes identités** occupées dans le temps.

Il est toutefois souple dans son contenu, afin qu'elle puisse être actrice de sa prise en charge, co-actrice de ce qui se crée dans cet espace transitionnel que nous occupons. Cela offre à Mme Du la possibilité de **reprendre le contrôle**, même de façon minime, sur le déroulement de sa vie, et d'avoir une prise en charge la plus adaptée possible par rapport à ses besoins, capacités, à son état physique ou à ses désirs.

La psychomotricité n'est pas une pratique purement protocolaire, elle lui offre un espace où elle a la possibilité de choisir, et **d'exprimer sa personnalité, son identité** au sein de l'institution. A mesure que la confiance s'installe, la patiente est habilitée à amener des propositions, comme lors de notre dernière séance. C'est également ce qu'il se passe avec Mme T, qui me guide souvent vers où elle aimerait aller, nous embarquant ainsi dans une activité. Cette place que je leur donne est particulièrement importante pour la **reconstruction des assises narcissiques**, le vieillissement du corps étant hors de contrôle pour celles-ci, majoré par la dépendance et les symptômes de la MAMA.

Il est donc important de leur montrer qu'elles sont partenaires de cette prise en charge, qu'une attention leur est portée mais que celle-ci est dans une bienveillance et soumise à leur accord. C'est ainsi que nous pouvons **réintroduire de l'individuel en institution, et laisser apparaître l'identité du sujet**.

3.3. Un travail transdisciplinaire

Le travail transdisciplinaire est important. Nous nous devons en tant que psychomotricien, d'apporter un éclairage aux autres professions quant au « savoir être » inhérent à notre profession, et nécessaire au maintien identitaire de ces patients. Cela en favorisant la prise de conscience de la portée de certains actes, ne se voulant pas persécuteurs mais pouvant l'être. Notamment lors de la toilette, franchissant l'ultime barrière identitaire du sujet.

En tant que spécialistes du corps en relation, nous pouvons agir en vue d'une préservation de l'identité et de la dignité de la personne âgée, par la mise en place d'ateliers de mise en situation. Le psychomotricien participe à l'élaboration de la prise en compte commune que la personne âgée n'est pas « *un objet sur lequel on va exercer une action, mais un être avec lequel on va collaborer.* » (Personne, 2011, p. 9).

J'ai appris au cours de ce stage, qu'il est également important d'avoir conscience du « savoir - faire » que nous pouvons acquérir grâce à cette collaboration. Ainsi une journée en compagnie des aides-soignantes m'a d'une part, sensibilisée aux actes de soins tels que la toilette, mais aussi aux difficultés qui peuvent être rencontrées dans leur métier. Nous devons avoir ces éléments en tête pour proposer des solutions adaptées aux contextes et aux professionnels dans le cadre de toilettes difficiles par exemple.

La collaboration des différentes professions est un élément central des prises en charge, nous voyons souvent à quel point un atelier ne peut se dérouler correctement, quand un imprévu apparaît en amont. Il est important de sensibiliser, prévenir l'équipe et partager nos objectifs avec celle-ci. **La prise en charge en psychomotricité se veut globale, et prend ainsi en compte ce nouvel environnement qu'est l'institution, et par extension les professionnels qui le compose.** Ce qui contribue également à promouvoir le métier de psychomotricien, et familiariser les équipes à la portée de ce dernier.

CONCLUSION

Tout au long de ce mémoire, j'ai tenté d'aborder le vaste sujet qu'est l'Identité. Les bases sur lesquelles il se construit, ainsi que les conditions indispensables à son maintien. Nous avons vu grâce à cela que le corps est constamment, le point de départ, et le témoin des transformations. Il induit les premiers remaniements identitaires, auxquels le sujet va être plus ou moins capable de s'adapter, dans l'optique de reconstituer l'identité en tant qu'unité somatopsychique.

Cependant, dans le cadre de la pathologie, telle que la démence, les capacités d'adaptation du sujet ne lui permettent plus de faire face à ces modifications identitaires. Nous avons donc pu dresser une liste non exhaustive des remaniements engendrés, ainsi que de l'impact de l'institution, en tant que groupe, sur l'individualité du sujet.

Par l'approche corporelle développée dans les médiations, la posture bienveillante et empathique, ainsi que son rôle de détoxification des vécus bruts, le psychomotricien aide à l'investigation des piliers identitaires du sujet, ainsi qu'à la mise en place des éléments nécessaires à leurs maintiens. La psychomotricité permet le retour aux sensations pour amener du corps vécu au corps pensé, du senti à l'action et au final au sentiment d'être, dans le but de favoriser un mieux-être du patient dément. Elle réintroduit surtout le sujet en tant qu'individu singulier, et non plus comme objet de soin. Par la relation, elle s'adresse à une identité, à un corps en relation, doué d'affects. Elle revalorise le sujet par la mise en exergue des capacités restantes, tout en les soutenant.

C'est ainsi que le psychomotricien va pouvoir agir, par des prises en charges individuelles ou groupales déterminées à la suite d'un bilan psychomoteur. Ce dernier permettra l'élaboration d'un projet thérapeutique individualisé, adapté et modifiable en rapport aux besoins, envies et particularités du sujet. Il s'inclura dans un projet de vie, plus global, élaboré par le patient, l'institution et les différents professionnels qui la compose.

Il ne faut toutefois pas omettre, dans le cadre de notre prise en charge que nous avons à faire à des personnes âgées, souvent fatiguées et ayant un lourd passé émotionnel, psychique et corporel. Il faut donc mesurer ces objectifs et les adapter à la personne. Il est important d'avoir en tête que nos aînés n'ont parfois plus envie de se mettre en mouvement par exemple, car ont pu être très actifs dans le passé et ont aujourd'hui pour souhait de se reposer. Il sera alors incompréhensible de nous « acharner » dans nos propositions.

Le vieillissement occasionne également un lourd travail psychique et une remise en question, particulièrement énergivore, pouvant ainsi épuiser nos aînés. Nous devons ajouter à cela des matinées particulièrement chargées par le passage de chacun des professionnels. Ces éléments doivent faire partie de notre prise en charge, afin qu'elle soit la mieux ajustée. C'est nous, en tant que professionnels, qui devons réévaluer nos objectifs et nous mettre à la portée de nos patients. Parfois un simple accompagnement par la parole ou par la présence suffira. L'une des spécificités de notre profession est de nous permettre de rencontrer la personne où elle en est, à nous de nous en saisir à bon escient.

Parfois, nous ne serons pas d'une grande aide, les atteintes identitaires étant particulièrement prégnantes et profondément enracinées dans le vécu du sujet. Il faudra alors reconnaître nos limites, ou encore passer le relais à d'autres professionnels. Cela fait partie intégrante du métier de psychomotricien.

C'est l'une des grandes leçons que ce stage m'a appris, en tant que jeune stagiaire arrivant avec beaucoup d'ambition, de bonnes volontés et de propositions. Il m'a fallu m'interroger dans les premiers temps, me remettre en question, afin de m'adapter à ce rythme différent, à cette façon de faire particulière et divergeant avec la prise en soin auprès des enfants que j'avais expérimenté jusque-là.

Le contact avec ce public, les rencontres que j'ai pu faire, ont elles-mêmes contribué à l'évolution de mon identité. Autant au niveau personnel, en changeant ma vision de la vie, que professionnel, au sein de ma pratique. C'est une expérience qui a forgé mon identité, et qui m'a aidée à découvrir dans quel milieu je voulais travailler, celui où je me sens « à ma place ».

D'après mon expérience, la temporalité spécifique à cette population favorise d'autant plus la notion de « savoir être » propre à notre profession. Elle nous pousse à sortir de notre quotidien, où nous sommes souvent dans l'agir, afin d'écouter, observer, nous questionner. Ou simplement partager, car la psychomotricité est avant tout une rencontre, un échange entre deux partenaires.

Au vu des patients que j'ai rencontré durant mon stage, j'ai axé mon mémoire sur la prise en soin en psychomotricité des patients déments à un stade avancé de la maladie. Nous pouvons toutefois nous questionner sur l'implication du psychomotricien aux prémices de l'atteinte. Avons-nous un rôle à jouer en amont, dans l'optique de prévenir la perte identitaire du patient dément ?

ANNEXE 1 : Mme Du - MMSE du 10/11/2015

10/11/2015
Brevet ~~MMSE~~

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? 10 novembre

9 / 10

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Répéter les 3 mots.

3 / 3

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | |
|-----|----|
| 14. | 93 |
| 15. | 86 |
| 16. | 79 |
| 17. | 72 |
| 18. | 65 |

2 / 5

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?** EDNOM

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

0 / 3

Langage

- | | |
|---|--------------------------------------|
| Montrer un crayon. | 22. Quel est le nom de cet objet ?* |
| Montrer votre montre. | 23. Quel est le nom de cet objet ?** |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** | |

7 / 8

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet : 28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

0 / 1

24/30 L'orientation spatio-temporelle et le langage semblent préservés. ~~La~~ L'attention, la mémoire à long terme et les praxies semblent déficitaires.

ANNEXE 2 : Mme Du – MMSE du 01/2017

N^o Du [redacted]
 Coiffeuse pour femme dans son institut -

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

5/10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
 Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
 Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ? *début janvier*
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** *Haute-garonne*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

2/3

Apprentissage

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

1/5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | |
|-----|----|
| 14. | 93 |
| 15. | 86 |
| 16. | 79 |
| 17. | 72 |
| 18. | 65 |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
 Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?** *EDNOR7*

Rappel

2/3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Langage

7/8

22. Quel est le nom de cet objet ?*
23. Quel est le nom de cet objet ?**
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
 25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,

26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
 28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
 29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

1/1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

18/30 ; N^o Du [redacted] : désorientation spatio-temporelle, mémoire de travail déficitaire, avec une attention difficile à focaliser sur la tâche de calcul.
 NCT = Des difficultés mais parvient à rappeler 2 m

ANNEXE 3 : Mme Du – EGP

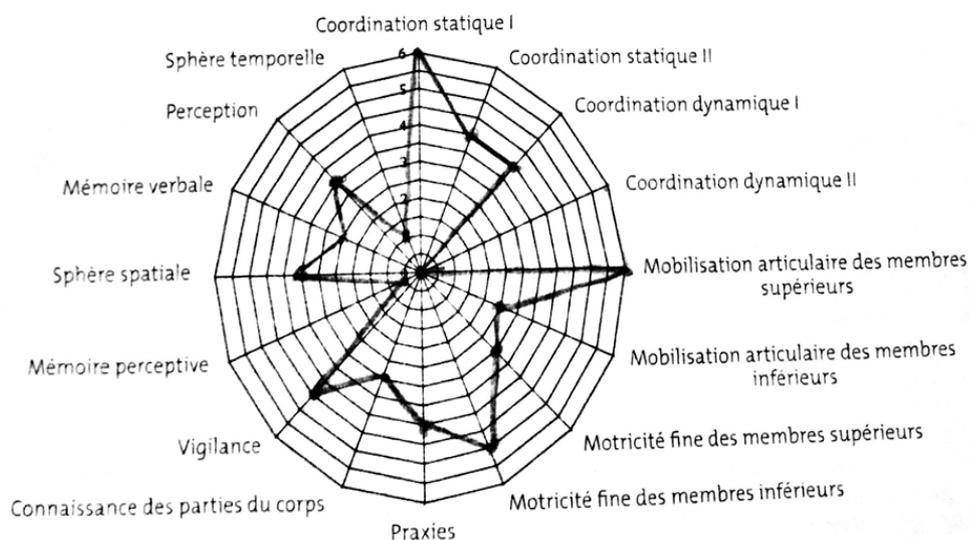
Liste des Items	Notes sur 6
1. Coordination statique I	
2. Coordination statique II	4
3. Coordination dynamique I	4
4. Coordination dynamique II	0
5. Mobilisation articulaire des membres supérieurs	6
6. Mobilisation articulaire des membres inférieurs	2,5
7. Motricité fine des membres supérieurs	2
8. Motricité fine des membres inférieurs	5
9. Praxies	4
10. Connaissance des parties du corps	3
11. Vigilance	4,5
12. Mémoire perceptive	0,5
13. Sphère spatiale	2,5
14. Mémoire verbale	2,5
15. Perception	3,5
16. Sphère temporelle	1
17. Communication *	4
Note totale	57

* Cet item n'est pas représenté sur l'étoile de synthèse

(-2,15)

Ages	Moyennes	σ
60 ans – 64 ans 11 mois	95,8	4,2
65 ans – 69 ans 11 mois	95,1	4,8
70 ans – 74 ans 11 mois	94,2	5,0
75 ans – 79 ans 11 mois	90,4	8,4
80 ans – 84 ans 11 mois	87,7	6,5
85 ans – 89 ans 11 mois	84,9	9,1
90 ans et plus	77,0	9,3

Etoile de synthèse



COMPTE RENDU DU BILAN

Mme Du est une femme âgée de 97 ans, lors de la passation du bilan. Un examen géronto-psychomoteur a été réalisé par mes soins au cours de la prise en charge individuelle. Il n'a pas été réalisé aux premières séances, Mme Du se sentant particulièrement en échec. Au fil des prises en soin, j'ai pu tisser une relation de confiance suffisante pour ensuite lui proposer le bilan.

Celui-ci est réalisé en 2 séances d'environ 45 minutes. Je la retrouve en chambre aux alentours de 16h30, après le goûter, l'ayant prévenue préalablement. Elle coopère rapidement et semble même contente de faire ces exercices stimulant ses capacités.

Tout au long du bilan elle est plutôt réceptive aux propositions, et me remercie même *de « l'à faire travailler »*. Elle reste concentrée le plus longtemps possible et fait du mieux qu'elle peut. Une certaine peur de l'échec transparaît dans certains items, il est alors nécessaire de la rassurer.

TONUS : Au niveau du membre supérieur Mme Du dispose d'une bonne régulation tonique lors des épreuves du ballant et de l'extensibilité, ce qui permet une autonomie lors de l'habillage.

Au niveau du bas du corps par contre, la mobilisation articulaire est particulièrement limitée en passif et en actif, avec une hypertonie marquée au niveau de la jambe gauche, entravant les gestes du quotidien ainsi que les transferts. Mme Du ne peut ainsi pas plier les jambes à 90 ° pour prendre appui lors du relevé.

Le tonus d'action et postural est efficient et permet la réalisation de l'action.

MOTRICITE GENERALE : L'équilibre statique est bon, sur un ou deux pieds, avec des stratégies de rééquilibration mises en œuvre par Mme Du.

Mme Du initie la marche sans problème à l'aide d'une aide technique de type déambulateur. Le déroulé du pas est bon, avec une longueur du pas quasiment identique, l'un dépassant bien l'autre. Le polygone de sustentation est légèrement élargi mais adapté au maintien de l'équilibre. Une petite déviation de la ligne vers la droite est à noter durant la marche. Les déplacements sont lents, mais sécurisés. Elle exprime cependant une peur de la chute.

Elle est capable d'orienter son corps dans l'espace pour réaliser les actions. Les transferts sont plus compliqués, et moins fiables notamment lors du relevé de la chaise lui demandant beaucoup de force dans les bras, en raison de la limitation articulaire du bas du corps.

Les praxies sont bonnes, avec la possibilité d'effectuer des actes du quotidien (deboutonnage/boutonnage, tenir un stylo, se coiffer, tenir des couverts etc.). Dans les épreuves de type pianotage/dépianotage ou opposition pouce/index, des difficultés apparaissent avec impossibilité de décomposer le mouvement : l'ensemble de la main le réalise.

Mme Du est latéralisé à droite en manuel et en pédestre. Les coordinations sont efficientes.

SCHEMA CORPOREL : Mme Du dispose de capacités de somatognosie des parties du corps sur une image et sur désignation verbale. Seuls les items concernant des parties plus complexes (coude, genou etc) sont échoués. Il est difficile pour elle de nommer les parties du corps désignées, cela relèverait plutôt d'une problématique sémantique car elle est tout à fait capable de les montrer sur elle.

ORIENTATION SPATIO-TEMPORELLE : L'orientation dans l'espace est précaire, avec impossibilité de situer l'étage de sa chambre et comment s'y rendre. Lors de promenades, elle dit également être perdue et ne pas reconnaître l'endroit où nous circulons. Elle est néanmoins capable de dire qu'elle se trouve en EHPAD et de nommer la structure. Les repères spatiaux de base sont conservés.

Les repères temporels sont particulièrement altérés, Mme Du ne pouvant donner la date du jour, ou encore énoncer les mois, les jours etc. Son âge n'est pas non plus connu. Seul l'organisation d'une journée est préservée avec la capacité de citer la succession des grands moments qui la compose (matin, après – midi, soir).

FONCTIONS EXECUTIVES : Mme Du dispose d'une faible capacité de concentration, avec une attention labile et une fatigabilité. La compréhension des consignes est possible, avec des phrases courtes et un temps de latence d'environ 10 à 15 secondes. Elle ne peut réaliser deux tâches simultanément, car cela perturbe l'action principale.

Les capacités d'observation ne sont pas efficaces, Mme Du semble d'ailleurs dans ses pensées ce qui rend ensuite les perceptions et le rappel compliqué.

La mémoire est particulièrement altérée dans ses dimensions perceptives et verbales. Des troubles cognitifs importants sont donc à noter. La mémoire à long terme semble mieux conservée que la mémoire immédiate. Un défaut d'encodage semble présent, notamment par une impossibilité d'indiciage en lien avec l'attention labile.

COMMUNICATION : Les capacités de communication de Mme Du sont efficaces, son discours est compréhensible et elle dispose d'une bonne élocution. Des difficultés sémantiques sont à noter, avec la perte de mots par moment, qu'elle est néanmoins capable de remplacer par des explications ou un mot similaire. Le discours est cohérent et clair.

En conclusion, Mme Du fait preuve de difficultés au niveau mnésique, de l'orientation spatio-temporelle ainsi que de l'attention, ce qui entrave la compréhension de son environnement et l'analyse nécessaire à l'apport d'une réponse adaptée.

Elle exprime également une peur de l'échec et un discours dépréciateur à son propos. Une certaine apathie apparaît avec un repli sur elle-même.

La motricité générale est son point fort, ce qui lui confère une certaine autonomie. Il me semble important de solliciter ces fonctions, afin qu'elles soient maintenues.

Mme Du exprime une grande souffrance, la non-reconnaissance de son corps qui a changé. Elle a besoin d'être rassurée concernant les pertes dont elle a conscience.

Une prise en charge en psychomotricité aurait pour but :

- La revalorisation par une mise en exergue des capacités restantes et leur maintien au cours d'activités ludiques. (Atelier mémoire, jeux de sociétés etc)
- La remise en mouvement par la participation à des ateliers (gym douce, équilibre) afin d'apaiser les angoisses, de favoriser un vécu positif du corps et maintenir les fonctions.
- La réassurance par la parole et des propositions de médiations favorisant la contenance ainsi que l'apaisement des angoisses

ANNEXE 4 : Mme T – MMSE du 7/12/2015

Mme T [redacted] - 07/12/15

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

Agriculture - Céréales, légumes, fruits, etc. occupent le sol, travaillent la terre, la vigne - Pessac en Gironde 3/10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ? *1315*
2. En quelle saison ? *Automne*
3. En quel mois ? *Novembre*
4. Quel jour du mois ? *7*
5. Quel jour de la semaine ? *Dimanche*



Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* *Maison de repos*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? *Bordeaux*
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** *Gironde*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ? *Le midi*
10. A quel étage sommes-nous ? *3ème*



3/3

Apprentissage

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | ou | Citron | ou | Fauteuil |
| 12. Fleur | | Clé | | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |



Répéter les 3 mots.

1/5

Attention et calcul

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | |
|-----|----|
| 14. | 93 |
| 15. | 86 |
| 16. | 79 |
| 17. | 72 |
| 18. | 65 |



Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?** *EDNOM*

0/3

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|-----------------|
| 11. Cigare | ou | Citron | ou | Fauteuil | <i>Répondre</i> |
| 12. Fleur | | Clé | | Tulipe | <i>Répondre</i> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <i>Répondre</i> |



7/8

Langage

22. Quel est le nom de cet objet ?*
23. Quel est le nom de cet objet ?**
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***



Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****



Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet : 28. « Faites ce qui est écrit ».



Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : 29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****



Praxies constructives

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

1/1

15/30

ANNEXE 5 : Mme T – MMSE du 13/03/2017

Mme T [redacted]
 Âge : 83 ans
 NE : certificat d'études - Agriculture
 Date : 13/03/2017

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

2/10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
 Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
 Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? 7

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ? 1900
2. En quelle saison ? été
3. En quel mois ? Juillet
4. Quel jour du mois ? 7
5. Quel jour de la semaine ? dimanche

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* 7
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? Bordeaux
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** en Gironde
9. Dans quelle province ou région est située ce département ? 7
10. A quel étage sommes-nous ? 2

Apprentissage

2/3

Je vais vous dire trois mots : je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

0/5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
 Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?** EDNOM

0/3

Rappel

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Langage

7/8

22. Quel est le nom de cet objet ?*
23. Quel est le nom de cet objet ?**
24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
 28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
 29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

0/1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

11/30

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI

Nom: T [redacted] Age: Date de l'évaluation 14/03/17

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 ④	1 2 ③	[12]	1 2 3 ④ ⑤
Hallucinations	X	①	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 ④	1 2 ③	[12]	1 2 3 ④ ⑤
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 ④	1 ② 3	[8]	1 2 3 ④ 5
Anxiété	X	0	1 2 3 ④	1 2 ③	[12]	1 2 3 ④ 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	①	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	①	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	①	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 ④	1 ② 3	[8]	1 2 3 ④ 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 ④	1 ② 3	[8]	1 2 3 ④ 5
Sommeil	X	0	1 2 3 ④	1 2 ③	[12]	1 2 3 ④ ⑤
Appétit/Troubles de l'appétit	X	①	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable)
F x G = Fréquence x Gravité

62 (7 items identifiés)

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994
Traduction Française P.H.Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France 1996
Le NPI est protégé par un copyright.

BIBLIOGRAPHIE

- Albaret, J-M. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Marseille : Solal.
- Albaret, J-M. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Évolutions psychomotrices*, 15, 60, 65-74.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi- peau*, Paris, Dunod.
- Belmin, J. (2003). *Le vieillissement : module n°5*. Paris : Med-line éditions.
- Billé, M. (2005). L'entrée en institution dernière mise en demeure ? *Gérontologie et société*, vol. 28 / 112, (1), 63-72.
- Bion, W. (1962). *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF.
- Ceccaldi, M et al. (2008). Chapitre 29 : Intelligence et démence. Dans Eustache, F. et al. *Traité de neuropsychologie clinique neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*. Bruxelles : De Boeck.
- Cérèse, F. et Eynard, C. (2014). Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel ? Dans Thalineau, A., Nowik, L. *Vieillir chez soi, Vieillir entre soi, les habitats intermédiaires en question*. Rennes, France : Presses universitaires, p. 99-116).
- Ceroli, M. (2011). Le maintien identitaire et le paradoxe du protocole institutionnel. Dans Personne, M., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Erès, Pratiques gérontologiques, p. 87-102.
- Charazac, P.-M. (2009). Point de vue psychanalytique sur la perte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer. *Psychologie, NeuroPsychiatrie et Vieillesse*, vol. 3, n°3, p. 169-174
- Charbonneau, G. (2010). *Introduction à la psychopathologie phénoménologique*, Paris, Fédition, 2 vols.
- Cohen-Scali, V. Guichard, J. (2008). L'identité : perspectives développementales. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37/3.
- Collette, F., Feyers, D., Bastin, C. (2008). La maladie d'Alzheimer. Dans Dujardin, K., Lemaire, P., (Eds). *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*. Paris : Masson, p. 105-122.
- Cumming, J-L. (2003). Use of cholinesterase inhibitors in clinical practice : evidencebased recommendations, *Am J Geriatr Psychiatry*, 11(2), p. 131-45.
- Desobeau, F. (2010). Identité et fonctions du psychomotricien, *Thérapies psychomotrices – et recherches*, 162, p. 56-68
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*, éd du Seuil.
- Dubar, C. (2010). *La crise des identités : L'interprétation d'une mutation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Duquenois psychala, K., (2002). *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. Ramonville Saint-Agne [France]: Erès.
- Duval, C., Desgranges, B., Eustache, F., & Piolino, P. (2009). Le Soi à la loupe des neurosciences cognitives : De la conscience de soi à la conscience de l'autre. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 7, 7-19.
- Erikson E. (1950), *Enfance et Société*. Trad. franç., Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1976, Bibliographie, Presses Universitaires de France « L'identité », 2013.

- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Flammarion.
- Eustache, M. (2013). *Conscience, mémoire et identité : Neuropsychologie des troubles de la mémoire et de leurs répercussions identitaires*. Paris : Dunod.
- Garufi – Hoeltzel, S. (2009), Abord et thérapie psychomotrice avec un patient âgé dit dément, *Évolutions psychomotrices*, vol 21, n°84, p. 67-70
- Gérard, A. (2017, janvier). Enjeux et stratégies de l'appropriation des espaces collectifs, *Gérontologie et société*, (vol. 39), p. 143-154.
- Gil, R., Fargeau, M.-N., Jaafari, N. (2011). Conscience de Soi, maintien du Soi et identité humaine au cours de la maladie d'Alzheimer. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(7), p.416-419.
- Grimaldi, L., Démonet, J-F., Brioschi Guevara, A. (2015). *La mémoire et ses troubles*, Genève : Médecine & Hygiène.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In Baumeister, R-F. (Ed.), *Self-esteem : The puzzle of low self-regard*, p. 87-116.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self : A developmental perspective*. New York : Guilford Press.
- Husserl, E. (1950). *Idées directrices pour une phénoménologie* (Ricoeur, P. trad.). Paris : Gallimard.
- James, W. (1890). *Principes de psychologie* [« The Principles of Psychology »] (trad. de l'anglais), 2 vol.
- Kinuwaga, K. (2014). Maladie d'Alzheimer : où en est-on ? *La revue du praticien*, (928), p. 678-9.
- L'écuyer, R. (1978). *Le Concept de soi*, Paris : PUF
- Lacan, J. (1966). *Écrits*, Paris : Le Seuil.
- Lambert, J-C. (2011, septembre). Génétique des maladies d'Alzheimer. Dans *Maladies d'Alzheimer : De quoi s'agit – il ? La revue du praticien*. Vol 61. p. 922-23.
- Latour, A-M. (2016). Les organisateurs du groupe en psychomotricité. Dans les ateliers à médiations : pare – excitants et attracteurs. *Thérapies psychomotrices – et Recherches*, n°181
- Le Breton, D. (2016, mars). Changer de peau à l'adolescence, *Adolescence* (T.34 n° 3), p. 489-498.
- Lechevalier, B., Eustache, F., Viader, F. (2008). *Traité de neuropsychologie clinique neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*. Bruxelles : De Boeck.
- Marc, E. *L'identité personnelle*, Sciences Humaines, Hors-série n°15.
- Marc, E. (2005). *Psychologie de l'identité. Soi et le groupe*, Dunod.
- Michel, S., Roux, J., Albaret, J-M. (dir), Soppelsa, R. (2009). L'Examen Géronto-Psychomoteur : Un nouveau-né en gériatrie, *Évolutions psychomotrices*, vol 21, n°84, p. 71-78.
- Montani, C., Ruffiot, M. (2009). L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques méditerranéennes*, 1 / n° 79, p. 103-116.
- Mucchielli, A. (2013). *L'identité*, 9^e éd., Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 128 pages.
- Paumel, C. (2013). Évaluation psychomotrice des troubles des représentations corporelles et contribution au diagnostic psychiatrique en psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte. *Les entretiens de Bichat*.
- Pasquier, F., Leys, D. (1997). Why are stroke patients prone to develop dementia ? *J Neurol*, 244 : 135-142.

- Personne, M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : Psychologie et psychomotricité des accompagnements*. Toulouse, France : Erès.
- Poncet, M. (2011). Les maladies d'Alzheimer : de quoi s'agit-il ? *La Revue Du Praticien*, (7), 914–21.
- Raux, G., Guyant-maréchal, L., Martin, C., et al. (2005). Molecular diagnosis of autosomal dominant early onset Alzheimer's disease: an update. *J Med Genet*, 42 :793-5.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
- Sarazin, M., Dubois, B. (2005). Démarche et circonstances diagnostiques dans la Maladie d'Alzheimer. *La Revue du Praticien*, n°55, p. 1879-1890.
- Schilder, P. (1968) *L'Image du corps*. Gallimard.
- Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J-M (dir). (2011). *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*. Tome 1, Marseille : Solal.
- Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J-M (dir). (2015). *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*. Tome 2, Marseille : Solal.
- Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J-M (dir). (2015). *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*. Tome 3, Marseille : Solal.
- Seidah, A., Bouffard, T., Vezeau, C., (2044, avril). Perceptions de soi à l'adolescence : différences entre filles et garçons. *Enfance*, (Vol. 56), p. 405-420
- Simeone, I. (1988). Les aspects psychodynamiques du vieillissement. *Gérontologie et Société*, 46,8-20.
- Ska, B. Joannette, Y. (2006). Vieillesse normale et cognition. *M/S : médecine sciences*, 22(3), 284–287.
- Spitz, R. (1965). *De la naissance à la parole*, Paris, PUF, trad. fr. 1968.
- Tariot, P-N., Farlow, M-R., et al. (2004). Memantine Study Group. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *Jama*, 291(3), p. 317-24.
- Tatossian, A. (1994). La question de l'identité humaine et le problème des psychoses. *L'art du comprendre*, n°1, Paris.
- Trépiéd, V. (2016). Solitude en EHPAD : L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, vol. 38 / 149, (1), 91-104.
- Vanier, A. (2016, février). Un retour sur l'adolescence, *Adolescence* (T.34 n° 2), p. 251-260.
- Vellas, B., Bombois, S., Lebert, F., et Pasquier. F. (2005). Traitement pharmacologique de la maladie d'Alzheimer. *La Revue du Praticien*, 2005, n°55, p. 1913-19
- Vercauteren, R., Predazzi, M., & Loriaux, M. (2001). *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*. Ramonville-Saint-Agne : Erès.
- Vézina, A. Pelletier, D. (2009, mars). *Les repères identitaires ou « quand je ne suis plus chez moi dans ma tête... »*. Communication présentée à Vivre le vieillir, Toulouse, France.
- Winicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, (*Through Paediatrics to Psychoanalysis*, Hogarth Press, 1958).
- Winnicott D. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot et Rivages.
- Zazzo, R. (1973). La genèse de la conscience de soi. Dans *Psychologie de la connaissance de soi*, Symposium, Paris : PUF.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
CHAPITRE 1 : QU'EST-CE QUE L'IDENTITE	6
1. Définitions, caractéristiques et piliers de l'identité.....	6
1.1 Approche globale	6
1.2 Approche psychologique.....	8
1.2.1 Le sentiment d'existence.....	8
1.2.2 L'estime de soi.....	10
1.3 Approche phénoménologique	11
2. Les différentes facettes de l'identité	13
2.1 Identité corporelle.....	13
2.2 Identité psychique	15
2.3 Moi groupal	15
3. Genèse et évolution de l'identité	17
3.1 Les fondements de l'identité chez l'enfant	17
3.1.1 Le bébé imaginaire et les premières identification.....	17
3.1.2 Naissance, relations et identifications	18
3.1.3 Le développement sensorimoteur.....	19
3.1.4 Stade du miroir	20
3.1.5 L'accès au symbolisme : Image du corps et schéma corporel	20
3.1.6 Complexe d'Oedipe	21
3.2 Identités adolescentes	22
3.2.1 Généralités.....	22
3.2.2 Corps, puberté et identité.....	23
3.2.3 Mouvements relationnels et identité groupale	24
3.2.4 Sexualité et assises identitaires.....	25
3.3 L'identité à l'âge adulte	26
3.4 Identité et vieillissement physiologique.....	28
3.4.1 Vieillesse et vieillissement	28

3.4.2 Corporéité à la vieillesse	29
3.4.3 Vieillissement cognitif et conscience de soi	30
3.4.4 Remaniements psychiques	31
CHAPITRE 2 : DEMENCE & PERTE IDENTITAIRE.....	33
1. Maladie d'Alzheimer et Maladie Apparentées	33
1.1 Généralités	33
1.1.1 Définitions.....	33
1.1.2 Classification	33
1.1.3 Épidémiologie	34
1.1.4 Étiologies.....	35
1.2 Les marqueurs de la maladie	36
1.2.1 Critères diagnostic	36
1.2.2 Outils diagnostic.....	37
1.2.3 Sémiologie.....	39
1.3 Traitements	40
1.3.1 Pharmacologiques	40
1.3.2 Non médicamenteux	41
2. Répercussions identitaires	42
2.1 Troubles mnésiques et autobiographiques	42
2.2. Troubles cognitifs et difficultés symboliques	46
2.3 Désorientation temporo-spatiale	48
2.4 Détérioration corporelle et perte d'autonomie	49
2.5 De la perte d'autonomie vers un placement en institution	50
CHAPITRE 3 : PSYCHOMOTRICITE ET IDENTITE	58
1. Spécificités de la psychomotricité	58
1.1 Approche de la psychomotricité	58
1.1.1 Définitions.....	58
1.1.2 Le bilan géronto-psychomoteur	59
1.2 Identité du psychomotricien	61
1.2.1 Généralités	61

1.2.2 Au sein de la structure.....	62
2. Cas cliniques	63
2.1 N°1 : Mme Du	63
2.1.1 Anamnèse	63
2.1.2 Bilans.....	63
2.1.3 Projet de vie	64
2.1.4 Première rencontre	64
2.1.5 Suivi psychomoteur.....	66
2.1.6 Conclusion de PEC.....	69
2.2 N°2 : Mme T	69
2.2.1 Anamnèse	69
2.2.2 Bilans.....	70
2.2.3 Projet de vie	70
2.2.4 Première rencontre	71
2.2.5 Suivi psychomoteur.....	72
2.2.6 Conclusion de PEC	75
3. Enjeux d'une prise en soin en psychomotricité	76
3.1 Intérêt de la psychomotricité dans le soutien identitaire	76
3.1.1 Favoriser un vécu positif du corps	76
3.1.2 Maintenir la dynamique psychique	77
3.1.3 Maintenir la pulsion de vie	78
3.1.4 Maintenir les capacités fonctionnelles	79
3.1.5 Favoriser la dynamique relationnelle	80
3.1.6 Maintenir l'histoire du sujet et son identité	81
3.2 De l'individuel en institution.....	82
3.3. Un travail transdisciplinaire.....	83
Conclusion	84
Annexes	86
Bibliographie	94
Table des matières	97