



HAL
open science

Le temps d'une vie, le temps du soin : la psychomotricité auprès de nos aînés au sein d'un centre d'accueil de jour Alzheimer

Leslie Perot

► To cite this version:

Leslie Perot. Le temps d'une vie, le temps du soin : la psychomotricité auprès de nos aînés au sein d'un centre d'accueil de jour Alzheimer. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615660

HAL Id: dumas-01615660

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615660>

Submitted on 12 Oct 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 PIERRE ET MARIE CURIE-PARIS IV
Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité

**LE TEMPS D'UNE VIE, LE TEMPS DU SOIN : LA
PSYCHOMOTRICITÉ AUPRÈS DE NOS AINÉS AU SEIN D'UN
CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER**



Mémoire présenté par PEROT Leslie
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référent de mémoire :

SAVAGE Marie-Louise

Session juin 2017

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu tous les patients rencontrés au cours de mes stages qui m'ont appris à prendre mon temps pour être davantage proche du leur et pouvoir soutenir leur capacité à être au monde. Merci à Damien, à Bertha, à Pauline, à Annette, à Émeline, à Ylan et à tous les autres, sans qui ce mémoire et mes questionnements n'auraient jamais vu le jour. Merci pour la richesse et la qualité de nos interactions.

J'exprime ma plus grande reconnaissance à Mme Marie-Louise SAVAGE, pour m'avoir accompagnée dans l'écriture de ce mémoire. Merci pour son engagement et ses précieux conseils lors de l'élaboration de cet écrit. Elle a su éclaircir mes pensées et mes gestes, et m'a permis de m'affirmer en tant que future psychomotricienne.

Je tiens à remercier toutes mes maîtres de stage qui m'ont toujours accompagnée dans la recherche et dans la compréhension de ce qu'est la psychomotricité. Merci de la confiance qu'elles m'ont accordées et de leurs appuis dans la construction de ma future pratique.

Je ne remercierai jamais assez Olivier sans qui tout cela n'aurait pas été possible, et à mes amis de l'IFP, pour leur présence, leur soutien et leur engagement. Merci de m'avoir encouragée tout au long de mes études. Merci d'avoir cru en moi.

Illustration : Giorgio de Chirico (1888-1978), L'énigme d'un jour (II), 1914, Huile sur toile,
83 × 130 cm, Paris, Musée D'art Moderne

Le temps est le sens de la vie
(Sens : comme on dit le sens d'un cours d'eau,
Le sens d'une phrase, le sens d'une étoffe, le sens de l'odorat)¹.

¹ CLAUDEL P. (1907) p. 135

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
LE TEMPS D'UNE VIE.....	9
1.Qu'est-ce que le temps ?.....	9
Le temps selon le dictionnaire.....	9
Le temps en philosophie.....	9
Mesurer le temps ou se mesurer à lui pour faire face à l'infini ?.....	14
Le temps, une composante sociale.....	17
2.Comment se développe-t-il corporellement et quels sont ses facteurs de structuration ?.....	20
Les notions temporelles.....	20
Le rythme et le mouvement, du temps vécu et partagé au temps perçu.....	21
Le tonus, une temporalité en corps.....	25
Le langage permet d'affiner la connaissance du temps.....	28
Le temps, une dimension subjective.....	29
3. Une temporalité psychocorporelle.....	31
Le vieillissement.....	31
Le vieillissement au regard des approches chronobiologique et chronopsychologique.....	33
Le temps psychique face au vieillissement.....	34
Le vieillissement psychomoteur.....	36
Quelle est la perception du temps chez le sujet âgé ?.....	37
QUAND LE TEMPS SE DÉRÈGLE...DANS UN CONTEXTE DE MALADIE D'ALZHEIMER. .	41
1.Généralités sur la Maladie d'Alzheimer.....	41
Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ?.....	41
Que cherche-t-on à soigner dans la maladie d'Alzheimer ?.....	41
Les approches thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses...	44
2.La désorientation temporelle dans la maladie d'Alzheimer.....	46
La MA au regard des approches chronobiologique et chronopsychologique....	47

Une neuropsychologie du temps.....	49
Le temps d'une vie au cours de la MA.....	52
L'approche psychodynamique.....	54
Quelles sont les fonctions psychomotrices impactées par la désorientation temporelle ?.....	56
3.L'évaluation de la désorientation temporelle.....	59
Les outils d'évaluation.....	59
Le temps de l'évaluation.....	63
LE TEMPS DU SOIN.....	74
1.Définition du soin.....	74
2.Le temps du soin en EHPAD.....	76
3.Le temps du soin en centre d'accueil de jour.....	82
4.Le temps comme outil de soin du psychomotricien.....	89
Le temps de la relation.....	90
Pour une synchronie psychocorporelle.....	91
Le temps de la médiation.....	93
Le temps, un appui du cadre thérapeutique.....	94
CONCLUSION.....	96
BIBLIOGRAPHIE.....	98
ANNEXE I.....	103
ANNEXE II.....	104
ANNEXE III.....	108
ANNEXE IV.....	110
RÉSUMÉ.....	116

INTRODUCTION

Au contact des personnes atteintes d'une pathologie démentielle en Centre d'Accueil de Jour (CAJ), le temps s'est imposé à moi comme une question centrale. Au-delà de la détérioration cognitive, qui caractérise communément la maladie d'Alzheimer, il y a un vécu du temps très singulier chez les personnes rencontrées. Il me semble en effet qu'elles cristallisent en un même lieu et en un même moment toutes les problématiques autour du temps vécu et ressenti par chacun d'entre nous. À ce titre, F. Gzil définit cette affection comme « la maladie du temps »².

D'abord, c'est le ralentissement psychomoteur qui me fût perceptible au regard des mouvements des personnes. Signe majeur du vieillissement, il semble encore plus présent chez les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer.

Ensuite, c'est la question de l'attente et son corollaire, celui de l'immobilité, que je perçois. Au moment du départ des personnes pour rejoindre leur domicile, je m'approche d'un monsieur assis, le regard dans le vague, sans occupation ni discussion particulière avec les personnes qui l'entourent. Il me dit qu'il attend. Effectivement, il attend son chauffeur, mais je ressens derrière cette attente, de l'angoisse. Est-ce ma propre difficulté à admettre cette attente ou l'inquiétude de cette personne face à ce moment que je perçois ? « Est-ce que l'on va venir me chercher ? Est-ce que je vais pouvoir rentrer chez moi alors que je ne peux plus faire le trajet seul ? » Cette attente renvoie également à la dernière attente, celle de la mort. Si leur âge les confronte à ce moment particulier de leur vie, la maladie augmente, elle, l'angoisse face à leur finitude.

Ce sont enfin les questions de la dépendance et de la perte d'une image idéale de soi qui se posent. La maladie d'Alzheimer est une maladie chronique et évolutive. Elle atteint le sujet dans son identité psychocorporelle. Il faut souligner que toutes les personnes ne sont pas affectées au même rythme. On vit aujourd'hui plus longtemps avec la maladie ce qui amène à vivre la dépendance sur une durée également plus longue et de façon plus significative. Par conséquent, c'est une

² GZIL F. (2014)

maladie qui nécessite des réaménagements réguliers.

D'autres observations accompagnent ces questions. En premier lieu, leur rythme semble être en décalage avec celui du monde qui les entoure, dans lequel tout va très vite, trop vite.

En second lieu, la désorientation s'impose dans ma réflexion. Une dame se lève car plusieurs personnes partent en même temps. Elle suit le mouvement, pourtant personne ne l'a appelée. Une soignante tente de lui expliquer qu'elle peut aller se rasseoir, car son chauffeur n'est pas arrivé. Elle ne comprend pas ce qu'il se passe autour d'elle. C'est le moment de partir, elle veut partir mais quelque chose l'empêche ce qui génère de l'anxiété.

En dernier lieu, j'ai été interpellée par le découpage du temps des journées au centre. Chacun des temps composant la journée des personnes accueillies semble être pensé pour s'adapter au plus près de leurs besoins. Cette organisation du temps m'a rapidement renvoyée à celle vécue lors de mon stage en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) quelques mois plus tôt, où je n'avais pas perçu cette force si prégnante du temps. Bien au contraire, le temps m'apparaissait alors flou et non contenu dans un temps particulier, bien défini. Qu'en était-il alors des résidents si ce temps m'était, à moi-même, étranger ? Le temps des sujets âgés dépendants et le temps des EHPAD, tel que je l'avais expérimenté, m'ont alors paru totalement contraires.

L'ensemble de ces éléments m'ont permis de prendre conscience de l'importance du temps dans l'accompagnement de ces personnes malades. Naturellement la question suivante en a découlé : de quelles manières le psychomotricien peut et doit penser le temps dans l'accompagnement de nos aînés désorientés ?

Différentes pistes de réflexions accompagnent cette question au regard de mon expérience de stage :

Quelle est l'origine du temps et comment se construit-il d'un point de vue psychocorporel ? Quelle est la perception du temps chez nos aînés ? Pourquoi en vieillissant les souvenirs du passé resurgissent ?

Quels sont l'origine et l'impact de la désorganisation temporelle ? De quels outils dispose le psychomotricien pour objectiver la perception du temps au sein de cette population ?

Comment accueillir le temps passé dans lequel les personnes désorientées nous invitent et en faire un appui aux temps présents et futur ? De quels outils dispose le psychomotricien pour accompagner la perception du temps et sa désorganisation ? De quelle manière notre rapport au temps en tant que soignant conditionne l'accompagnement de ces personnes et leur sentiment d'existence ? Est-ce que le temps de la relation peut être un appui pour un soin adapté ? Enfin, comment le psychomotricien peut-il penser le temps de l'accompagnement et de la relation, afin de limiter l'impact de la désorganisation temporelle, au service du lien et de leur présence au monde ? Je me suis également questionnée sur mon propre rapport au temps et sur ma capacité à pouvoir m'adapter à leur temporalité.

Dans l'idée d'avoir une vision globale du sujet âgé pris en soin, j'ai voulu étudier les divers horizons où la question du temps se pose. Je suis influencée par la pensée en lien défendue par J. De Ajuriaguerra qui décroïsonne les champs conceptuels. Dans cette approche complémentariste, vous lirez dans cet écrit différents points de vue montrant la diversité des connaissances étudiées durant ces trois années d'études, et témoignant de la richesse de la psychomotricité, qui tente de rassembler en une pensée complexe et toujours en mouvement les différents champs théoriques. Par conséquent, vous trouverez une bibliographie riche montrant mon intérêt pour cette question du temps.

Clinique, théorie et discussion se mêlent dans les pages qui suivent. Ce choix me semblait illustrer au mieux ma réflexion ainsi que mon lieu de stage, où ces trois éléments s'entrecroisent. Pour cette raison, j'ai choisi de ne pas distinguer les vignettes cliniques, de la théorie et de la discussion, qui parcourent cet écrit. Parallèlement à la construction et à la production de mon mémoire, mes différentes expériences personnelles, ainsi que la lecture et l'étude de nombreux supports variés m'ont permis de penser le sujet pris en soin, de construire ma future pratique professionnelle et de m'enrichir personnellement.

LE TEMPS D'UNE VIE

1. Qu'est-ce que le temps ?

Le temps selon le dictionnaire

Le temps du latin *tempus*, *temporis* « moment, instant, temps », « saison, époque de l'année » est conçu comme un milieu indéfini où paraissent se dérouler irréversiblement les existences dans leur changement, les événements et les phénomènes dans leur succession³.

Cette définition est synthétique mais, de ce fait, reste générale et ne semble pas refléter la complexité de cette notion. Le temps n'est pas seulement une succession d'événements ayant un début et une fin. Il n'est pas une donnée palpable et pourtant nous en faisons l'expérience à chaque instant.

Le temps intéresse la psychomotricité en ce sens qu'il est un organisateur corporel et psychique. Il s'agit d'une donnée qui conditionne l'adaptation de l'être au monde.

Pour tenter de comprendre ce qu'est le temps, je souhaite aborder les points de vue de certains philosophes qui se sont penchés sur cette question.

Le temps en philosophie

La philosophie s'intéresse à la question du temps depuis l'Antiquité. Et pour cause : parler du temps c'est approcher l'expérience humaine de notre vie sur Terre, et des éléments qui la constitue. Les philosophes se sont attachés à essayer de représenter ce temps et l'ont associé très tôt au mouvement et au changement.

Pour Platon (-450 avant J-C), le temps est « l'image mobile de l'éternité »⁴. Le temps est alors identifié aux mouvements du ciel et des astres qui sont perçus comme éternels.

Au contraire, pour son disciple Aristote (IV^e siècle avant J-C), le temps n'est pas

³ Le Petit Robert (2016)

⁴ NOEL E. (1983) p.15

le mouvement, mais il ne peut exister sans lui. Il est une des propriétés du mouvement nous permettant d'extraire des intervalles dont les limites sont l'avant et l'après. Le temps serait une mesure qui appartient à tous les mouvements à la fois⁵.

Il y aurait donc un passé défini par un certain état du mouvement et un futur de cet état. Ainsi, nous mesurons le temps par les changements d'état que nous observons en nous-même et à l'extérieur de nous-même. Pour les Grecs, mesurer le temps consistait alors à mesurer la course du soleil dans le ciel à l'aide de cadrans solaires.

Cela m'amène à m'interroger sur le présent et sur la question de l'instant. L'instant fait-il ou non partie du temps ? Délimite-t-il le passé du futur ?

Saint Augustin (400 après J-C) avance qu'« il y a trois temps : le présent du passé, le présent du présent, le présent du futur. Car ces trois sortes de temps existent dans notre esprit et je ne les vois pas ailleurs. Le présent du passé, c'est la mémoire; le présent du présent, c'est l'intuition directe ; le présent de l'avenir, c'est l'attente. »⁶.

Mme U est angoissée par l'attente de son chauffeur qui doit la ramener chez elle. Elle a les sourcils froncés et s'inquiète de ne pas le voir arriver. Je l'invite à venir avec moi pour s'occuper d'une plante. Elle commence tout naturellement à enlever les feuilles sèches. Elle adopte la posture de cueillette : le dos courbé et les genoux pliés, sa main tendue vers la plante et son regard dirigé vers la feuille à enlever. Elle évoque alors ses parents qui faisaient cela et elle, petite, travaillant au champ. Ce moment prend fin tranquillement avec l'arrivée du chauffeur. Mme U me fait alors un large sourire pour me dire au revoir. Son expression montre de l'apaisement.

Ainsi, pour Saint Augustin, c'est l'attention présente qui unit le passé au futur. Les trois temporalités seraient alors co-présentes dans notre conscience à chaque instant. L'individu se pense à chaque instant au regard de son passé et de l'attente

5 Ibid p.18

6 SAINT AUGUSTIN (400), *Les Confessions*, Livre XI, Ch. 14-20, in <https://www.ac-grenoble.fr/PhiloSophie/logphil/oeuvres/augustin/confessions/confes4.Htm>, consulté le 10/01/2017

de son futur. Cela me donne à penser que cette attention présente au temps favoriserait un sentiment continu d'existence au sens de D. W. Winnicott et une continuité de notre histoire et de notre identité. Lorsque nous pensons à un souvenir du passé ou que nous nous projetons dans un futur hypothétique, nous sommes toujours dans un processus de représentation mentale de notre histoire de vie.

La proposition faite à Mme U a favorisé un vécu du présent de manière intuitive. Elle lui a permis de se ré-ancrer dans son corps au présent. Mme U savait quoi faire sans besoin de le lui montrer. La posture ainsi que le geste de cueillette vécus à cet instant lui ont permis de s'apaiser, de ne plus penser à cette attente anxieuse du départ et de pouvoir se penser dans une temporalité passée où les souvenirs de ses parents ont pu émerger.

Notre accompagnement durant ces temps d'attente est primordial afin de permettre à ces différentes temporalités de communiquer entre elles. Notre rythme corporel, la temporalité de nos mouvements, de nos regards, de nos contacts et de notre langage installent un certain rythme, un mouvement dans la relation. Cet accordage permet à la personne de s'adapter progressivement à ce qu'on lui propose et favorise une mise en mouvement psychocorporel de son être. L'attente est vécue par Mme U comme anxieuse alors que le passé peut être source d'apaisement. Ramener la personne à l'expérience du moment présent favorise un vécu plus positif du temps et soutient le corps en relation.

Au XVIII^e siècle, Emmanuel Kant avance une idée originale pour l'époque en considérant le temps et l'espace comme des intuitions transcendantes. Le temps est une sorte de cadre indépassable de ma perception, une condition subjective de ma représentation du monde. Par là, E. Kant démontre que l'on ne peut pas connaître quelque chose en dehors des formes *a priori* de la sensibilité donnée par l'espace et le temps. Puisque je ne peux m'abstraire du temps, cela ne montre-t-il pas qu'il fait partie de moi ? Le temps est donc une donnée sensible et subjective de l'expérience humaine. Le sens du temps est pour cet auteur un sens interne⁷.

7 HUISMAN D. (1960) pp. 290-291

Au début du XX^e siècle, Henri Bergson va poursuivre les travaux d'E. Kant en s'écartant davantage de la notion de temps absolu des physiciens. Il oppose le temps physique des horloges à la durée et propose d'adopter le temps subjectif, vécu et ressenti.

Ce temps s'appréhende au travers d'une durée qui est intérieure et propre à chacun. « Elle est le fond de notre être »⁸. En ce sens, la durée n'est pas mesurable puisque inscrite dans notre conscience et déterminée par notre vécu. C'est la durée qui nous fait saisir la réalité comme changement.

Après trois semaines de pause en raison des vacances de Noël, je retrouve avec plaisir les personnes accueillies. Je ressens la durée écoulée au regard de ce que j'ai vécu durant ce temps. Je perçois cette durée comme relativement longue, peut être en raison de mon désir depuis plusieurs jours de revenir en stage. Je dis bonjour à Mme U et lui souhaite une bonne année. Elle me souhaite également une bonne année. Je verbalise le fait que cela fait longtemps que l'on ne s'est pas vues. Elle montre alors une mimique d'étonnement en me répondant : « Ah bon ? ». Mme U ne semble pas ressentir la durée qui s'est écoulée depuis la dernière rencontre. Est-ce que cela signifie qu'elle n'a pas eu conscience des changements récents (Ne pas venir au centre, ne plus voir les mêmes personnes, ne pas manger les mêmes choses, ne pas ressentir le froid de la même manière...) qui ont eu lieu dans sa vie ?

Pour H. Bergson, le temps réel est envisagé comme un flux ou comme la mobilité même de l'être. Le temps n'est pas seulement écoulement : il est transformation et changement. Il est surgissement du nouveau, génération de possibles, ouverture et imprévisibilité. « Le temps est invention ou il n'est rien du tout »⁹.

Cela signifie que mon rapport au temps est en perpétuel remaniement et évolue en fonction de mon histoire de vie.

Pour poursuivre cette idée, la conception de Maurice Merleau Ponty (1908-1961) me permet d'approcher la compréhension psychomotrice de l'être et du temps. En 1945, dans son ouvrage référence, *Phénoménologie de la perception*, il aborde la question de la temporalité. Pour le philosophe, « le temps n'est pas un processus

8 BERGSON H. (1907) p. 35

9 Ibid p226

réel. Il naît de mon rapport avec les choses. »¹⁰.

Je suis assise à côté de Mme D et de M. C. Ils discutent ensemble depuis quelques minutes. Ils en viennent à aborder leur date de naissance. Ils sont en effet, nés tous deux la même année, le même mois à deux jours d'intervalle. Je demande alors à Mme D son lieu de naissance. Elle évoque son enfance dans son village natal. Elle me dit qu' « en vieillissant, les souvenirs du passé remontent à la surface comme des bulles de champagne ». Elle ajoute que sa jeunesse est très présente dans sa mémoire. À l'évocation de ses souvenirs, je ressens beaucoup de tendresse à l'égard de l'enfant qu'elle était. Ses yeux sourient.

Mme D évoque une jeunesse très présente aujourd'hui, par les mots et par le corps. C'est tout son être qui témoigne de ce passé : son regard dans lequel je peux percevoir et imaginer ce village et elle étant enfant, son sourire qui montre la joie de cette période, sa peau froissée qui m'évoque le temps qui passe, sa voix chantante quand elle parle de ce temps. Tous ces éléments de son être sont un support à l'émergence de ce passé. « la notion du temps n'est pas un objet de notre savoir, mais une dimension de notre être. »¹¹. Le temps ne serait pas « une ligne mais un réseau d'intentionnalités »¹². Lorsque Mme D se souvient, elle rejoint consciemment son passé. Cela lui rappelle de bons moments de son enfance. C'est dans l'instant de cette évocation que les ressentis du passé peuvent émerger. Inversement, des sensations vécues dans l'instant de l'expérience peuvent faire émerger des souvenirs.

Ce rapport au monde est déterminé pour M. Merleau Ponty par mon expérience sensible. Mes ressentis construisent ma perception du temps.¹³ Ainsi, ce sont les éprouvés corporels qui alimentent la conscience du sujet et enrichissent l'expérience subjective du temps. Percevoir le temps, c'est le percevoir au travers de son corps et de ses sens qui unifient la conscience au temps. Il semble alors exister une sensorialité du temps. Cela me donne à voir une dimension de l'être de Mme D dans l'ici et le maintenant de la relation. La conscience du sujet n'est pas

10 MERLEAU PONTY M. (1945) p. 471

11 Ibid p. 475

12 Ibid p. 477

13 Ibid

« enfermée dans le présent »¹⁴ mais voyage en lui. Le présent est ainsi « champ de présence »¹⁵, c'est à dire ouverture de ma présence au monde. Le présent est donc « la zone où l'être et la conscience coïncident »¹⁶.

Mesurer le temps ou se mesurer à lui pour faire face à l'infini ?

L'expérience psychologique, et donc subjective du temps que nous venons d'étudier s'oppose à la vision objective défendue par les scientifiques à partir du XVI^e siècle. En effet, c'est à cette époque que le temps devient un concept scientifique susceptible d'une formulation mathématique et d'une mesure. I. Newton (1643-1727) en est un fervent représentant. Il rejette toutes les conceptions empiriques du temps pour affirmer que le temps est de nature mathématique et qu'il est une propriété en soi des choses¹⁷.

C'est par rapport au temps que le physicien étudie les changements de position, de vitesse, de température, de densité, d'énergie, etc. Il s'agit de comprendre ses lois véritables, non sa signification psychologique. C'est un temps unique, absolu et universel qui n'a pas de relation aux objets extérieurs, c'est-à-dire qu'il est le même pour tous les observateurs. C'est sur cette notion d'absolu que vont se baser les scientifiques pour mesurer objectivement le temps¹⁸.

Cette mesure du temps est présente dans toutes les cultures et ce depuis l'Antiquité. L'Homme a ainsi tenté d'apporter des réponses à ses questionnements sur le temps, et sur la condition humaine.

Selon Sylvie Tordjman, il a été nécessaire pour l'Homme de mesurer le temps afin de l'objectiver et le faire exister de façon tangible. Les unités de temps connues aujourd'hui relèvent de construction humaine. À ce titre, la mesure du temps est soumise à la subjectivité et varie selon les cultures et l'évolution des concepts, des croyances et des idéologies. Partout sur la planète, on retrouve le même besoin de regrouper les jours, et les semaines d'une manière ou d'une

14 Ibid

15 Ibid p. 490

16 Ibid p. 499

17 BRACQ R., (2013), p. 23

18 <http://philosophie.philisto.fr/cours-23-qu-est-ce-que-le-temps-.html>, publié le 25/09/2009, consulté le 21/01/17

autre. L'islam et le judaïsme ont découpé le temps selon le calendrier lunaire alors que le monde chrétien a adopté le calendrier solaire, perfectionné au XVI^e siècle par le calendrier grégorien. L'année solaire de 365 jours correspond alors au temps nécessaire à la terre pour faire sa révolution complète. La semaine à 7 jours date de l'époque romaine. Cet ordre de succession est d'origine astrologique¹⁹.

Jusqu'au XIV^e siècle, de nombreux outils ont été inventés pour mesurer le temps. Pendant très longtemps, le cadran solaire est utilisé comme référence. Puis le sablier, l'horloge de feu ou encore l'horloge à eau ont permis à l'homme d'avoir une certaine maîtrise sur le temps et de pouvoir se libérer de la soumission aux rythmes imposés par les cycles de la nature²⁰.

Ne plus subir le temps mais pouvoir l'anticiper était alors le but recherché. En effet, ce besoin de contrôler le temps renvoie à une tentative de maîtriser nos angoisses face à l'infini et à la mort. Selon S. Tordjman, le mouvement de l'horloge constitue « non seulement un repère temporel, mais aussi, et peut-être avant tout, un moyen de contrôler l'infini du temps créant une rythmicité scandant la vie et la mort d'une communauté. »²¹.

Il est 15h30, le jour commence doucement à décliner, nous sommes au mois de décembre. La presse vient de s'achever, les ateliers de l'après-midi vont commencer. Mme U me dit qu'elle souhaite rentrer chez elle pour s'occuper de ses enfants. Je tente de lui expliquer, en regardant ma montre, qu'il est encore tôt et que les chauffeurs viennent la chercher à 17h pour la reconduire chez elle. Elle fait alors une mimique d'étonnement, se recule et me dit « ah bon ? ». Je ressens alors sa confusion. J'ai la sensation qu'elle ne croit pas ce que je viens de lui dire. Elle répète à nouveau sa demande. Je l'invite à participer à l'atelier « en attendant les chauffeurs ». Elle fait une moue de désapprobation mais accepte de participer.

Le fait que Mme U demande à rentrer chez elle marque un besoin : il peut s'agir d'un souhait, d'une envie de partir du lieu où elle se trouve, d'un besoin de maîtriser et de comprendre son environnement, d'une anxiété, d'un besoin de

19 TORDJMAN S. (2015), p. 3

20 Ibid p. 5

21 Ibid

présence, ou encore d'être rassurée sur le déroulement des événements à venir. La répétition de sa demande montre que ce besoin n'a pas été satisfait. Mon intervention en ramenant une temporalité physique n'a pas pris sens pour elle. Je suppose que la notion d'heure n'est plus compréhensible. Il a alors été plus opérant de marquer l'attente par une activité et de rester dans quelque chose de plus vague « en attendant ». L'attente est alors verbalisée et contenue par une activité.

Au sein du centre, Mme U participe activement au débarrassage, au nettoyage des tables, et au pliage des serviettes. Elle est dans l'action. Peut-être est-ce sa manière à elle de maîtriser le temps. Nous verrons plus loin qu'au départ chez l'enfant, le temps est perçu au travers du mouvement et de l'action. La représentation du temps intervient plus tard. Il est possible que lorsque le mouvement de l'horloge ne fasse plus sens, la personne en revienne au mouvement du corps et à l'action. Cet agir nous permet alors d'avoir une perception sensorielle du temps. C'est par son action que Mme U a conscience du changement et donc peut être du temps qui passe. Le principe de l'horloge mécanique relève d'un mouvement qui se répète à un rythme stable. Ce besoin chez Mme U d'être dans l'agir peut lui permettre de ressentir ce rythme stable et également de diminuer l'angoisse en favorisant une régulation tonique.

Ce n'est qu'au XVI^e siècle avec l'invention de l'horloge mécanique basée sur le mouvement de balancier du pendule de Galilée, que le découpage du temps se fait en heures, minutes et secondes. L'Homme devient alors autonome dans la mesure du temps.

Se distancier du temps de cette manière, et le rendre objectif à tout prix, n'est-il pas un moyen de s'extirper de l'emprise fondatrice et universelle que le temps a sur notre condition d'être vivant ?

Ne s'agit-il pas là d'une contradiction à vouloir s'extraire du temps alors même que celui-ci fait partie de nous comme nous le montrent H. Bergson et E. Kant ? À vouloir tout objectiver, ne perdons-nous pas ainsi le sens véritable de la vie ?

Le fonctionnement actuel du système de santé va dans le sens d'une objectivité à tout prix et d'une justification des actes de soin. On observe ceci notamment

dans les EHPAD où les soignants en général, et le psychomotricien en particulier, sont dans l'obligation de quantifier leurs actes, les répertorier, notifier les temps de soin afin de « montrer » qu'il travaille. Bien évidemment, tout ceci prend du temps sur les soins²². Mais ne peut-on pas le faire autrement ? Est-il vraiment nécessaire de « montrer » que l'on travaille ? Si oui, les progrès des patients et leur mieux-être ne sont-ils pas l'affirmation la plus tangible du travail du psychomotricien ?

Le temps, une composante sociale

Selon Élodie Wahl, citant Hartmunt Rosa, nous sommes de plus en plus efficaces ou contraints à l'être davantage, nous avons de nombreux outils qui nous font gagner du temps. Le temps de travail a considérablement diminué en l'espace d'un siècle, nous offrant du temps libre pour les loisirs, la famille... Pourtant, nous avons aujourd'hui un sentiment très fort de manque de temps²³.

La technique nous permet d'accomplir nos activités quotidiennes, nos déplacements et nos communications beaucoup plus vite qu'avant. La maîtrise du temps est devenue une injonction sociétale. Ce contrôle manifeste à nouveau l'angoisse originelle faite au temps et à notre finitude. La société contemporaine nous incite à accélérer nos rythmes de vie afin d'augmenter la croissance et la productivité. Le rythme effréné des changements sociétaux nous donne le sentiment que nous n'avons plus le temps d'entreprendre véritablement quoi que ce soit²⁴.

Les expressions ne manquent pas pour signifier cette course temporelle : « Ne pas perdre son temps » ; « compter son temps » ; « tuer le temps » ; « en deux temps, trois mouvements » ; « l'emploi du temps » ; « gagner du temps » ; « Le temps c'est de l'argent », « le temps presse »...²⁵ Ces expressions révèlent une culture de la productivité, de la vitesse, de la quantité et de l'efficacité. Notre temps doit être un temps au service du progrès et de la croissance. Il nous est difficile d'accepter la lenteur, l'inaction, l'attente... Ralentir le rythme est devenu

22 CICCONE A. et AL (2014) p. 178

23 WAHL E., (2010) p. 1

24 Ibid

25 Dictionnaire « Temps » in <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/expression/temps/2/>, mis à jour le 15/03/16, consulté le 21/01/2017

nécessaire mais contraire au mouvement général de la société.

Pourtant, notre condition humaine malgré la technique ne s'est pas modifiée. Nous sommes toujours mortels. Les questions existentielles sont toujours présentes à notre esprit : d'où je viens ? Qui suis-je ? Où je vais ? Comment je vis ? Quel sens donner à ma vie ?

Cette accélération du temps et ce sentiment de manque de temps sont à corrélérer avec la surabondance d'informations sensorielles et de choix que nous offre la société moderne. N'y a-t-il pas ici un début d'explication quant à ce sentiment d'accélération que nous vivons ?

Au regard de ce que M. Merleau Ponty nous a montré, le temps naît de mon rapport au monde et se construit par mes sens. Or, aujourd'hui nous vivons une époque aux possibilités infinies. Nous sommes assaillis d'informations sensorielles. Mais cette réalité sociétale se confronte à notre réalité psychocorporelle. Il nous est impossible de saisir plus de stimulations que notre corps est capable d'en intégrer. De même, la quantité d'informations disponible est bien supérieure aux capacités attentionnelles dont nous disposons pour en prendre connaissance²⁶.

Les pressions environnementales sont parfois telles que les individus développent des comportements adaptatifs pouvant être source de souffrance. Des pathologies telles que les troubles anxieux, les troubles de l'attention, les dépressions ou le « burn out » ne cessent ainsi de croître.

Le temps s'accélère également par le rythme des mutations qui marquent notre société moderne. Le XX^e siècle est le siècle qui a connu le plus de progrès technologiques en un minimum de temps au cours de l'histoire humaine.

M. P s'inquiète de la vitesse à laquelle les « temps changent ». Il considère les innovations technologiques comme négatives. Son front se plisse à l'évocation de cette idée. Il semble tendu. Il nous raconte : « Mes parents étaient vigneron et vendangeaient à la main. Aujourd'hui, mes petits enfants le font mais avec des machines. » Il semble attristé par ce fait. « La quantité au détriment de la

26 BOUCHET L. (2013) « Avons nous le temps? » in <http://www.philosophie-surlefil.net/article-avons-nous-le-temps119900083.html>, publié le 6/09/13, consulté le 19/02/2017

qualité ».

Selon S. Tordjman, nous ne sommes pas véritablement conscients du temps qui passe. Nous prenons la mesure du temps passé à partir de la durée qui s'est écoulée entre deux moments²⁷. La constatation de M. P à propos des nombreuses mutations montre une certaine angoisse face aux changements trop rapides de ces dernières décennies rendant l'avenir incertain. M. P est peut-être nostalgique d'un passé durant lequel l'avenir était plus rassurant car empreint de prévisibilité et d'une évolution plus modérée.

Ces nombreux changements à répétition impactent notre sentiment de continuité d'existence (D. W. Winnicott) et mettent à mal nos capacités d'intégration s'ils sont trop rapprochés dans le temps. C'est la continuité qui permet à l'individu de s'inscrire dans une chronologie et une histoire de vie. C'est également la régularité des événements, les routines créent qui rassurent et apaisent nos peurs. Le rythme effréné des mutations peut être source d'angoisse²⁸.

Les regards des différents philosophes croisés à la perspective psycho-sociale et à la clinique m'ont permis d'appréhender le temps sous un jour nouveau. Au travers de mes sens, le temps fait corps en moi et s'aperçoit dans toutes les choses banales et imprévisibles qui constituent la vie : un jour pluvieux, un grand soleil, une fleur qui s'épanouit, un vieux meuble, une chanson que l'on fredonne, un bon repas que l'on partage, une ride sur un visage...

Le sens du temps, c'est-à-dire la perception sensorielle du temps, dont nous parle M. Merleau-Ponty repose sur cette perception de l'environnement qui précède toute représentation et qui se vit à chaque instant. Afin de comprendre comment ce sens du temps se construit, il est nécessaire d'aborder le développement et les facteurs de cette structuration temporelle.

27 TORDJMAN S. Ibid p. 7

28 Ibid

2. Comment se développe-t-il corporellement et quels sont ses facteurs de structuration ?

Les notions temporelles

Le temps englobe différents concepts distincts dont la simultanéité, la succession, la continuité et la durée. Ils nous permettent d'exprimer, selon Étienne Klein, « tout à la fois le changement, l'évolution, la répétition, le devenir, l'usure, le vieillissement, peut-être même la mort »²⁹.

Selon Cécile Pavot et Galliano Anne-Claire, la durée est l'espace de temps qui s'écoule par rapport à un événement, entre deux limites observées (début et fin). On parle d'intervalle entre deux moments. Elle favorise l'apprentissage de la séparation et l'intégration des limites. C'est par l'intégration de la durée d'un moment que l'enfant peut s'organiser pour accepter que ce moment prenne fin. Cette structuration est progressive et s'établit au travers des différents moments d'interactions³⁰.

La succession correspond à l'ensemble des événements qui occupent dans le temps, des moments voisins mais distincts, de manière à présenter un ordre³¹. C'est par la répétition régulière d'actions passives et actives que l'enfant mémorise et perçoit le mouvement temporel. Ces répétitions sont sécurisantes pour l'enfant, lui permettent de se situer dans le temps et de pouvoir ressentir un certain ordre qui rassure d'où l'importance d'une vie régulière durant l'enfance³².

La simultanéité concerne des événements distincts qui sont rapportés à un même moment du temps³³.

La continuité est le caractère de ce qui est ininterrompu. Elle fait référence à la permanence et à la persistance des choses. L'enfant fait l'expérience d'un temps qui s'écoule sans jamais s'arrêter ni repartir en arrière³⁴.

29 KLEIN E. (2004) p. 26

30 PAVOT C., GALLIANO A-C. (2013) p. 227

31 Le petit Robert Ibid

32 PAVOT C., GALLIANO A-C. Ibid

33 Le petit Robert Ibid

34 PAVOT C., GALLIANO A-C. Ibid

Le rythme et le mouvement, du temps vécu et partagé au temps perçu

Le rythme, du grec *rhuthmós* (« mouvement réglé et mesuré ») se définit comme le retour d'un phénomène à des intervalles réguliers dans le temps³⁵.

Dès la vie intra-utérine et jusqu'à sa mort, l'être humain est bercé par ses rythmes biologiques et par des rythmes extérieurs. À la naissance, l'enfant est totalement dépendant de sa mère. Celle-ci doit s'adapter au rythme de son enfant. Progressivement, un accordage affectif s'établit entre les partenaires de la dyade permettant à la mère de répondre aux besoins de son enfant, et à celui-ci de s'adapter aux conditions environnementales et aux rythmes externes.

L'enfant va pouvoir se construire une représentation de sa mère au travers de l'ensemble des rythmes corporels (pulsations cardiaques, mouvement, regard, voix, sensation...), base de son rapport au temps et de sa construction psychique.

Pour Maya Gratier, « l'expérience du temps, le temps subjectif par opposition au temps des horloges, se reflète dès les débuts de la conscience humaine par les rythmes biologiques mais aussi par la rythmicité de l'environnement social, des interactions vocales et corporelles. »³⁶.

Il existe alors une synchronie émotionnelle. Le parent est capable de lire l'état émotionnel du nourrisson et de lui répondre de façon adaptée par une autre modalité expressive. En retour, le nourrisson est compétent pour synchroniser ses mouvements à la réponse apportée, quelle que soit la modalité sensorielle utilisée (visuelle, auditive, tactile...). La réponse fournie par le parent doit être cohérente du point de vue de l'intensité et de la répartition dans le temps (durée, mesure, rythme), ainsi que de la forme de l'expérience affective du nourrisson³⁷.

Ainsi, selon M. Gratier, « mère et bébé fabriquent le temps dans l'interaction dynamique, se servant d'une pulsation rythmique pour anticiper mutuellement les expressions de chacun »³⁸. Les rythmes partagés entre la mère et son enfant participent à la construction des premiers liens affectifs. Ceux-ci sont sous-tendus

35 Le petit Larousse (2014)

36 GRATIER M. (2000) p. 9

37 GATECEL A. et AL (2013) pp. 291-292

38 Ibid

par la rythmicité des sensations (faim/satiété, chaud/froid, repos/excitation...) et par les réponses apportées. Pour que la communication verbale et non verbale soient bénéfiques à l'enfant, il est nécessaire que les interactions ne soient ni trop prévisibles pour favoriser progressivement un espace de pensée, ni trop incertaines pour qu'il y ait une continuité des liens d'attachement.

Ces rythmes primaires vont permettre à l'enfant de ressentir le temps en termes de durée, de succession, de continuité et de simultanéité et ainsi de pouvoir s'adapter aux rythmes sociaux. À ce titre, Didier Anzieu déclare que « la conscience rythmique prépare l'enveloppe temporelle »³⁹.

L'ensemble de ces rythmes interactionnels contribue à l'intégration des données de la temporalité et concourent à la structuration corporopsychique de l'individu⁴⁰. La synchronie des rythmes corporels et psychiques semblent primordiales à l'harmonisation des liens psychocorporels du sujet⁴¹. Ils englobent l'enfant dans une temporalité propre qui l'intègre au monde humain. En effet, « le rythme constituerait pour le bébé son premier outil pour découvrir son monde, car il porte et transmet les affects, et la subjectivité »⁴².

Plus généralement, le partage de moments de synchronie serait le reflet d'une création du lien à l'autre. Ces moments sont à privilégier, notamment dans le soin auprès des sujets âgés désorientés⁴³. Le rythme en tant que composante organisatrice du temps serait alors le support de l'intersubjectivité, à la base de la communication inter-humaine et de la structuration temporelle.

Ainsi, nos rythmes psychocorporels constituent un repère fondamental à notre adaptation au monde et est fondateur de notre engagement relationnel. Dès notre naissance, nous nous créons une rythmicité propre qui s'établit au regard des interactions avec l'environnement et dans le mouvement. Rythme et mouvement sont unis par des liens indissociables. Il ne peut y avoir de mouvement sans rythme et inversement le rythme est créateur de mouvement.

39 ANZIEU D. (1995) p. 262

40 PAVOT C., GALLIANO A-C. Ibid pp. 225-226

41 cf. infra p. 27. Je renvoie le lecteur au dialogue tonico-émotionnel.

42 GRATIER M. Ibid p. 10

43 cf. infra p. 91

Pour C. Pavot et A-C Galliano, de 0 à 2 ans, les progrès de l'enfant sur le plan tonico-moteur vont permettre l'apparition d'une motricité plus complexe, de mieux en mieux contrôlée et volontaire. La répétition des mouvements favorise la coordination c'est à dire la possibilité d'assembler de façon cohérente les éléments sensori-moteurs liés au mouvement, afin de réaliser une action organisée. Chaque séquence motrice débute et se termine par une posture et définie ainsi une durée variable d'immobilité-mobilité. C'est donc au cours de ces expériences que le bébé commence à intégrer la temporalité du geste : début, déroulement, fin⁴⁴. Ainsi, le temps est vécu à travers les rythmes et il se perçoit grâce au mouvement.

Cette perception progressive se réalise notamment grâce au développement de la proprioception qui permet d'accéder à la représentation consciente ou non, de la position des différentes parties du corps dans l'espace. Les changements de postures amènent l'enfant à intégrer son schéma corporel édifié par les sens, dans l'action, et pris dans un cadre spatial de référence. Nous pouvons ajouter que cela participe aussi à la structuration temporelle par l'enchaînement des postures. À mon sens, il existe une correspondance entre cette sensibilité profonde et le sens du temps, nommé par E. Kant « sens interne »⁴⁵.

C'est aux alentours de 4-5 ans que l'enfant accède à une connaissance temporelle grâce à des possibilités d'anticipation, à une meilleure adaptation au rythme et à la vitesse, et à des possibilités d'accélération ou de décélération. Progressivement, cette intégration temporelle va s'émanciper de l'action. L'enfant peut alors se représenter le temps en prenant des repères extérieurs à l'action. Les progrès du langage lui permettront d'entrer dans une temporalité plus objective et d'utiliser des codes communs à la société⁴⁶.

La notion de temps est donc liée à l'action et au mouvement qui permettent à l'enfant d'appréhender l'ordre et la durée. Ceci concourt à l'expression d'une motricité contrôlée. Tout au long de notre vie, ce facteur influencera notre temporalité. Le temps s'appréhende selon la vitesse à laquelle nous nous déplaçons et nous bougeons.

44 PAVOT C., GALLIANO A-C. *ibid* p. 226

45 KANT E. (2016) pp. 128

46 PAVOT C., GALLIANO A-C. *Ibid*

Au cours d'une séance de Tai-chi menée par un professeur, j'observe une dame dont les mouvements me semblent refléter une problématique relative au temps. Très souvent, Mme M ne comprend pas le mouvement en imitation proposé par le professeur, et se retrouve donc dans l'incapacité de le reproduire. Ainsi, le mouvement de rotation de la colonne par un transfert d'appui d'un ischion sur l'autre n'est pas saisi. Quand j'amorce le mouvement pour l'accompagner à le réaliser, je sens une résistance. Elle bouge peu de sa chaise, les transferts d'appuis sont inexistantes. Malgré tout, avec mon intervention, elle peut continuer un peu le mouvement vers l'avant. Elle dit alors « ah oui, c'est comme ça ! ». De même, mettre une main sur l'épaule droite puis gauche est compliqué du fait de la confusion droite/gauche et de la difficulté à croiser l'axe. Les repères corporels ne sont plus efficaces ainsi que la reproduction en imitation signant un trouble du schéma corporel et un probable trouble visuo-spatial. Elle peut également faire un mouvement avec les membres supérieurs alors qu'il est montré de le réaliser avec les membres inférieurs. À cela s'ajoute de nombreuses persévérations motrices et des syncinésies. Par ailleurs, elle a beaucoup de difficultés à suivre le rythme et est souvent en retard sur le groupe. Il lui faut un temps supplémentaire pour comprendre le mouvement, pouvoir l'initier et le réaliser complètement. Elle se retrouve vite en situation d'échec et ne peut réaliser le mouvement dans son intégralité. Dans ces cas-là, elle sourit, son sourire à valeur de réaction de prestance.

La manière dont Mme M réalise les mouvements est significative du vécu qu'elle a du temps. Ses difficultés de mise en mouvement signent peut-être une difficulté à appréhender l'ordre et la durée des événements⁴⁷. Également, cette dame montre des signes récurrents d'anxiété. De manière générale, l'anxiété provoque un raidissement du corps, un rétrécissement du champ psychique et un blocage des liens psychocorporels. Ces éléments sont visibles chez Mme M dans ses mouvements et son attitude face à l'attente. Cela me donne à penser que cette impossibilité de mise en mouvement corporel, cette confusion des repères égocentrés et cette difficulté à croiser l'axe sont un signe de l'impossibilité de mise en mouvement

⁴⁷ cf. infra p. 69. Ces éléments se retrouveront dans les observations faites lors du bilan où les items de chronologie seront échoués.

psychique. Cela peut également être mis en lien avec des difficultés relatives au contrôle moteur, à la planification du mouvement ou encore à un affaiblissement de la sensibilité profonde dû au vieillissement. Ces différents points sont, me semble-t-il bien souvent majorés par l'anxiété et la maladie démentielle.

Les difficultés de Mme M nous montrent en quoi, les rythmes corporels sont un élément déterminant permettant au psychomotricien de saisir l'état psychique et les capacités de retour sur soi de la personne. Il semble que l'appréhension du temps soit plus fragile et source d'anxiété quand la conscience corporelle ainsi que le schéma corporel sont moins efficaces. Les capacités d'adaptation s'en trouvent alors amoindries. De plus, le syndrome démentiel atteint la temporalité même du mouvement. Les étapes d'idéation, de planification et d'exécution sont fortement ralenties voire pour certaines abolies.

Le tonus, une temporalité en corps

Le tonus est cet état de tension musculaire permanent mais variable en fonction du niveau de vigilance, des émotions et des actions volontaires ou involontaires, automatiques ou réflexes, qui l'augmentent ou le diminuent⁴⁸. Il détermine l'expressivité des mouvements qu'il soutient.

Les interactions humaines sont sous-tendues par une alternance de moments de repos et de moments d'excitation en lien avec une certaine régulation tonique. C'est dans cette alternance tension/détente que l'équilibre s'opère.

Une activité faite à un rythme soutenu provoque ou nécessite un recrutement tonique auquel la personne doit pouvoir s'adapter. Au contraire, une activité réalisée à un rythme ralenti amène une détente et un relâchement. C'est le cas, par exemple, lors des états de relaxation où la respiration se fait plus profonde, les mouvements se ralentissent afin d'accéder à un état de conscience modifiée, la perception du temps peut alors s'en trouver transformée.

Selon Catherine Potel, si le sujet est en état de tension constante, au bout d'un moment le corps s'épuise. Cela est d'autant plus vrai chez le bébé qui n'a pas les

48 ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A. (2013) p. 145

capacités psychocorporelles pour intégrer de trop fortes stimulations. Ce sont alors les rythmes interactifs avec sa mère, au travers d'un dialogue tonico-émotionnel qui vont lui permettre de réguler son propre tonus en lien avec ses émotions. L'entourage fait pare-excitation, instaure des limites temporelles et corporelles à l'enfant et donne du sens à son vécu par le partage émotionnel. Progressivement, du fait de l'intégration des rythmes, l'enfant pourra trouver en lui des capacités de régulation tonique et de mise en sens de son vécu⁴⁹.

Pour Marie-Sophie Bachollet et Daniel Marcelli, ce dialogue est « le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé »⁵⁰. De quelle manière les émotions peuvent-elles être transmises entre deux partenaires ?

Plusieurs paramètres concourent à la transmission des émotions, notamment chez le bébé, qui sont autant de stimulations sensorielles : le tonus des bras, le rythme du portage, les mimiques du visage, la prosodie de la voix, le rythme des paroles, le rythme des contacts œil à œil. Quand cet ensemble est cohérent, un sens peut en émerger. Au contraire, quand la congruence entre ces éléments ne se réalise pas, le sens pris par ce moment interactif risque d'être confus⁵¹.

Le dialogue tonico-émotionnel concourt à la structuration temporelle par cette alternance de satisfaction/insatisfaction, de sensations de faim/satiété, chaud/froid, tension/détente, et d'interactions corporelles, vocales/de moments où l'on est seul...

L'ensemble de ces expériences favorise l'ancrage du rythme corporel individuel dans le tonus. Pour Julian de Ajuriaguerra, « les sensations et l'unité corporelle ne naissent qu'à partir de cette expérience globale »⁵². Le rythme de la personne nous apporte alors des informations sur son état tonique, ses capacités de régulation, sa disposition psychocorporelle, et nous transmet une part de ses affects.

Mme B est une dame qui montre une angoisse importante visible tôt dans l'après midi. Elle a peur de ne pas retrouver son mari le soir. Cette angoisse se manifeste

49 POTEL C. (2013) pp. 245-246

50 BACHOLLET M-S, MARCELLI D (2010) p. 14

51 Ibid p15

52 AJURIAGUERRA J. (1962) p. 168

par une tension au niveau des épaules, un regard montrant une certaine inquiétude, une difficulté à exprimer ce qu'elle ressent, majorée par un manque du mot et réciproquement, un besoin de regarder son agenda et sa montre régulièrement, et également un besoin d'aller voir dans le hall d'entrée si son mari ne l'attend pas. Au cours d'un de ces moments, je m'approche d'elle afin de lui demander ce qu'il se passe et tenter de la rassurer. Elle me regarde alors avec beaucoup d'intensité lorsque je lui dis de me faire confiance quant à l'arrivée prochaine de son mari. Mes mots semblent faire sens pour elle, soutenue par mon regard bienveillant, mon sourire et ma posture. Sa tension s'apaise alors et elle peut revenir s'asseoir auprès du groupe.

L'échange tonico-émotionnel installé permet de soulager les tensions en jouant sur le rythme et l'intonation de la voix, la durée du contact œil à œil, la rythme de la respiration et les mouvements du psychomotricien. La communication non verbale représente 80 % de la relation et est un appui essentiel à la compréhension de la personne et à l'approche thérapeutique du psychomotricien.

J. de Ajuriaguerra précise combien le dialogue tonico-émotionnel est une communication archaïque qui restera présente toute notre vie. De fait, la communication entre les êtres se fait non seulement par des mots, mais également et beaucoup plus par des gestes, regards, attitudes, et tonalité de voix. Autant de rythmes psychocorporels qui sont des qualités imperceptibles de l'expression⁵³.

Le temps de l'atelier couture est un temps de pause dans la journée. L'influence du thérapeute et de l'environnement proche est déterminante pour installer dès le départ un rythme apaisant. L'attention des dames est portée durant 45 minutes environ sur leur ouvrage. Elles se concentrent sur le même geste encore et encore. Cette répétition installe un mouvement calme et apaisant, source de détente, de créativité et de soulagement du stress. La détente est visible par la posture à la chaise des dames qui sont adossées au dossier, leur respiration se fait plus profonde, le tonus s'abaisse. Cet apaisement et la contenance amenée par le thérapeute permettent de faire émerger des discussions, de valoriser les dames sur leurs compétences et de créer du lien.

53 GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M. (2007) p. 101

Je perçois ici combien le dialogue tonico-émotionnel est présent au sein d'un groupe par le partage d'une temporalité commune. Une forme de diffusion tonique s'opère et unit chacune des personnes par un lien tonico-émotionnel et un lien temporel. La posture du psychomotricien ainsi que le cadre spatio-temporel favorisent cette dynamique groupale et les relations interpersonnelles. Si une des dames montre de l'anxiété durant l'atelier, son émotion se transmet à l'ensemble du groupe. Le temps commun partagé, la contenance du groupe ainsi que la posture du thérapeute favorisent un portage de cette émotion et un apaisement des tensions. De même, on peut supposer que si au départ le temps groupal a été posé, c'est à dire que les conditions ont permis d'installer un temps commun, et le tonus abaissé, cela participe à la contenance et au soulagement de l'anxiété.

Le langage permet d'affiner la connaissance du temps

Pour Jean Cambier, le développement du langage est un élément déterminant et favorise l'appréhension du temps et des notions temporelles. En effet, il permet à l'individu de verbaliser ses expériences et de les ancrer dans une succession ordonnée et pensée. Le langage permet ainsi d'accéder à une dimension représentative et réflexive du temps. Il facilite le dépassement des rythmes physiologiques, et perceptifs, auxquels est soumis tout individu et leur intégration à un champ de compréhension plus global. L'individu peut ainsi réagir de façon consciente au temps qui passe⁵⁴.

Il est à noter également que l'apprentissage des notions temporelles est fortement corrélé au développement psychoaffectif de l'enfant. Celui-ci intégrera d'autant mieux les notions temporelles et les codes sociaux s'il vit dans un contexte psychoaffectif sécurisant et soutenant son besoin d'autonomie.

Il me semble alors important de rappeler brièvement les différentes étapes de l'acquisition des termes temporels⁵⁵.

- Vers 18 mois l'enfant comprend le terme « maintenant ».
- Vers 2 ans, l'enfant comprend le terme « bientôt ».

54 CAMBIER J. (2010)

55 DE LIEVRE B., STAES L. (2012) p. 82

- A 3 ans, il distingue le passé du présent et le présent de l'avenir proche. Il comprend également les termes « vite », « doucement » et « avant », « après ».
- Il connaît les saisons entre 5 et 6 ans.
- Les jours de la semaine sont acquis entre 6 et 7 ans.
- Entre 7 et 8 ans, il connaît les mois de l'année et quelques repères du calendrier. Il peut commencer à s'orienter en fonction de ces repères
- À partir de 8 ans, il apprend à lire l'heure.

Le temps, une dimension subjective

L'ensemble des facteurs corporels et interactionnels que je viens d'aborder favorise la construction d'une temporalité subjective, qui s'articule avec le temps objectif des notions temporelles et l'utilisation des termes correspondants. Mon rapport au temps se façonne en fonction de mes expériences vécues au quotidien, qui me permettent d'élaborer des repères psychocorporels⁵⁶. Ma réalité temporelle dépendrait donc des caractéristiques de l'environnement et également de mes propres états d'être du moment.

Ainsi, selon S. Tordjman, l'âge du sujet est à prendre en compte et peut modifier sa représentation de la temporalité. Les enfants perçoivent le temps habituellement au ralenti et montrent leur ennui. Les événements se déroulent trop lentement par rapport à leurs attentes. La période de l'enfance et de l'adolescence est souvent marquée par une certaine impulsivité et une impatience. Ils vivent le présent intensément. En vieillissant, notre rapport au temps se modifie. Certains de nos aînés peuvent avoir le sentiment d'être dépassés par la vitesse des événements qui se déroulent autour d'eux⁵⁷.

Les rythmes neurovégétatifs et neuromoteurs ont également une incidence sur notre construction de la temporalité. Par exemple, notre rythme cardiaque n'est pas le même selon notre âge de développement. Les enfants présentent un rythme cardiaque plus rapide que celui des adultes. L'activité motrice est également

⁵⁶ Tels que ceux déjà abordés : le rythme, le mouvement, le tonus, le langage, les interactions, les sens...

⁵⁷ TORDJMAN S. Ibid p.12

accélérée chez les enfants en comparaison de celle de nos aînés. On observe un déclin de la vitesse des mouvements avec l'augmentation de l'âge. « Il n'y a pas de temps absolu unique mais chaque personne à son propre temps. »⁵⁸. Mon rapport au temps est ainsi en perpétuel remaniement tout au long de ma vie.

Il est alors intéressant de remarquer la coexistence de différents temps individuels au sein de tout groupe social. Lorsque nous sommes intégrés à un groupe, les rituels, quels qu'ils soient, régulent la dynamique groupale en installant une certaine rythmicité. Celle-ci s'impose à l'individu qui doit progressivement s'y adapter. En retour, les conditions favorables à cette adaptation doivent être mises en place par le groupe. Une synchronie s'installe alors permettant de faire correspondre le temps individuel et le temps groupal. Ainsi, pour René Kaës, « le temps groupal se constitue sur la base de la réduction synchronique des temporalités singulières à une seule temporalité commune. »⁵⁹.

Mme A est arrivée tard au centre. Il était 10h50. Il n'y avait plus de café et il a fallu en refaire. Cela l'a retardée pour participer au début de l'atelier Tai-chi de 11h00. Elle est agacée d'attendre son café alors que sa voisine a été servie. Elle me dit : « cela fait tard pour prendre le petit déjeuner ! ». Elle a les sourcils froncés et reste un moment sur son agacement, même après avoir rejoint l'atelier. Puis une fois le rythme du groupe intégré, elle a pu se détendre et prendre part à l'activité.

La temporalité de Mme A a mis un certain temps à s'accorder à celle du groupe. Le rituel du café ne s'est pas déroulé comme l'avait anticipé Mme A, provoquant chez elle un agacement. Ce moment n'était pas contenu par l'ensemble du groupe. Elle s'est retrouvée seule avec une dame, ne partageant pas le temps groupal, subissant ainsi une tension. C'est seulement lorsqu'elle a rejoint l'atelier et qu'elle a commencé les mouvements au rythme du groupe qu'elle a pu se détendre. Le groupe a ainsi contenu son agacement et l'a dilué. Dans cette situation, il était nécessaire que Mme A s'adapte au rythme groupal puisqu'elle n'avait pas pris part aux préparatifs du début de matinée et à la mise en mouvement commune.

L'ensemble de ces facteurs externes et internes de structuration temporelle est

58 Ibid p. 13

59 KAES R. (2015) p.115

présent tout au long de notre vie et remanie en permanence notre rapport au temps. Ce qui en résulte est un temps profondément subjectif fondant notre temporalité psychocorporelle.

3. Une temporalité psychocorporelle

Le terme « psychocorporelle » illustre mon intention de penser corps et esprit dans une unité. La phénoménologie de M. Merleau Ponty nous a appris que ces deux éléments sont inséparables car unifiés par nos sens et notre perception du monde. Toutes les dimensions du temps abordées précédemment s'assemblent et nous permettent de percevoir cette unité corps-esprit, qui s'exprime et se construit à travers tous les âges de la vie.

Néanmoins, il est intéressant de constater que la temporalité, ou maturité, psychique n'est pas la même que la maturité corporelle. Cela est tout à fait évident chez le sujet adolescent qui voit de profondes transformations corporelles ne pas se synchroniser forcément aux évolutions psychiques. Je suppose qu'il en est de même chez le sujet âgé qui peut considérer avoir vieilli *d'un coup*. Ne dit-on pas « prendre un coup de vieux », comme si la vieillesse apparaissait brusquement. Jack Messy définit d'ailleurs la vieillesse comme « un état qui surgit brusquement à la suite d'un événement vécu comme une perte et non suivi d'une acquisition. »⁶⁰. La prise de conscience est brutale et provoque un traumatisme pour la personne.

M. L me répète régulièrement avoir perdu la vue du jour au lendemain. Quand il en parle j'ai l'impression que ce fait est récent. L'incapacité fonctionnelle ne semble pas avoir été acceptée. Il est encore difficile pour ce monsieur de vivre avec cette déficience et la perte qu'elle implique. Il s'adapte à son environnement familial, mais il est dans une forme de dépression et exprime un mal-être. Le syndrome démentiel ralentit le processus d'élaboration psychique, entrave les capacités de dépassement des pertes et limite les possibilités d'acquisitions.

Le vieillissement

Le vieillissement fait partie d'une évolution continue dans le cours du

60 BRANDILY A., (1996) p. 6

développement humain, suivant l'embryogenèse, la puberté et la maturation. Pour Béatrice Tavernier-vidal et France Mourey, il constitue « un processus biologique à l'œuvre dès le début de l'existence, et qui modifie constamment, à notre insu, la structure et le fonctionnement de notre être. Il est l'ensemble des modifications morphologiques, psychologiques et biologiques consécutives à l'action du temps sur les êtres vivants. »⁶¹. Ainsi, tout ce qui vit, vieillit. La vieillesse est la résultante du temps.

En même temps que l'individu s'adapte pour vivre plus longtemps, cette capacité d'adaptation physiologique diminue avec le temps. Le sujet âgé est plus souvent malade, plus lent à réagir. Sa marge de manœuvre est moins grande que celle d'une personne plus jeune⁶².

Cette étape de vie est nommée sénescence. Tout comme l'adolescence, il s'agit d'un moment où se rejouent des enjeux identitaires : de nouvelles sensations apparaissent qui peuvent être source d'inquiétude, le corps change et se transforme, le rapport au temps est autre. C'est un moment de transformation et de renouvellement qui peut amener le sujet à se penser différemment au regard des expériences vécues et à vivre. Pour Thierry Tournebise, tous ces éléments peuvent constituer des moments de crise nécessitant un travail psychique. Là où l'adolescent est dans l'immédiateté, le tout-tout de suite, l'urgence, le sénescence est sur un registre temporel plus lent. Le présent est vécu de façon moins pressante⁶³.

Cette période de vie est perçue de manière négative dans notre société du fait du déclin de l'ensemble des fonctions corporelles. Le culte du jeunisme actuel alimente cette image négative. Cela renvoie au concept d'âgisme, terme principalement utilisé pour décrire une forme de dépréciation de nos aînés⁶⁴. Nous refusons de vieillir. Par ailleurs, la pression sociale déjà évoquée autour du temps associée à un sentiment d'accélération constituent, pour Monique Membrano et

61 TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F. (1991)

62 PITTERI F. (2010) p. 291

63 TOURNEBISE T. (2005) « Psychologie du sujet âgé » in <http://www.maieusthesie.com/>, mis en ligne en juillet 2005, consulté le 15/02/2017

64 BOUDJEMADI V. (2016) <http://www.agisme.fr/spip.php?article58>, publié le 18/09/2016, consulté le 20/04/2017

Tristan Salord, des facteurs discriminants « entre les plus « rapides » et les plus « lents », et, dans cette opposition, les plus vieux ou les plus handicapés sont perdants. »⁶⁵.

Néanmoins, même si nos aînés intériorisent ce regard négatif, les manières de vieillir sont multiples, tout comme notre rapport au temps est subjectif. « La vieillesse n'est pas un état, elle s'accomplit de manière plus ou moins sereine, en continuité ou en rupture avec la vie passée, en négociant, plus ou moins bien et selon le moment du parcours de vie, avec les « figures » proposées. »⁶⁶.

Le vieillissement au regard des approches chronobiologique et chronopsychologique

Avec le vieillissement, les grandes fonctions physiologiques (la faim, la reproduction, la sécrétion d'hormone, la température...) se modifient. Selon Nouredine Bouati, les rythmes circadiens sont préservés, mais ils sont de moins grande amplitude par rapport aux sujets jeunes et avec une acrophase⁶⁷ différente. Ils sont également moins tolérants aux changements. Cela se traduit chez le sujet, par exemple, par une rigidité accrue aux horaires les plus propices au sommeil, par une récupération moins bonne après une mauvaise nuit. Ces modifications sont en lien avec la moindre adaptation physiologique de l'organisme vieillissant. Cette réduction des capacités d'adaptation, survenant à partir d'un certain âge, accroît la désynchronisation des rythmes biologiques⁶⁸.

La chronopsychologie désigne l'étude des variations périodiques affectant les processus psychologiques et l'organisation des comportements. Une étude récente a mis en évidence l'existence d'une périodicité des performances cognitives et perceptivo-motrices chez le sujet âgé de plus de 65 ans vivant en institution et ne présentant aucune pathologie démentielle⁶⁹.

Il a été révélé une rythmicité circadienne différente de celle de l'enfant ou de l'adulte. Ces modifications de rythmes jouent un rôle évident sur les performances

65 MEMBRADO M., SALORD T (2009) p. 31

66 Ibid

67 En physiologie, position sur l'axe du temps du maximum de variation dans un rythme biologique temporel.

68 BOUATI N. (1999) p. 239

69 BOUATI N. (2015) p. 106

cognitives⁷⁰. De manière générale, la mémoire à court terme serait plus efficace en début d'après midi, tandis que l'acrophase de la mémoire à long terme se situerait plus tôt en début de matinée, les activités perceptivo-motrices sont opérantes toute la matinée, les activités intellectuelles sont de meilleure qualité le matin et les processus attentionnels semblent plus efficaces le matin à 8h et en milieu d'après midi vers 15h.

L'auteur avance qu'une mise en pratique et un respect de ces particularités individuelles et physiologiques permettrait au soignant de saisir les moments opportuns pour telle ou telle activité évitant ainsi au sujet âgé un échec, voire un accident comme une chute⁷¹.

Le temps psychique face au vieillissement

Pour Sigmund Freud, la représentation du temps est issue de la perception consciente. Elle s'édifie progressivement au cours du développement de l'individu et accompagne le processus d'individuation du sujet. Le temps se perçoit dans le délai existant entre le désir et sa satisfaction. Le temps pour S. Freud est toujours lié à l'attente et donc à l'anticipation⁷².

En psychanalyse, les processus inconscients ne sont pas soumis au temps. Le sujet dans son intériorité psychique reste toujours jeune. Alors que le corps décline sous l'action du temps qui passe, la psyché peut encore évoluer. Cette transformation est nécessaire pour que le sujet s'adapte aux différents changements, pertes et possibles reconquêtes qui marquent sa vie⁷³.

Le point de vue de J. Messy me semble intéressant pour penser le vieillissement. Il met en lumière le vieillissement humain comme un équilibre entre les processus d'acquisition et de perte au regard de l'instance Moïque.

Tout au long de la vie, le Moi se construit en rapport avec l'investissement pulsionnel porté aux objets qui constitue une des bases du narcissisme. L'objet est

70 cf.infra annexe I p103 Tableau faisant la synthèse des rythmes cognitifs et perceptivo-moteur du sujet âgé sain.

71 BOUATI N. Ibid

72 AZOULAY C. (2013) p. 34

73 CUISINIER B. (2008) p. 78

l'image psychique inconsciente que le Moi investit, ou du moins une caractéristique de cet objet. Les différents objets investis forment des traces qui s'associent et édifient le caractère du Moi. Le Moi s'inscrit ainsi dans l'histoire de la relation aux objets choisis⁷⁴.

Dans le même temps, les pertes se succèdent et marquent tous les temps de la vie et tous les éléments qui la constituent. Elles augmentent bien entendu avec l'âge. La relation à l'objet est alors marquée par le deuil (deuil d'une jeunesse, deuil d'une relation amoureuse/amicale, deuil d'un emploi, deuil d'une capacité...). Le temps psychique révèle l'impuissance du Moi face à l'irréversibilité du temps et à la perte des objets investis. Ce processus génère un manque vis-à-vis de l'objet désiré suscitant des angoisses⁷⁵. Selon J. Messy, en perdant ses objets d'amour, le Moi perd aussi ses supports⁷⁶. Si le sujet n'a pas intériorisé suffisamment son idéal du Moi, cela peut conduire à une forme de destruction du Moi, constatée parfois dans certaines démences⁷⁷.

Ainsi, le vieillissement dit réussi dépendra de la solidité du Moi et de la plasticité psychique du sujet. « Vieillir, c'est négocier plus ou moins bien avec le temps qui passe, avec les transformations de soi, avec le sentiment ressenti et souvent suscité par la confrontation avec les autres que la vie est derrière soi. »⁷⁸.

Pour François Marty, le sujet doit accomplir un travail psychique pour s'envisager dans un autre rapport au temps afin de sauvegarder son intégrité psychocorporelle et conserver son identité forgée au cours du temps. Ce travail s'élabore dans le temps, particulier pour chacun, au travers de la mémoire, de l'oubli, du déni, du refoulement ou encore du retour du refoulé sous forme de symptôme, autant de mécanismes mis en place qui inscrivent la temporalité psychique dans un processus discontinu⁷⁹. C'est ce temps donné à l'élaboration qui permet l'acceptation des pertes ou du moins leur prise en compte dans la nouvelle période de vie, et qui favorise la relance objectale et la projection dans le temps.

74 MESSY J. (2002) pp. 26-27

75 AZOULAY C. Ibid pp. 34-35

76 MESSY J. Ibid pp. 29-30

77 BRANDILY A., (1996) p. 8

78 MEMBRADO M., SALORD T Ibid p. 32

79 MARTY F., (2005) p. 232

Le vieillissement psychomoteur

Pour Franck Pitteri, le sujet âgé montre de manière quasi physiologique des paratonies de fond. Le relâchement musculaire volontaire est amoindri⁸⁰. On observe une réduction de l'efficacité des voies motrices entraînant une augmentation du temps de réaction. A cela s'ajoute, le vieillissement de l'appareil vestibulaire et un déclin de la sensibilité proprioceptive. L'ensemble de ses facteurs fragilise les ajustements posturaux anticipatoires du sujet.

Également, les sens s'émeussent avec l'âge du fait de la réduction du nombre de récepteurs sensoriels, ainsi que de leur efficacité : la vue baisse, l'ouïe diminue, la peau devient plus fragile, les récepteurs cutanés restent intacts mais le seuil de douleur peut s'élever, l'odorat et le goût se modifient. Selon F. Pitteri, « les fonctions sensorielles perdent toutes de leur efficacité, à la fois sur le plan de la sensibilité, de l'acuité et de la discrimination. Les coordinations sensori-motrices et la mémoire sensorielle sont moins efficaces. »⁸¹.

« Cet appauvrissement influe [...] sur les processus de mémorisation, car ils sont plus performants quand ils sont soumis à des informations plurisensorielles. »⁸².

Il est alors possible de considérer le ralentissement psychomoteur venant avec l'âge comme étant issu de la perte des capacités sensorielles. Les sens sont essentiels à la connaissance que le sujet se fait de son corps et de son environnement. La déficience sensorielle affecte l'individu dans sa capacité à être au monde, en le privant des informations nécessaires à son intégration et limite ses capacités d'adaptation.

M. Merleau Ponty nous a montré que percevoir le temps, c'est le percevoir au travers de son corps et de ses sens⁸³. Je suppose alors que, du fait de l'altération de l'ensemble des récepteurs sensoriels et du ralentissement psychomoteur survenant avec l'âge, la perception du temps s'en trouve forcément modifiée et peut être vécu sur une modalité ralentie elle aussi.

80 PITTERI F. Ibid p. 291

81 Ibid

82 Ibid p. 292

83 cf. supra p. 12

Par ailleurs, du fait du déclin continu et régulier de toutes nos capacités cognitives⁸⁴, on retrouve : une réduction de la vitesse de traitement de l'information, des troubles liés à une diminution des capacités attentionnelles (Il devient difficile de faire plusieurs choses en même temps, et également d'éliminer les distracteurs.) et une baisse de la mémoire de travail réduisant les capacités de manipulations de plusieurs informations en même temps. Il existe également un affaiblissement de la mémoire épisodique marqué par des troubles de la récupération. Le sujet âgé se souvient mieux des souvenirs anciens, que des souvenirs récents plus fragiles.

On peut supposer que le traitement cortical des informations sensorielles est également altéré ce qui accentue la modification du rapport au temps. On remarque néanmoins, la conservation des notions temporelles et de l'orientation dans le temps.

Ce déclin cognitif se répercute sur le plan psychologique par un ralentissement des processus psychiques. Le sujet conserve ses capacités d'élaboration et une plasticité psychique, mais il existe un raidissement sur certains éléments. Les changements sont plus complexes, les routines de vie sont ancrées et rassurent le sujet sur le contrôle de sa vie. Selon M. Membrano, « la répétition des mêmes gestes, des mêmes phrases est une manière de retenir, de figer le temps, en s'assurant du retour du « même ». »⁸⁵. Cependant, si les routines assurent le maintien d'un monde familier et prévisible, elles peuvent aussi mener vers une rigidification des gestes et signifier un risque d'immobilisation⁸⁶ psychocorporelle.

Quelle est la perception du temps chez le sujet âgé ?

Pour tenter de répondre à cette question, j'ai construit un questionnaire à destination des personnes âgées de plus de 60 ans ne présentant aucune maladie chronique ou neurodégénérative (annexe II⁸⁷). J'ai pu recueillir les réponses de vingt et une personnes (annexe III⁸⁸).

84 KENIGSBURG P.A et AL (2015) p. 244

85 MEMBRADO M. (2010) p. 10

86 Ibid p. 11

87 cf. infra Annexe II p. 104

88 cf. infra Annexe III p. 108 Pour le détail de l'analyse.

Tout d'abord, il semble que le rapport au temps des personnes de plus de 60 ans soit fortement conditionné par les activités quotidiennes, les projets d'avenir, les loisirs, et les liens sociaux.

Pour vingt répondants, le temps passe vite en raison des nombreuses activités quotidiennes, des intérêts divers, des rencontres entre amis ou avec la famille, de nombreux projets d'avenirs et des nombreuses expériences passées. L'une de ces personnes résume ceci par « une vie bien remplie ». J'apporterais une nuance pour les plus de 79 ans chez qui le temps semble plus restreint aux activités quotidiennes. Il n'est pas forcément fait état de projet d'avenir.

La personne la plus âgée (89 ans) du panel vit le temps sur un versant lent. Cette personne n'est plus autonome en raison d'une arthrose au genou l'empêchant de se déplacer. Est-ce que la perte d'autonomie physique et l'immobilité qui en découle font percevoir le temps plus lentement ?

Pour beaucoup, un temps qui passe vite est corrélé à des moments agréables. Au contraire, un temps qui passe lentement est associé à des moments désagréables. Pour la grande majorité, la lenteur est vécue de manière négative. Quel rôle joue l'injonction sociétale sur ces réponses ?

Ce questionnaire révèle également qu'au début de la retraite, le rythme de la vie professionnelle et le temps social influencent encore très nettement le rapport au temps. Plus on s'en éloigne, plus ce rythme s'efface. S'imposer des rythmes au quotidien, et dans le futur semble permettre de rassurer la personne sur une fin proche et favorise un contrôle de sa vie et de son environnement.

Il semble en effet que « plus on s'éloigne de la période de la vie « active » et plus son empreinte s'estompe, plus le rapport aux temporalités qui la caractérisent se transforme. »⁸⁹.

Pour les deux personnes les plus âgées (85 et 89 ans), il semble qu'il n'y ait plus véritablement de maîtrise du temps. Le temps n'est plus autant marqué par la conscience du temps social. Voici trois phrases qui résument me semble-t-il leur rapport au temps : « Je laisse le temps faire », « Je laisse passer la vie », « La

89 MEMBRADO M., SALORD T Ibid p. 33

vieillesse est un art qui s'apprivoise ». Pour les personnes qui ne travaillent plus depuis longtemps, il ne semble plus aussi important que par le passé de savoir quelle heure il est, ou quel mois de l'année nous sommes.

Au regard de ces constatations, à modérer en raison du faible échantillonnage, associées à mes nombreuses lectures qui vont dans ce sens, je suppose que le contrôle du temps s'étiole, au fur et à mesure, et cela d'une part, en raison de la perte des rythmes sociaux, de la diminution progressive des activités, des projets d'avenir et du champ social, et d'autre part à cause du ralentissement psychomoteur dû au vieillissement et des difficultés motrices. Ces éléments concourent petit à petit à ce que la personne se laisse porter par le temps qui passe, le temps s'inscrivant alors sur un versant lent.

Mon questionnaire n'a pas révélé d'éléments par rapport au passé. Il constitue néanmoins, une composante à ne pas négliger. J'ai en effet à plusieurs reprises constaté auprès des personnes rencontrées que les souvenirs du passé ressurgissent régulièrement voire constamment et alimentent les discussions.

Pour M. Membrano et T. Salord, au-delà du fait que le sujet âgé se souvient mieux de son passé que du présent, il y a l'idée qu'il en revient aux différents temps de sa vie passée afin de se rassembler. Le passé est ce qui représente son identité. Cela lui permet de se constituer une image de soi cohérente qui peut donner du sens à sa vie, au-delà de l'image de « vieux » véhiculée par la société. La remémoration des souvenirs du passé lointain permet d'harmoniser les moments présents et passés, supprimant momentanément le cours du temps⁹⁰.

« Le vieil âge -j'en parle sagement, je connais la question- n'est pas seulement le fait que votre apparence physique, votre force, votre souplesse, votre vigueur, tout ce que vous avez été, est rouillé ou perdu. La vieillesse, c'est une autre façon de vivre le temps [...]. Le temps de ma jeunesse, de mon adolescence, de mon âge adulte a été vécu au présent, avec la perspective d'un avenir libre et ouvert. Ma temporalité, c'était ce qui allait venir. Quand on est vieux, la perception du temps se transforme profondément. Il y a un butoir : on voit les gens mourir autour de

90 MEMBRADO M., SALORD T Ibid p. 34

soi ; on sait qu'il y a une limite et qu'elle n'est pas loin. Qu'on le veuille ou non, c'est le passé qui devient la dimension essentielle. »⁹¹.

De façon plus prégnante qu'aux autres âges de la vie, le grand âge est un temps où la présence d'un passé rempli domine dans la conscience du sujet, le présent est plus ou moins absent et l'avenir est incertain. Le sentiment de finitude, parfois source de douleur morale, conduit les sujets âgés à un retour sur soi et sur la vie vécue comme s'il s'agissait de fermer une boucle⁹².

Cette idée rejoint la notion de la gérotranscendance développée par L. Tornstam, puis reprise par E. Erikson et enfin N. Feil. Ce terme désigne la progression naturelle dans l'âge avancé vers la maturité optimale et la sagesse. L'individu expérimente une redéfinition de soi et de sa relation avec autrui. Il développe une plus grande affinité avec ce qui a marqué les générations précédentes. « La mort peut être acceptée comme la fin naturelle du cycle de la vie, et la perception de soi dépasse l'égo pour embrasser le genre humain. »⁹³.

Sans nier l'ensemble des raisons qui font de cet âge de la vie un temps particulier, il est important pour moi de ne pas perdre de vue que malgré les pertes, la vie est un processus de construction et de création de soi. Même si l'avenir est davantage incertain et source d'angoisse pour le sujet âgé, le temps à vivre reste un champ des possibles. Pour Geneviève Ponton, « vivre c'est construire le temps »⁹⁴. Il semble fondamental de changer notre regard sur la vieillesse pour l'apercevoir comme une possibilité de renouvellement et d'expériences nouvelles à vivre tout en respectant la temporalité psychocorporelle plus lente du sujet âgé.

Après avoir traversé cette étude du temps pour en comprendre les origines, le développement et les facteurs de structuration aboutissant à la construction d'une temporalité psychocorporelle créatrice de sens pour le sujet, il est maintenant question de savoir dans quelle mesure la désorientation temporelle que l'on retrouve dans la maladie d'Alzheimer impacte le sujet et son rapport au monde.

91 GZIL F (2014) p. 52. L'auteur cite les propos de VERNANT J-P, alors âgé de 90 ans dans le cadre d'entretien sur le thème de la maladie d'Alzheimer.

92 MEMBRADO M., SALORD T Ibid p. 35

93 FEIL N. (2005) p. 17

94 PONTON G (1998) p. 17

QUAND LE TEMPS SE DÉRÈGLE...DANS UN CONTEXTE DE MALADIE D'ALZHEIMER

1. Généralités sur la Maladie d'Alzheimer

Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ?

La maladie d'Alzheimer (MA) est due à une lente dégénérescence des neurones qui débute au niveau de l'hippocampe atteignant les capacités d'apprentissage du sujet. Le retentissement sur la vie quotidienne est consécutif à cette neurodégénérescence.

La présentation typique est l'amnésie antérograde. On définit communément la maladie selon les quatre A privatifs: Amnésie, Agnosie, Apraxie, Aphasie. Les manifestations anxieuses et/ou dépressives sont une composante majeure et sont présentes très rapidement au cours de la maladie, voire inaugurales à la maladie.

La MA se caractérise également par des troubles de la mémoire à court terme et des fonctions exécutives, ainsi que des fonctions instrumentales et de l'orientation dans le temps et l'espace. Les facultés de communication verbale sont très vite impactées. Les capacités visuospatiales et perceptivo-motrices se dégradent. Le sujet perd progressivement ses facultés cognitives et son autonomie. On retrouve une progression graduelle des symptômes cognitifs et comportementaux⁹⁵. Les stades de la maladie sont de durée très variable selon les individus. Le Mini Mental State Examination (MMSE) fait partie des tests de dépistage et permet de qualifier le degré d'atteinte⁹⁶.

Que cherche-t-on à soigner dans la maladie d'Alzheimer ?

À ce jour, cette maladie ne peut pas être guérie. Les approches thérapeutiques ont pour objet de soulager la personne d'une douleur physique ou morale, de

95 AMOUYEL P. (2014) « Alzheimer » in <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>, publié en juillet 2014, consulté le 3/04/2017

96 Trouble neurocognitif léger ($18 \leq \text{MMSE} \leq 24$), Trouble cognitif modéré ($10 \leq \text{MMSE} \leq 17$), Trouble neurocognitif sévère ($\text{MMSE} \leq 9$). Le score est cependant à nuancer. C'est un score à un instant T dans un contexte particulier.

diminuer l'expression des troubles dit « psycho-comportementaux » (TPC), de ralentir la dégénérescence cognitive et de limiter la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

Il m'est souvent apparu au cours de mes stages que l'expression sensible de la maladie, autant pour le sujet malade que pour le soignant, concernait les TPC. Ce terme renvoie à une vision négative du comportement, et sous tend une responsabilité de la personne dans l'expression de ces conduites. Ces troubles sont parfois même qualifiés de « perturbateurs »⁹⁷. Ils perturbent qui ? Le soignant ? L'entourage ? Ou la personne souffrante ?

Mme R est suivie au sein d'un Soin de Suite et de Réadaptation Gériatrique (SSRG) suite à un syndrome post-chute dans un contexte de maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Elle présente une importante anosognosie qui a obligé le médecin à prescrire une contention afin de prévenir tout risque de chute. Ce contexte est très anxiogène pour Mme R qui ne comprend pas la situation. Cette anxiété se manifeste sous forme de cris, et d'appels à répétition à destination de l'équipe soignante. Seule, elle ne peut mettre du sens sur ce qu'elle ressent et sur les raisons de sa contention, majorant ainsi son angoisse.

Les troubles les plus fréquents sont l'apathie, la dépression, l'anxiété et l'agitation. Ils peuvent être présents dès le début de la maladie. Ils sont associés à un déclin cognitif plus rapide, concourent à la perte d'autonomie du patient et augmentent le risque de dépression chez l'aidant principal. Ils apparaissent comme le principal facteur d'entrée en institution et participent à l'épuisement professionnel des soignants en EHPAD⁹⁸.

Il est avéré que ces TPC représentent une difficulté importante pour l'entourage et les professionnels qui prennent soin des personnes malades. Ils nous déstabilisent. Mais selon Jérôme Pélissier, ils constituent avant tout « des modes d'expressions, en lien avec la manière dont la personne perçoit son environnement, avec ses difficultés de communication verbale, avec son identité, ses peurs et ses

97 PANCRAZI M-P, MÉTAIS P. (2005) p. 43

98 DELPHIN-COMBE F. et AL (2013) p. 324

désirs... »⁹⁹. Les TPC sont l'expression d'un éprouvé psychocorporel et la conséquence de la pathologie démentielle. Ils manifestent une incapacité pour la personne à gérer seule son comportement en lien avec son environnement. Il existe toujours des facteurs favorisants et des facteurs précipitants à ces conduites troublées qu'il convient de déterminer.

Dans la maladie démentielle, la communication verbale est altérée du fait des troubles cognitifs. Les difficultés d'identification s'ajoutent aux troubles phasiques et entravent l'adaptation du sujet à son environnement. La communication non verbale est préservée et constituera parfois l'unique moyen de communication du sujet. Parmi les éléments non verbaux soutenant l'expression, on retrouve notamment le toucher, la distance, la posture, les gestes, l'expression du visage, le regard et tous les éléments de paralangage¹⁰⁰. Il est donc primordial de les reconnaître pour soutenir l'engagement relationnel et expressif de la personne.

Une personne avec d'importants troubles cognitifs peut, par exemple, avoir des difficultés à contrôler par elle-même le temps d'attente entre le moment où elle ressent le besoin de manger et le moment du repas. Ce contrôle nécessite d'avoir conscience de l'heure actuelle, de se souvenir de l'heure du repas et donc de pouvoir se projeter dans le temps, mais aussi, de comprendre ce que dit le soignant qui explique que le repas arrive bientôt.

Selon Pierre Charazac, les troubles cognitifs fragilisent les barrières pare-excitatrices se manifestant chez la personne par une sensibilité accrue aux stimuli internes et externes¹⁰¹. L'environnement peut être vécu comme une source de stress. Afin de se protéger contre une possible menace, le sujet met alors en place des mécanismes de défense, qui sont autant de comportements dit troublés. Pour J. Pélissier, si l'on tient compte de l'incapacité de la personne à verbaliser son besoin et que parfois les mots ne prennent plus sens chez elle, on peut considérer ces comportements comme un moyen d'expression tout à fait approprié¹⁰².

95 % des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer, tous stades confondus,

99 PELISSIER J. (2015) cf. quatrième de couverture

100 GRISÉ J. (2014) p. 27

101 CHARAZAC P. (2012) p. 107

102 PELISSIER J. (2015) p. 31

présentent ces conduites pathologiques¹⁰³. Il paraît donc essentiel de mesurer l'impact de ces troubles, chez le sujet et au sein de son entourage, et d'étudier les moyens disponibles pour y répondre afin de les adapter au mieux aux difficultés du patient.

Au-delà de l'évolution dite naturelle de la maladie, il apparaît également important d'identifier les facteurs qui contribuent à l'apparition de ces conduites et à l'état de souffrance qu'elles manifestent. En modifiant l'environnement physique et/ou humain des personnes malades, on peut de manière significative améliorer leur vécu de la maladie. Travailler sur ces éléments permet de diminuer l'agitation, la dépression et l'anxiété et favorise ainsi une récupération « des capacités fonctionnelles [...] inhibées par leur détresse émotionnelle. »¹⁰⁴.

Les approches thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses

Selon P. Charazac, il existe un débat depuis de nombreuses années au sujet de l'efficacité de l'ensemble des thérapies utilisées auprès des patients atteints de MA. Ces difficultés d'entente sur la thérapeutique à apporter, conduisent au constat que nos connaissances sur la MA sont encore insuffisantes¹⁰⁵.

Au cours des années 2000, plusieurs études ont mis en évidence l'efficacité de quatre médicaments anticholinergiques utilisés pour le traitement. Ils ont montré leurs bénéfices dans les domaines de la cognition et de l'impression clinique globale. Cette action s'accompagne d'un retentissement positif sur les activités de la vie quotidienne et d'un effet possible mais mal établi sur les troubles du comportement¹⁰⁶.

Aujourd'hui, l'HAS semble promouvoir davantage les approches non médicamenteuses, en raison de « l'efficacité modeste ou sans pertinence clinique des médicaments »¹⁰⁷.

103 DELPHIN-COMBE F. et Al Ibid

104 GZIL F. Ibid p. 34

105 CHARAZAC P. (2012) p. 5

106 HAS (2009) Les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne », in <http://www.has-sante.fr/portail/>, publié en janvier 2009, consulté le 3/04/2017

107 HAS (2016) « Médicaments de la maladie d'Alzheimer : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale » in http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2680920/fr/medicaments-alzheimer-interet-medical-insuffisant, publié le 02/11/2016, consulté le 3/04/2017

Au-delà de la difficulté à prouver de manière pérenne l'efficacité de ces thérapeutiques, l'éventualité d'enjeux économiques visant à diminuer les coûts de la prise en charge de ces patients ne peut être totalement écartée. De nombreux neurologues promeuvent encore aujourd'hui leur utilisation. Par ailleurs, la crainte des aidants et des professionnels relative à l'arrêt soudain de la médication chez des patients traités, au risque de perdre les bénéfices acquis jusqu'alors, doit être entendue et accompagnée.

Les thérapies non médicamenteuses (TNM) sont quant à elles nombreuses et sont autant de médiations prétextes au soin. Leurs objectifs sont multiples et consistent à : réduire la souffrance du patient et de l'aidant, préserver le plus longtemps possible l'autonomie, limiter la désorientation, maintenir les liens sociaux et affectifs, prévenir et atténuer les TPC, optimiser la relation d'aide et enfin améliorer la qualité de vie¹⁰⁸.

Elles s'inscrivent dans une vision globale du sujet et sont réparties en plusieurs catégories¹⁰⁹. De nombreux projets d'études ont vu le jour ces dernières années afin d'en prouver l'efficacité. Certaines ont démontré leurs effets dans la diminution de l'anxiété¹¹⁰. Nombreuses sont celles qui doivent encore prouver, par des études étalonnées leurs effets bénéfiques¹¹¹.

Il paraît évident que peu de ces thérapies satisfont aujourd'hui le niveau de preuves exigé par les experts. À défaut de guérir la maladie, les TNM apportent un bénéfice non négligeable aux patients, et à leur famille en permettant au sujet de s'exprimer par d'autres modes de communication lorsque le langage est défaillant¹¹². Selon M-P. Pancrazi et P. Métais, les TNM « favorisent, d'une part, la dynamique relationnelle en permettant de lutter contre les sentiments d'étrangeté

108 PANCRAZI M-P, MÉTAIS P. *ibid* p. 43

109 DEDU G-M (2011) pp8-19. Les thérapies basées sur la cognition : stimulation, entraînement et réhabilitation cognitive, les thérapies basées sur l'environnement : Rééducation de l'orientation temporelle, Éducation de l'entourage, Zoothérapie, Jardins thérapeutiques, les thérapies basées sur l'activité motrice : Tai-chi, les thérapies basées sur la stimulation sensorielle : Musicothérapie, Aromathérapie, Thérapie par massage, Luminothérapie, Acupuncture, Stimulation multi-sensorielle de type Snoezelen, la relaxation, les thérapies par l'art : Musique, dessin, peinture, danse, mouvement,..., les thérapies psychosociales : la réminiscence, la Validation®, l'Humanitude®, la sociothérapie.

110 DELPHIN-COMBE F. et AL *ibid* p. 328. Comme la musicothérapie, la réminiscence, l'orientation dans la réalité, le massage et l'aromathérapie.

111 *ibid* p20. Tel que l'acupuncture, l'entourage et les jardins thérapeutiques, même si cela reste discutable. J'ai pu constater les effets anxiolytiques et apaisant du jardinage auprès des personnes accueillies.

112 PANCRAZI M-P, MÉTAIS P. *ibid* p. 42

et d'exclusion, ce qui les rend porteuses de réassurance en soi et, d'autre part, elles autorisent la créativité et l'expression de la souffrance.»¹¹³.

Il semble donc nécessaire d'adopter une stratégie thérapeutique globale qui intègre aussi bien la médication que les TNM. Au travers de l'ensemble des médiations utilisées dans le soin, la psychomotricité s'inscrit naturellement dans cette approche globale du patient.

Le psychomotricien est souvent décrit comme le spécialiste de la communication non verbale. Il utilise cette compétence dans toutes les situations nécessitant la réadaptation de la stabilité émotionnelle et relationnelle du patient¹¹⁴. Le trouble émotionnel s'accompagne généralement de la confrontation aux difficultés et aggrave les incapacités fonctionnelles. Ces personnes gardent les mêmes capacités à ressentir l'émotion, mais ne disposent plus des outils cognitifs de régulation émotionnelle. C'est pour cette raison que le psychomotricien a toute sa place auprès de ces personnes vulnérables.

Une des entraves au rapport au monde des sujets atteint de MA est cette désorientation temporelle qui participe aussi à l'apparition de TPC. Il est nécessaire alors de comprendre ce qu'est exactement cette désorientation présente dans la maladie pour pouvoir la repérer, la comprendre et mettre en place des appuis pour la limiter.

2. La désorientation temporelle dans la maladie d'Alzheimer

Généralement, on évoque la désorientation temporelle associée à la désorientation spatiale sous le terme de désorientation temporo-spatiale (DTS). Celle-ci se définit comme une « incapacité plus ou moins complète à se repérer dans l'espace et dans le temps, caractéristique d'une confusion mentale et d'une démence. »¹¹⁵. Au cours de mes stages, il m'est souvent apparu que ces deux aspects sont distincts et que le temps est une question centrale dans cette

113 Ibid p. 43

114 HAS (2011)

115 JUILLET P. (2000)

pathologie. Afin de servir mon propos, je choisis de n'évoquer ici que la désorientation temporelle selon différents points de vue.

La MA au regard des approches chronobiologique et chronopsychologique

A. Damasio nous rappelle que le temps du corps est gouverné par l'horloge interne des rythmes biologiques. Cette horloge est localisée dans l'hypothalamus¹¹⁶. Celui-ci joue un rôle central dans la production des rythmes circadiens qui sont d'origine endogène et sont synchronisés par des facteurs environnementaux¹¹⁷.

Pour étayer cela, je me suis intéressée à l'expérience « hors du temps » de M. Siffre menée en 1962. Son projet a permis d'étudier la « perte de la notion de temps ». Au cours de cette expérience, il est incapable d'évaluer le temps qui s'écoule. Il estime à 4 heures une journée de 14 heures. À la sortie, il évalue à 25 jours la durée de son séjour (58 journées effectives). Pourtant, l'organisme de M. Siffre a conservé une périodicité stable de 24 heures 30. Ses journées étaient formées d'environ 16 heures d'activités. Le sommeil durait en moyenne 8 h avec une prise alimentaire avant la période de sommeil¹¹⁸.

Cette expérience montre en quoi les rythmes biologiques, sont déterminants dans l'adaptation de l'individu à son environnement et sont fortement influencés par celui-ci. Le temps du corps et le temps psychologique sont distincts et peuvent être désynchronisés. Cela peut nous éclairer sur la clinique où l'on retrouve souvent une désynchronisation de ces deux temps, fréquemment au détriment du temps du corps avec des troubles du sommeil, ou encore des troubles alimentaires.

Ces rythmes biologiques sont indispensables à l'adaptation des individus aux facteurs environnementaux et favorisent un ajustement au mode de vie. L'environnement influence ces rythmes via des éléments dits donneurs de temps : l'alternance jour/nuit, les horaires réguliers des repas, l'heure de lever fixe, et les rythmes sociaux. Ainsi, un individu sera mieux synchronisé à son environnement si la période de son horloge biologique coïncide avec les rythmes de celui-ci.

116 DAMASIO A. (2002) p. 110

117 CAMBIER J. (2010)

118 CRABBÉ J-M (2015) « Expériences de Michel Siffre » in http://www.sitemed.fr/rythmes/rythme_3.htm, mis à jour le 01 mars 2015, consulté le 19/02/2017 <http://temporalites.free.fr/?browse=Bergson%20et%20le%20temps%20r%C3%A9el>

Selon N. Bouati, les personnes atteintes de la MA conservent une certaine rythmicité, mais de plus faible amplitude. Leur organisme est plus lent à réagir et à se réadapter. C'est notamment le cas du cycle veille/sommeil où l'on retrouve une altération de la structure du sommeil, une tendance à l'uniformisation des cycles lents-paradoxaux, et une désorganisation générale des mécanismes de vigilance¹¹⁹. Ces aspects doivent être pris en compte dans l'accompagnement des sujets malades.

En clinique, on observe plusieurs phénomènes. Parfois, il existe une inversion du cycle veille/sommeil. Les personnes dorment le jour et sont actives la nuit. La nuit suscite très souvent un sentiment d'insécurité. Certaines personnes peuvent alors veiller tard le soir. L'évocation de la mort à travers la position allongée peut renforcer cette insécurité et être anxiogène. La peur de ne pas se réveiller est présente.

On constate également une altération notable du sommeil chez les personnes malades vivant en institution qui peuvent manifester de la difficulté pour le sujet âgé de s'adapter aux rythmes institutionnels. Le sommeil des patients les plus fragiles est souvent morcelé en plusieurs épisodes de sommeil, de courte durée, distribués le jour comme la nuit. La personne peut alors se réveiller confuse, désorientée, et errer dans les couloirs¹²⁰.

On peut donner plusieurs explications à ce phénomène : les personnes n'ont plus d'emploi du temps particulier qui les installe dans une rythmicité. Certaines personnes ne sortent jamais de leur unité, notamment ceux vivants en unité protégée, ce qui amoindrit l'expérience physiologique de l'alternance jour/nuit. Les résidents les plus vulnérables peuvent aussi parfois être couchés très tôt. On peut noter également que le moment de la relève des équipes, vers 20h/21h est un moment d'activité des soignants qui contredit la temporalité dans laquelle se trouvent les résidents qui se couchent ou dorment déjà. Les bruits dans le couloir ou encore les déplacements des soignants peuvent provoquer chez les personnes

119 BOUATI N. (1999)

120 BOIVIN D. B. (2014) Troubles du rythme circadien, in <https://fondationsommeil.com/troubles-du-sommeil/troubles-du-sommeil-frequents/troubles-du-rythme-circadien/>, publié le 20/06/14, consulté le 9/04/2017

une hypervigilance, des angoisses du fait de l'incompréhension de la situation.

Ces observations montrent en quoi les rythmes extérieurs influencent fortement le sujet âgé malade, et ce d'autant plus s'il souffre de troubles cognitifs qui altèrent ses capacités d'adaptation aux rythmes externes. À cela s'ajoute les situations d'inactivités dans lesquelles se retrouvent la plupart des sujets atteints de MA vivants en institution. Il est essentiel de trouver un équilibre « suffisamment bon » entre les temps d'inactivité qui sont importants pour respecter le rythme ralenti des sujets âgés, et les temps de stimulation qui sont nécessaires pour soutenir leurs capacités. Les situations d'hypostimulation sont à éviter autant que les situations d'hyperstimulation, qui désorganisent les rythmes physiologiques.

En outre, dans le syndrome démentiel, il n'existe souvent plus de temporalité au niveau des processus cognitifs. Les performances ne présentent plus aucune variation circadienne, contrairement aux sujets âgés non atteints de la maladie¹²¹. Elles sont stables, à un niveau plus bas, tout au long de la journée¹²².

Une neuropsychologie du temps

Le temps de l'esprit, tel que le nomme A. Damasio serait lié à la faculté de percevoir le temps qui passe et à construire des repères temporels. Il mobilise diverses structures cérébrales¹²³:

- Le cerveau basal antérieur est indispensable à l'identification de la chronologie des événements. En cas de lésion comme dans la MA, les sujets ont des difficultés à replacer les événements passés dans le temps de leur vie et à en reconstituer la chronologie.
- Le lobe temporal et l'hippocampe jouent un rôle essentiel dans la construction et le rappel des souvenirs autobiographiques dans la mémoire à long terme. Ces zones corticales se trouvent lésées dans la MA. Les personnes deviennent alors incapables d'enregistrer les faits nouveaux pendant plus d'une minute environ, de sorte que ceux-ci se dissolvent rapidement¹²⁴.

121 cf. supra p. 33

122 BOUATI N. (2015) p. 105

123 DAMASIO A. Ibid

124 DAMASIO Ibid p. 111

- Le système limbique en réseau avec le lobe frontal, sont responsables des capacités d'anticipation et de projection dans le temps. L'altération de ces facultés devient alors source de surprises, d'anxiété et de demandes à répétition de la part des sujets.

C'est le moment du repas thérapeutique. Mme U est assise à côté de moi. Elle observe une soignante qui marche en boitant. Cela semble la questionner. Ses sourcils se froncent et elle me lance un regard interrogateur. Je lui explique que cette soignante est tombée dernièrement et que c'est pour cela qu'elle boite. Elle me dit « ah bon ? ». Une mimique d'étonnement et d'empathie apparaît sur son visage. Quelques minutes plus tard, elle revoit passer la même soignante et s'interroge. Je reprends mon explication. La même mimique apparaît comme si c'était la première fois qu'elle l'apprenait.

La neurodégénérescence provoque une disparition du passé proche puis lointain. Persiste cependant la mémoire émotionnelle comme nous le montre Mme U qui est capable d'empathie pour l'autre et montre une grande sensibilité émotionnelle. Celle-ci constituera un appui à la thérapeutique et un soutien à la relation. Cette mémoire, associée au vécu sensoriel, est à la base des processus mnésiques. Elle soutient la mémoire corporelle, ou procédurale, constituée de l'ensemble des systèmes sensori-moteurs. Cette mémoire perdure aussi très longtemps durant la MA.

D'autres études ont révélé l'incidence de nombreux réseaux fonctionnels engagés dans les tâches temporelles qui sont aussi impliquées dans les systèmes attentionnels et dans la mémoire de travail¹²⁵. On constate ainsi que lorsque l'attention est détournée du traitement de l'information temporelle, l'estimation des durées est biaisée. Au cours de la MA, et cela de façon précoce, on retrouve des troubles attentionnels et une altération de la mémoire de travail. Les personnes se plaignent de difficultés à faire du calcul mental ou à suivre des conversations comprenant plusieurs locuteurs¹²⁶. Ceci nécessite de veiller à bien

125 POUTHAS V., MACAR F. (2004) On retrouve ainsi l'activation du cortex moteur et du cervelet. Les boucles striato-thalamo-corticales sont également impliquées. Le traitement de l'information temporelle nécessite aussi l'activation du cortex préfrontal dorsolatéral, du gyrus cingulaire antérieur et du cortex pariétal droit.

126 BELLEVILLE S. (2009) p. 51

gérer la communication verbale pour ne pas surcharger leurs ressources attentionnelles.

Pour A. Damasio, la perception du temps « serait déterminée par l'attention que nous accordons aux événements et par les émotions que nous ressentons quand ils surviennent »¹²⁷. Il est possible que les troubles attentionnels de Mme U ne lui permettent pas de se souvenir de l'explication apportée, pourtant l'émotion est présente.

Également, la dimension temporelle s'aperçoit dans le temps d'intégration présent chez tout individu. En effet, Il faut du temps pour que l'organisme intègre les changements physiques d'un événement et que cela modifie l'état des récepteurs sensoriels d'un organe, par exemple, la rétine. Il faut du temps pour que les modifications électrochimiques qui en résultent soient transmises au système nerveux central. Il faut du temps pour engendrer un schéma neural dans les aires sensorielles du cerveau. Il faut du temps pour que ce schéma neural en lien avec les images mentales de l'événement s'inscrivent dans notre chronologie identitaire¹²⁸.

Très souvent, l'atelier couture prend fin de manière un peu rapide. Les groupes de l'après midi s'achèvent plus ou moins en même temps et il est nécessaire de rassembler toutes les personnes pour la collation. Cela provoque une rupture qui tranche avec le rythme lent de l'atelier. Lors d'un atelier, la plupart des dames initient rapidement le mouvement de ranger le matériel. Mme U est en train de terminer son ouvrage. Elle ne comprend pas ce qu'il faut faire. Elle reste sur un rythme ralenti. Je lui répète à plusieurs reprises de mettre ses tissus dans la boîte, mais elle n'initie pas le mouvement et ne semble pas entendre ce que je lui demande. Il y a du mouvement autour de nous. Les chaises se déplacent. Il y a du bruit. La collation se met en place. Les dames et moi sommes debout autour de Mme U qui reste assise. Elle regarde ce qui se passe sur la table sans pouvoir y prendre part. Je m'assieds auprès d'elle afin de me synchroniser sur son rythme, car je vois bien qu'elle est dans l'incapacité de s'adapter. Nous avons alors un échange

127 DAMASIO Ibid p. 110

128 DAMASIO Ibid p. 113

de regard et je lui dis que nous continuerons la semaine prochaine. Elle l'entend, me dit d'accord et range ses tissus dans sa boîte, pouvant ensuite partager la collation avec les autres dames.

Avec le vieillissement normal, le temps d'intégration s'allonge. Le syndrome démentiel majore ce ralentissement. L'efficacité des voies sensori-motrices est ralentie, impactant les capacités d'intégration des informations sensorielles, et par la même les capacités d'adaptation du sujet aux rythmes externes. Au sein des groupes, il est souvent difficile de concilier le rythme ralenti d'une personne avec celui d'autres personnes plus en capacité. Par ailleurs, la communication groupale est très compliquée pour une personne souffrant d'un syndrome démentiel. En l'absence de contact visuel ou tactile, la personne peut ne pas percevoir ce qui est transmis. D'où l'importance de bien déterminer les besoins, les capacités et difficultés de chacun pour constituer des groupes équilibrés et restreints, voire de proposer des séances individuelles si la personne est trop en difficulté.

Le temps d'une vie au cours de la MA

Pour Jean-Claude Ameisen citant Aristote, « la mémoire est cette faculté grâce à laquelle nous percevons le temps. Tout souvenir implique la notion d'un temps écoulé »¹²⁹. La mémoire peut garder ainsi inscrite en elle une empreinte indélébile du passé. Se souvenir du passé constitue alors une sorte de *voyage* mental au travers du temps de notre vie. Il nous libère des contraintes spatiales et temporelles et nous permet de nous déplacer tout au long de différentes dimensions¹³⁰.

Parmi les souvenirs qui demeurent en nous, les plus personnels sont ceux qui constituent notre mémoire autobiographique. Celle-ci tisse ensemble les souvenirs de nos expériences en un récit qui donne du sens à notre vécu. Cette mémoire est à la base de la construction de notre identité. En se souvenant, on ressent l'ambiance particulière dans lequel nous avons vécu ce moment et même en

129 AMEISEN J-C (2017) *Je me souviens...*, émission Sur les épaules de Darwin des 25 mars et 1^{er} avril 2017 à 11h00, France inter

130 Ibid. Plusieurs dimensions se mêlent dans nos souvenirs et concourent à édifier notre identité : la dimension de ce qu'il s'est produit, les dimensions spatiales, temporelles, émotionnelles, cognitives et enfin la sensation de familiarité et d'authenticité du moment.

ressentir l'émotion¹³¹.

Lors du repas thérapeutique, à chaque sollicitation de ma part, M. A me parle de la période de son enfance durant la guerre. Tout en mangeant, il me dit avoir « beaucoup souffert de la faim ». Il semble très affecté par cette période et me dit ressentir encore « des frissons en y pensant ».

Les personnes atteintes de la MA ont de moins en moins accès à leurs souvenirs, mais il persiste malgré tout des résurgences du temps passé qui accèdent à la conscience. Le sujet peut alors vivre ses souvenirs comme s'il s'agissait d'événements présents. Ses souvenirs participent de l'identité du sujet. Comme cette dame qui me dit vouloir aller chercher ses enfants à l'école et qui nous révèle ainsi toute l'importance dans sa vie de son rôle de mère, ou ce monsieur qui veut partir travailler traduisant peut-être l'influence de son travail dans sa construction identitaire.

Selon F. Gzil, « parfois ces remémorations agissent comme un réconfort [et peuvent permettre de rassurer la personne sur son identité]. Mais dans d'autres cas, [...], ce sont des souvenirs d'événements douloureux [...] qui affluent de manière chaotique à la conscience.»¹³². Cela provoque une grande souffrance chez les personnes qui n'ont plus les capacités psychiques pour gérer ces vécus et les émotions qui les sous-tendent.

Pour E. Erikson, l'identité repose sur « la perception de la similitude avec soi-même et de sa propre continuité existentielle dans le temps et dans l'espace et la perception du fait que les autres reconnaissent cette similitude et cette continuité. »¹³³. L'atteinte de la mémoire autobiographique présente dans la MA peut altérer ce sentiment d'identité du fait même de l'absence de continuité temporelle au cours du vécu des événements. « La personne malade a non seulement des difficultés pour reconnaître ses proches, mais n'est plus en mesure d'être elle-même le garant de la permanence de son identité personnelle »¹³⁴.

J'accueille une dame dont le nom de famille m'a échappé. Je me présente et lui

131 Ibid

132 GZIL F. Ibid p. 58

133 ERIKSON E. (1972) p. 45

134 GZIL F. Ibid p. 60

demande son nom. Spontanément elle me dit son prénom mais ne se souvient plus de son nom. Elle bafouille, se tient la tête, tape du pied en disant « oh », et me regarde avec un sourire gêné. Je sens qu'elle ne peut pas me répondre et qu'elle est anxieuse. Pour ne pas la mettre en échec plus longtemps, je l'invite en l'appelant par son prénom, à venir s'asseoir auprès du groupe pour boire un café.

Cette perte d'identité est anxiogène. Plus la personne avance dans la maladie, plus elle oublie ce que fût sa vie. La personne a la sensation de perdre ce qui constitue sa vie et son identité, sans possibilité de maîtriser cette perte. Les souvenirs sont morcelés, morcelant du même coup l'histoire du sujet et son vécu du moment présent. Des TPC peuvent apparaître prenant leur source dans ce vécu de perte. L'entourage familial et thérapeutique a un rôle fondamental à jouer pour permettre à l'identité du sujet de perdurer en reconnaissant sa similitude et sa continuité au cours du temps malgré les modifications provoquées par la maladie.

La mémoire n'est pas seulement mémoire du passé, elle est aussi projection dans l'avenir. Il s'agit de la mémoire prospective qui est celle des activités à effectuer dans l'avenir. Elle requiert la formation d'une intention, maintenue en mémoire, puis récupérée pour ensuite réaliser l'action¹³⁵. Au cours de la MA, et cela de façon très précoce, cette mémoire est altérée. L'avenir est obstrué. Pour F. Gzil, « L'horizon temporel des personnes malades est ainsi de plus en plus focalisé sur le moment immédiat, voire sur l'instant présent. »¹³⁶. La personne n'a plus de passé, ni d'avenir. Elle vit dans un présent continu.

L'approche psychodynamique

L'approche psychodynamique de la désorientation temporelle propose une toute autre interprétation. Les sujets malades désinvestissent le présent, ne se souviennent plus du passé et n'anticipent plus l'avenir. Ce phénomène peut s'expliquer au travers de la notion de « chronose », décrit par N. Bouati. La chronose serait un mécanisme de défense présent chez le sujet atteint de démence. En échappant au temps et en devenant insensible aux horaires, il se

135 GONNEAUD J. et Al (2009) p. 238

136 GZIL F Ibid p. 55

protège du processus dégénératif et des angoisses qui en découlent. De ce fait, la démence ne serait plus un phénomène passif, mais un mouvement actif qui produit des mécanismes défensifs¹³⁷. Ce désengagement s'ajoute à la défaillance mnésique et contribue d'autant plus à la régression des fonctions cognitives.

À mon sens, cette explication nécessite d'être nuancée. Je pense que ce phénomène intervient seulement lors de la phase sévère de la maladie où le temps n'a plus de sens pour le sujet¹³⁸. Dans les phases légères à modérées, la maladie occasionne de profondes modifications du vécu temporel. Le temps est présent en permanence. On le voit au quotidien lorsque les personnes nous demandent quelle heure il est, ou quel jour nous sommes ? Elles ont la sensation de perdre la maîtrise du temps. Elles essayent alors tant bien que mal de se raccrocher aux quelques éléments qui font encore sens pour elles. L'environnement est déterminant dans cette recherche d'appui.

Dans cette idée, selon J. Pélissier, on peut noter que savoir se situer dans le temps est une compétence très fragile qui est rapidement fragilisée dans des situations où elle n'est pas utile, vite perdue dans les situations d'isolement et vite troublée dans les environnements où les repères sont fragiles¹³⁹.

Dans ces conditions, comment attendre des résidents d'un EHPAD qu'ils sachent quel jour on est, si tous les jours se ressemblent ? Il est dommage que cela soit très souvent le cas dans les institutions. Le sujet ne s'inscrit plus dans une temporalité qui met du sens à son agir et à sa présence au monde. Celle-ci n'est pas soutenue par des repères fixes (calendrier à jour, horloge en état de fonctionnement,...) et par des relations interpersonnelles permettant d'ancrer le temps dans une relation affective. Ces situations encouragent le désinvestissement du présent, l'oubli du passé et l'absence d'anticipation de l'avenir.

137 BOUATI N. Ibid p. 107

138 cf. infra p. 63

139 PELISSIER J. (2015) p. 44

Quelles sont les fonctions psychomotrices impactées par la désorientation temporelle ?

Les différentes vignettes cliniques abordées précédemment nous ont montré en quoi les capacités d'adaptation au rythme, la motricité globale, et les coordinations¹⁴⁰, ainsi que le tonus¹⁴¹ sont impactés par le syndrome démentiel dans leur composante temporelle.

J'ai également pu remarquer qu'au stade avancé de la maladie, le déroulement ou schéma narratif d'une action est altérée. Mme U semble agitée ce jour. Lors de l'atelier jardin, je lui propose de planter une bouture dans un pot qu'elle a devant elle. Elle remplit le pot de terre et me dit ensuite vouloir arroser son pot. Elle est debout, s'agite et fait des allers-retours entre la table et les toilettes. Je l'invite à s'asseoir et lui montre qu'il faut d'abord installer la plante dans la terre avant d'arroser. Elle pourra ensuite aller chercher de l'eau pour arroser.

Les troubles cognitifs ont également des répercussions sur le rythme corporel du sujet et sur ses capacités d'écoute de soi et de conscience corporelle. Au cours d'un atelier Tai-chi, Mme J effectue les mouvements rapidement avec une tension importante. Sa posture à la chaise ne semble pas confortable. Elle a le dos courbé et les épaules levées, en fermeture. Elle respire rapidement et bloque parfois sa respiration. Sa respiration est haute. Ses temps d'expiration sont plus rapides que ses temps d'inspiration. J'ai l'impression qu'elle est en hyperventilation. Elle répète à plusieurs reprises, en soufflant, que cela la fatigue. Elle ferme les yeux plusieurs fois en contrôlant sa respiration. Je suis assise à côté d'elle et ressens toute l'étendue de sa tension. Elle ne semble pas se sentir bien pourtant elle continue les mouvements au même rythme. Elle ne semble pas à l'écoute de ses ressentis corporels, ni de ses limites.

Ce sont aussi les capacités créatives du sujet qui sont mises à mal par la désorientation temporelle. Au contact de Mme M, je ressens une certaine résistance. À chaque rencontre avec cette dame, la même problématique apparaît. Il ne semble pas y avoir de changement dans son comportement depuis la première

140 cf. supra p. 24

141 cf. supra p. 26

rencontre. Le moment du départ est un moment très sensible. Elle veut rentrer chez elle rapidement pour s'occuper de ses enfants. Ce besoin de partir peut se manifester très tôt dans la journée. L'attente est très anxiogène. Elle n'a plus la compréhension de la durée et ses capacités d'anticipation sont réduites. Elle regarde très souvent sa montre. Il lui arrive de pleurer tant cette attente est insupportable. Elle ne parvient pas à canaliser seule cette angoisse. Son tonus s'élève, son regard se fait de plus en plus inquiet et elle parle vite. Un jour, alors que je tente de l'apaiser en discutant avec elle ou en lui proposant une activité, elle se ferme, un sourire défensif apparaît et elle m'interrompt par un « merci, mais je veux vraiment partir ». Dans ces moments, elle n'écoute pas ce que je peux lui dire. Elle montre une résistance importante face à mes interventions. Pour qu'elle participe à une activité, il est nécessaire, soit de détourner son attention, soit de la rassurer en l'installant près du hall d'entrée comme ce fut le cas lors d'un atelier jardin. Elle a alors accepté de participer à l'atelier seulement si elle pouvait avoir un regard sur l'entrée. Elle a pu se mobiliser autour de l'activité, mais son anxiété était toujours présente. Il n'y avait pas de plaisir partagé. Son anxiété face au départ me déstabilise, ne sachant pas quelle posture adopter. Le dialogue tonico-émotionnel est limité du fait des nombreuses résistances. Elle s'engage dans des activités peu créatives : l'éveil corporel où elle est en imitation et où elle rencontre des difficultés pour réaliser les mouvements, et la vie quotidienne où on lui dit ce qu'elle doit faire (compter les couverts, les assiettes...). Les activités ludiques lui sont étrangères et elle n'est pas dans un plaisir partagé quand elle y participe. Il est possible qu'elle n'est pas d'affinité particulière pour ces activités. Néanmoins, la maladie accentue cet état par la rigidification du comportement. Elle n'a plus de maîtrise sur le temps et en a un vécu très négatif. Le temps n'est alors plus créateur, bien au contraire il semble figé. Alors que je percevais chez elle une certaine incapacité à transformer cet état d'être, je fus surprise lors d'un atelier crèche où Mme M a montré des capacités d'adaptation posturales et tonico-émotionnelles qui n'avaient pas été perçues jusqu'à présent, lors du portage d'un enfant. Je peux l'expliquer par le fait que l'identité de cette dame s'est cristallisée sur son rôle de mère. Cet aspect de son identité s'est révélé être porteur de sens

et d'échanges soutenus lors de cet atelier. Cela me donne à penser qu'il est primordial de saisir l'histoire de vie et les éléments organisateurs de l'identité du sujet afin de l'accompagner au mieux à s'engager dans la relation et lui permettre de vivre l'expérience de l'instant de façon sereine.

L'immobilité générée par la pathologie et la scission entre corps et esprit qu'elle sous-tend montrent une résistance du sujet face à l'action du temps : ne rien faire pour durer plus longtemps ou au contraire attendre la mort, comme M. T qui nous dit « être là en attendant de mourir ». Ce monsieur exprime une importante apathie. Il n'a lié de relation avec aucun de ses pairs. Il dit « ne plus rien faire ». En effet, sur le centre, il n'investit aucune activité en particulier. Il se montre la plupart du temps en retrait au sein des ateliers proposés. Notamment, lors du Tai-chi où il peut être présent avec le groupe mais ne faire aucun des mouvements proposés. Il peut aussi faire les 100 pas, ou bien être assis sur une chaise, isolé. Au contraire, de manière ponctuelle, il peut se montrer très participatif et prendre du plaisir lors de certains jeux proposés. Il est possible que la confrontation à ses difficultés motrices et cognitives soit trop compliquée pour ce monsieur et que sa seule possibilité pour y faire face soit cette passivité et cette apathie, défenses qui se lèvent le temps d'une activité adaptée et valorisante au regard de ses capacités résiduelles.

Ne plus s'impliquer dans le présent pour échapper à l'emprise du temps ou vivre dans un présent infini, cette rigidification de l'être face au temps annihile les possibilités créatrices. Avec l'avancée dans la maladie, l'orientation temporelle est de plus en plus fragile. On va vers une perte totale des repères temporels et une modification profonde du vécu du temps voire une perte du sens du temps. Pourtant, au-delà des difficultés inhérentes au développement de la maladie, il est important de ne pas perdre de vue l'importance de la rencontre avec le sujet qui est présent en face de nous. C'est dans le temps de la rencontre que peuvent se révéler les potentialités du sujet.

La MA nous confronte à une clinique de l'instant présent, au jour le jour. Pour être dans une posture adaptée, il faut nous mettre à l'écoute de ce que les

personnes expriment, avec les moyens dont elles disposent, et de ce qu'elles ressentent dans le temps de l'expérience vécue. C'est à nous de voir les possibilités de devenir qui persistent chez l'autre afin que le temps de vie soit encore et toujours porteur de changement et de renouvellement chez le sujet.

Afin d'essayer de comprendre la perception du temps chez les sujets atteints de MA et les ressorts de cette désorientation temporelle, j'ai souhaité réaliser un bilan auprès des personnes rencontrées sur mon lieu de stage. Cette évaluation me permettra de mettre en avant les capacités préservées chez les sujets et non leurs déficits. Sur quelles ressources peut-on se baser pour accompagner leur vécu du temps et ses modifications ?

3.L'évaluation de la désorientation temporelle

Les outils d'évaluation

Le psychomotricien dispose de peu d'outils pour évaluer le temps chez les personnes atteintes d'un syndrome démentiel. Il n'existe pas de tests étalonnés évaluant spécifiquement la perception du temps chez cette population.

Le MMSE propose des questions sur l'orientation temporelle : en quelle année sommes-nous ? En quelle saison ? En quel mois ? Quel jour du mois ? Quel jour de la semaine ?

Il est également possible d'utiliser les trois épreuves de rythme de Mira Stamback adaptées aux personnes âgées. Ce test permet d'évaluer la capacité d'appréhension perceptive, la fixation par la mémoire et l'intervention motrice permettant la reproduction. Il renseigne sur la structuration temporelle grâce au tempo spontané, la compréhension du symbolisme et la reproduction de structures rythmiques. Le test de Giselle Soubiran peut aussi être utilisé pour évaluer l'adaptation au rythme.

Volontairement, j'écarte le test de l'horloge qui n'est pas à proprement parlé un test qui évalue le temps. A mon sens, il met d'abord en évidence une apraxie visuo-constructive. Il évalue davantage les fonctions exécutives et l'organisation spatiale.

Le rapport avec le temps s'établit seulement sur l'aspect symbolique de l'horloge qui ne m'apparaît pas pertinent pour mon propos puisque limité à un niveau représentatif.

Je suis partie du postulat de H. Bergson selon lequel le temps se perçoit au travers de la durée. Cette durée est intérieure selon lui. Ainsi, le temps est avant tout vécu et ressenti au travers de notre sensibilité. Ce sont nos sens qui nous permettent d'appréhender le temps et son écoulement. Qu'en est-il dans la pathologie démentielle ? Par quel canal sensoriel, la prise d'information est-elle la plus efficiente pour accéder à la connaissance temporelle ? Quel est le sens qui perdure le plus longtemps dans cette appréhension du temps ? Ainsi, il m'a semblé intéressant d'évaluer la perception des notions temporelles (durée, chronologie, et simultanéité) *via* les modalités auditives, visuelles, tactiles et kinesthésiques.

Pour apprécier la perception du temps, j'ai recherché ce qui avait déjà été proposé par le passé, pensant que cette question avait pu être abordée par d'autres professionnels du soin. J'ai découvert un mémoire réalisé par Chloé Charpentier, étudiante en orthophonie au sein duquel elle propose 11 items permettant d'évaluer la perception du temps chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer¹⁴².

J'ai décidé de travailler avec neuf des onze items proposés dans ce mémoire. Les items choisis m'ont parus pertinents pour mesurer la perception du temps auprès de cette population. Cinq items estiment le temps par la perception visuelle (durée chronologie, simultanéité). Deux items mesure la perception par l'audition, dont un item qui évalue la modalité rythmique et donc les compétences perceptivo-motrices. Les deux items restant permettent d'observer l'efficacité de la perception de la durée par la notion d'heure et celle de temps social. Ceux que j'ai décidé d'écarter m'apparaissaient plus difficiles à faire passer d'un point de vue pratique et présentaient un risque trop important de mise en échec des personnes bilantées. De plus, la suppression de ces items a eu l'avantage de diminuer le temps de passation et ainsi de tenir compte des contraintes temporelles auxquelles j'étais soumise. J'ai, également, conçu deux items afin d'enrichir l'évaluation par

142. CHARPENTIER C. (2011)

rapport aux aspects sensoriels. En effet, dans le test original, seules les modalités visuelles et auditives étaient mesurées. Il m'a semblé important d'observer également les modalités tactiles et kinesthésiques dans la prise d'information visant à évaluer le temps.

Avant d'évaluer le temps au travers des sens, il m'a paru important de questionner l'orientation temporelle et la connaissance des notions temporelles afin de pouvoir distinguer une difficulté d'orientation d'une difficulté de perception. J'ai donc décidé de proposer les questions du MMSE sur l'orientation temporelle : en quelle année sommes-nous ? En quelle saison ? En quel mois ? Quel jour du mois ? Quel jour de la semaine ? Auxquelles, j'ajoute les questions suivantes : A quelle heure êtes-vous arrivé(e) aujourd'hui au centre ? A votre avis, quelle heure est-il maintenant ? Est-ce que vous savez ce que vous allez faire après cette rencontre ? Le protocole complet du bilan est proposé en annexe de ce mémoire pour ne pas surcharger mon discours¹⁴³.

Concrètement, la passation des bilans, six au total, s'est déroulée sur des créneaux dédiés d'une heure chacun répartis les jeudis du mois de mars 2017, en fin de matinée, afin de respecter l'organisation institutionnelle. Cette contrainte temporelle ainsi que les difficultés attentionnelles des personnes m'ont souvent contrainte à cibler les items à faire passer.

Au cours de la passation, je me suis rendu compte que le bilan comportait certaines limites. J'ai notamment omis de questionner les rythmes biologiques (sommeil, alimentation,...). Les personnes en capacité ont pu m'en informer spontanément. Celles qui présentaient une aphasie importante ne l'ont pas évoqué.

Après réflexion, il aurait été pertinent d'utiliser le test de G. Soubiran sur l'adaptation au rythme car j'ai pu remarquer des difficultés à ce niveau chez certaines personnes lors des ateliers Tai-chi notamment auxquels je participais. Cela m'aurait permis de comprendre davantage le rythme de ces personnes. J'aurais également pu observer le tempo spontané qui m'aurait apporté d'autres observations. En effet, ce tempo détermine un tempo psychique. Il est également

143 cf.infra Annexe IV p. 110

en relation avec la vitesse d'autres activités, avec le niveau moteur qui conditionne l'intégration, et bien sur avec la structuration temporelle¹⁴⁴.

L'item évaluant la sphère kinesthésique s'est révélé être très aléatoire puisque le mouvement est réalisé par le sujet. En effet, les personnes frappent toujours un peu plus longtemps que le temps proposé. Il est alors difficile de respecter avec exactitude le temps de frappe puisque je ne maîtrise pas leur mouvement. Je m'adaptais donc en fonction de leur mouvement et je réadaptais le temps ensuite pour que les deux frappes proposées soit espacées d'un temps significatif et cohérent avec la consigne initiale.

En ce qui concerne les fonctions évaluées, j'ai pu remarquer la part importante de la mémoire de travail dans ce test. Dès l'instant où cette faculté est mise à mal, les items sont très coûteux pour le sujet qui se retrouve vite en situation d'échec. Il est ainsi difficile à mon sens d'évaluer les fonctions sensorielles seules. Elles sont toujours sous-tendues par les fonctions exécutives et le langage. En effet, la part du langage est également conséquente. J'ai pu me rendre compte que l'aphasie entrave fortement les capacités d'élaboration et de compréhension. Par ailleurs, la fonction visuelle est aussi celle qui est la plus présente dans ce test. Bien entendu, une personne avec un trouble visuel sévère ne pourrait pas répondre à suffisamment d'items pour que les résultats soient significatifs.

Dans une volonté de clarté et d'efficacité, j'ai choisi de ne retranscrire que quatre des six bilans réalisés. Les deux personnes que j'écarte sont : M. E âgé de 84 ans, ancien tapissier (NSC 4). Il est présent au centre depuis janvier 2014, deux fois par semaine. M. E présente une presbyacousie appareillée. Il est atteint d'une maladie d'Alzheimer à un stade léger diagnostiqué en 2013 ; et Mme G âgée de 81 ans, ancienne ouvrière en usine (NSC 5). Elle vient au centre depuis novembre 2016, deux fois par semaine. Mme G présente une probable maladie d'Alzheimer à un stade léger diagnostiqué en 2016. Ces deux personnes ne montrent aucune désorientation temporelle lors du test. Ils ont réussi l'ensemble des items. Il est à noter que je les avais choisis au départ en raison de leur score au MMSE qui témoignait d'une désorientation temporelle. Or, ces MMSE ont été réalisés en milieu

144 CELTAN M. (2002) p. 118

non écologique lors des consultations mémoire proposées dans le cadre du suivi gériatrique des personnes atteintes d'une pathologie à caractère démentiel. La personne se retrouve alors dans un environnement non familial, avec des repères sensoriels, temporels et spatiaux modifiés. Elle n'est pas dans un rythme habituel et connu. L'ensemble de ces facteurs ont pu générer une anxiété de performance notamment présente chez M. E, ou du moins une certaine inquiétude présente chez Mme G, et provoquer une désorientation que l'on retrouve dans les résultats du MMSE¹⁴⁵. Les MMSE réalisés sur le centre quant à eux ne révèlent pas de désorientation temporelle. Pour ces deux personnes les repères temporels du centre d'accueil de jour ont été très bien intégrés, ainsi que le rythme de la journée. Ils se saisissent tous deux des repères relatifs à l'éphéméride, proposés au mur et répétés au cours de la journée. La régularité des jours de présence sur le centre et les activités spécifiques à ces journées leur donnent également de précieux repères.

Le temps de l'évaluation

Dans un premier temps, pour installer la relation, je précisais les raisons de ce bilan et ensuite je demandais aux personnes de m'expliquer leur perception du temps. Cela amenait très vite la personne à parler d'elle et de sa vie, en général.

Mme U¹⁴⁶ est une dame âgée de 75 ans avec un niveau socio-culturel de fin d'études primaires (NSC 3). Elle était aide soignante. On retrouve ce souci des autres dans son comportement. Elle vient au centre depuis novembre 2015, trois jours par semaine. Elle présente une maladie d'Alzheimer à un stade sévère diagnostiquée alors qu'elle était âgée de 63 ans avec un MMSE à 19/30 à l'époque. Son MMSE était à 6/30 en janvier 2017. Cette dame n'a plus le vocabulaire nécessaire pour penser le temps. Elle ne connaît plus ni les jours, ni les mois de l'année. Les capacités d'acquisition de repères sont altérées. Quand je lui demande quelle est sa perception du temps, son discours est confus. Elle semble ne pas comprendre ce que je lui demande. Le temps paraît avoir perdu tout sens

¹⁴⁵ Pour M. E, on retrouve un MMSE 13/30 en mai 2016 en hôpital de jour et un MMSE à 24/30 au CAJ en octobre 2016. Pour Mme G, on retrouve un MMSE à 22/30 en octobre 2016 en hôpital de jour avec un score chuté à l'orientation temporelle.

¹⁴⁶ cf. infra pp 10, 12, 15, 50, 51, 56 Je renvoie le lecteur aux éléments déjà abordés au sujet de Mme U.

intellectuel pour elle. L'agnosie, l'aphasie, les troubles mnésiques et attentionnels majorent sa désorientation temporelle au niveau des sens visuel, auditif et kinesthésique. Pour de nombreuses questions, elle semble répondre au hasard.

Ses difficultés me mettent également en difficulté. Je dois reformuler à plusieurs reprises, tenter de lui donner des appuis pour l'aider mais souvent cela est sans succès. Je la valorise de façon importante à chaque réussite. Je dois me concentrer davantage pour contenir ses troubles attentionnels. Je me demande alors quel est l'intérêt de continuer le bilan pour cette dame qui se trouve en situation d'échec. L'intérêt réside peut-être (sûrement) dans le plaisir de la relation et dans le vécu positif de certains items, notamment celui de la perception tactile. Quand je lui demande si elle souhaite que nous continuions, elle me répond systématiquement oui. Mais mon corps ne montre-t-il pas mon désir de poursuivre ce bilan et ma curiosité pour en apprendre plus sur le fonctionnement de cette dame ? Je m'adapte alors à son rythme et lorsqu'elle tente d'évoquer son histoire, je l'écoute et essaie de lui apporter les mots qui lui manquent pour l'aider dans son récit. Les temps de réflexion sont réduits par rapport aux temps où elle parle d'elle, et de ses difficultés.

La perception tactile de la durée est préservée. Elle apprécie beaucoup ce moment de relation. Elle me sourit et me regarde avec les yeux grands ouverts. Elle distingue les différents temps en fonction de la chaleur que cela lui procure sur sa main. Cela semble évident pour elle. Elle apprécie le contact et cela l'apaise. Elle émet des petits « oh, c'est agréable », « c'est chaud ». Quand je lui demande si c'est plus ou moins chaud en fonction du temps passé, elle acquiesce.

Le rythme de la passation est saccadé du fait des nombreuses digressions que fait Mme U sur sa vie, et ses difficultés. La chronologie de son histoire de vie est décousue. Elle évoque à plusieurs reprises la mort de ses parents mais ne peut pas remettre les événements dans l'ordre ni les dater. Il lui est difficile de tenir son attention tout le long d'un item. À plusieurs reprises, elle signifie au niveau corporel vouloir arrêter un item. Lors des situations où elle est en difficulté pour répondre, elle porte une main sur son front, se tapote le front et montre son

agacement à ne pas pouvoir répondre. J'ai parfois l'impression qu'elle ne sait plus où chercher.

Comment expliquer la désorientation temporelle de Mme U ? Qu'est-ce qui peut évoquer ce défaut de représentation du temps ? Une hypothèse peut être formulée autour de la problématique de la mort. Elle nous parle en effet à plusieurs reprises de ses parents qui sont décédés. Mme U présente peut-être une peur de mourir. Échapper au temps et devenir insensible aux heures qui passent peut lui permettre de se protéger face à certaines angoisses vécues du fait de l'avancé en âge et de la maladie¹⁴⁷. Cette désorientation peut être aussi un moyen de faire face à l'angoisse générée par le délitement de l'identité, le soi qui disparaît. Par ailleurs, Mme U a développé sa maladie de façon précoce. Cela fait douze ans qu'elle vit avec la maladie, la dégénérescence neuronale est très avancée. Il semble également que celle-ci ait été rapide du fait de la précocité, entraînant peut-être très tôt la perte des repères temporels.

Il semble que Mme U perçoive le temps au travers de la relation, du contact corporel et du dialogue tonico-émotionnel. Cet aspect de sa personnalité est sûrement en rapport avec son ancien emploi d'aide soignante. Au cours du bilan, j'ai pu m'apercevoir qu'elle était également très sensible à la relation, aux mimiques, à la communication non verbale et aux images. Elle verbalise beaucoup sur les photos, et sur l'expression des personnages. Durant ces moments, sa désorientation n'est plus au premier plan, demeure simplement l'expérience partagée. Elle est très présente dans la relation et montre alors de véritables potentialités tonico-émotionnelles. Il est ainsi important de lui proposer des temps de qualité concrétisés par des images et/ou par un contact relationnel soutenu et riche afin de lui donner les moyens de mobiliser ses ressources et de limiter sa désorientation.

Mme J¹⁴⁸ est une dame âgée de 86 ans avec un niveau socio-culturel de diplôme universitaire (NSC 7). Elle était inspectrice des impôts. Elle investit beaucoup les activités intellectuelles, ce qui se retrouve au cours du bilan. Elle vient au centre

147 cf. supra p. 54

148 cf. supra p. 56 Je renvoie le lecteur aux éléments déjà abordés au sujet de Mme J.

depuis mars 2016, trois fois par semaine. Elle présente des troubles cognitifs dans un contexte de syndrome anxieux avec un trouble de la mémoire et un trouble dysexécutif. Son MMSE est à 24/30 en mai 2016. Elle présente également des troubles visuels dus à une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Elle peut m'expliquer la manière dont elle voit les choses « par tâche ». Cela l'empêche de lire, ce qui lui manque beaucoup. Nous verrons au cours du bilan que ses troubles visuels sont compensés par des capacités cognitives préservées lui permettant de compléter et de décrire les images. Elle me dira en fin de passation que ce fut « amusant ». Ce qui est important pour elle c'est de comprendre ce que l'on attend d'elle. Tout au long du bilan, Mme J est souriante, détendue et participe de façon spontanée. Les items sont mêlés d'échanges sur sa vie passée ce qui alimente la relation de confiance. Le retour aux questions se fait sans difficulté. Elle a montré des capacités attentionnelles relativement préservées avec malgré tout des signes de fatigue et des difficultés de concentration et de compréhension au bout de 55 minutes de bilan. Elle a alors besoin de mon soutien pour répondre aux questions du dernier item proposé.

Lorsque je lui demande sa perception du temps, elle me demande si c'est le temps « durée » ou le temps « la météo ». Sa perception du temps dépend des moments qu'elle vit. Dans les moments de solitude, où elle est seule chez elle, le temps est long et pesant. Les moments qu'elle passe au centre sont pour elle des moments de « bonheur » et « le temps passe alors plus vite ». Elle évoque ses rythmes biologiques. Elle me dit dormir beaucoup et « plus qu'avant ». Elle déjeune au centre le matin, mange le midi et le soir. Elle dit avoir souvent faim et manger avec appétit.

Mme J ne s'oriente plus dans le temps conventionnel. Elle me répond être en 2016, au printemps (alors que nous sommes à la fin de l'hiver), elle peut donner la date de l'équinoxe. Elle pourra dire spontanément le mois de mars, mais quand je lui demande quelques instants plus tard, elle ne s'en souviendra plus. Le jour du mois est donné un peu au hasard. Elle me dit que nous sommes le 11, alors que nous sommes le 9. Je note qu'elle a la sensation d'être au début du mois de Mars, ce qui contredit la saison qu'elle m'a donné précédemment. Pour le jour de la

semaine, elle répond au hasard « mardi » (nous sommes jeudi) parmi les trois possibilités qu'elle a. En effet, Mme J se repère en fonction des jours où elle est présente sur le centre (mardi, jeudi et vendredi). Elle évalue son heure d'arrivée au centre à 9h30. Le centre n'ouvre ses portes qu'à 10h. Ce matin, elle est arrivée entre 10h30 et 11h. Elle évalue l'heure actuelle du moment de bilan à 11h30 (il était 12h10). Elle peut me dire qu'après le bilan c'est le moment du déjeuner et qu'ensuite ce sont les « jeux de l'après midi ». Elle omet le temps du café et de la presse. Elle évoque le jeu auquel elle joue ponctuellement, le scrabble, sans pouvoir donner les autres activités auxquelles elle participe. Les 10 items proposés ensuite sont réussis sans difficultés. La perception temporelle en lien avec les sens visuel, auditif, tactile et kinesthésique est préservée. Sa stratégie pour la perception des durées est de compter.

Comment expliquer la désorientation temporelle de Mme J ? Les repères calendaires sont détériorés. Elle ne s'oriente plus dans le temps conventionnel. Ses compétences perceptives limitent sans doute la désorientation *via* les repères calendaires et l'anxiété sous-jacente. Au cours de ses jours de présence sur le centre, Mme J demande régulièrement la date. Elle a les connaissances sémantiques des notions temporelles mais ne sait plus se situer dans cette temporalité. Elle s'est construite des repères fragiles avec les jours de venue au centre. Le syndrome dépressif qu'elle a présenté suite à la perte de son mari a pu altérer son appréhension du temps, puisque les repères sont fortement reliés à la vie psychoaffective du sujet et à ses liens sociaux. Le sujet se saisira d'autant mieux de ses repères temporels s'il vit dans un contexte psychoaffectif sécurisant et soutenant son désir d'autonomie. La dépression provoque une perte de désir et un repli sur soi. Or, S. Freud nous dit que c'est dans l'attente de la satisfaction du désir que le temps se perçoit. Sans désir, le sujet, ne se projette plus dans un avenir et revient à son passé pour tenter de rassembler son identité dans une continuité temporelle connue et rassurante. Mme J évoque régulièrement son passé au cours des discussions avec les autres dames au près de qui elle s'est liée d'amitié. Il est alors possible qu'elle soit dans une forme de nostalgie de sa vie passée. Elle s'intéresse cependant encore aux actualités quotidiennes. Également,

parfois, elle peut demander à participer à un atelier un jour alors que celui-ci se passe un autre jour. Il est possible que les jours se ressemblent tous un peu pour elle maintenant. De ce fait, quel est l'intérêt de les distinguer ? Également, elle voit le fait de venir plusieurs fois par semaine au centre comme un signe de sa perte d'autonomie. Elle évoquera d'ailleurs à la fin du bilan, une peur de devenir « sénile ».

Mme M est une dame âgée de 83 ans avec un niveau socio-culturel baccalauréat (NSC6). Elle était institutrice. Depuis 2008, elle présente des troubles mnésiques antérogrades qui peuvent être mis en lien avec la survenue du décès de son mari l'année précédente. Elle présente un syndrome démentiel modéré de type Alzheimer diagnostiqué en 2013. Elle vient au centre depuis mai 2016, deux fois par semaine. Elle présente également une anxiété vespérale. Son MMSE est à 11/30 en janvier 2017.

Mme M semble inquiète à l'idée de répondre à mes questions, mais elle garde un large sourire malgré tout (réaction de prestance?). Elle me dit trouver agréable de venir au centre. Elle me dit venir 3 fois par semaine au centre (alors qu'elle vient 2 fois). Elle présente une aphasie importante ce qui rend ses propos décousus et l'empêche à plusieurs reprises d'expliquer ses réponses. Quand je lui propose un mot, elle peut poursuivre sur son idée. Le support des photos lui convient bien. L'aphasie est réduite avec ce support. Elle ne peut définir la perception qu'elle a du temps. Son aphasie est très présente à ce moment-là. À partir de l'item sur la perception tactile, elle évoquera, à plusieurs reprises, ses mains qu'elle ne trouve « pas belles » à cause de la présence de « tâches et de rides » qu'elle me montre. Elle se touche le visage pour me montrer ses rides et évoque la vieillesse. Elle me dit : « Ce serait mieux de revenir a avant ». Elle semble vivre la vieillesse de façon négative. Elle me montre sa bague et me dit penser à son mari à chaque fois qu'elle la regarde. Au niveau attentionnel, elle a pu se mobiliser durant une heure. Par manque de temps, j'ai écourté le bilan et lui ai proposée neuf des onze items.

Mme M ne s'oriente plus dans le temps conventionnel. Elle ne sait pas en quelle année nous sommes. Quand je lui dis 2017, elle semble étonnée. Elle aurait dit une

autre date sans pouvoir me la donner précisément. Elle se tient la tête, souffle, et à des sourires de prestances. Après lui avoir donné les quatre saisons (qu'elle ne peut retrouver seule), elle me dira que pour elle « vu le temps » nous sommes en automne (journée de soleil). Avec le support visuel, elle ne reconnaît pas non plus les différentes saisons. Elle connaît les mois de l'année après impulsion de ma part, mais elle ne peut s'orienter dans cette temporalité. Elle est confuse et a un manque du mot important à ce moment-là, de même pour les jours de la semaine. Elle me dit que nous sommes lundi (Nous sommes jeudi.). Il semble que la réponse soit venue au hasard. Elle sait que nous ne sommes pas samedi, car le samedi elle fait « autre chose ». Elle me dira être venue « assez tôt » ce matin au centre mais sans possibilité de me donner une heure précise. Elle évalue l'heure actuelle du moment de bilan à 12h (11h05 en réalité). Elle se souvient que je suis venue la voir pour prendre rendez vous avec elle peu de temps avant (il était 10h45) et que nous avons regardé ensemble l'heure qu'il était. C'est son moyen de repère pour me donner l'heure. Il semble alors qu'elle ait ressenti les vingt minutes écoulées comme s'il s'était passé une heure. Elle ne se repère pas dans la temporalité du centre et ne sait pas ce qui suit après le temps du bilan : « personne ne nous a dit quelque chose ».

Sur les neuf items proposés, on observe seulement une désorientation temporelle au niveau des repères chronologiques où elle ne peut remettre dans l'ordre les photos proposées. Elle a un manque du mot important. La conscience de l'heure correspondant aux actions courantes de la vie quotidienne est préservée. La perception auditive des rythmes est de qualité. Les sens visuel, auditif, tactile et kinesthésique sont relativement efficaces pour évaluer les durées avec néanmoins, une difficulté à percevoir lorsque les temps sont distincts d'une seconde. Au niveau visuel, il est nécessaire de lui demander d'expliquer les photos afin de soutenir sa réflexion. Pour les temps tactiles, elle peut me dire le mot « ennui » lorsque je lui demande de m'expliquer comment elle sait qu'un contact est plus long qu'un autre. Pour les items sollicitant les sens auditif et kinesthésique, elle peut se montrer très réactive et attentive. Elle me dit alors trouver cela « amusant ».

Comment expliquer la désorientation temporelle de Mme M ? Mme M est une

dame très anxieuse. Elle a un vécu du temps négatif et l'attente est compliquée pour elle¹⁴⁹. Les difficultés chronologiques peuvent être mises en lien avec ses difficultés à effectuer des mouvements coordonnés et à s'orienter par rapport à son corps¹⁵⁰. Elle est peu mobile aussi bien corporellement que psychiquement et montre de nombreuses résistances. Le défaut de représentation du temps pourrait s'expliquer par une difficulté pour cette dame à dépasser certaines angoisses vécues en lien avec l'avancée en âge, à la perte de son mari, à celle de son rôle de mère et à la progression de la maladie et de ses incapacités. Fuir le temps pour y devenir insensible pourrait lui permettre de se protéger. Cependant, cette anxiété montre qu'elle n'y parvient pas réellement et est le signe d'une souffrance psychique. L'aphasie présente semble être également un moyen de ne pas avoir à penser le temps, à moins que cette aphasie concoure à la désorientation. Nous verrons avec Mme P ce qu'engage le langage dans cette désorientation.

Mme P est une dame âgée de 79 ans avec un NSC baccalauréat (NSC 6). Elle a travaillé quelques années en tant qu'infirmière mais a dû rapidement interrompre son activité professionnelle pour s'occuper de sa fille atteinte d'une paralysie cérébrale consécutive à un accident vasculaire cérébral lorsqu'elle était adolescente. Avec son mari, Mme P a encore aujourd'hui la charge de cette enfant. Ce contexte de vie a provoqué chez Mme P un syndrome dépressif qui perdure. Elle vient au centre depuis octobre 2013, trois fois par semaine. Elle a présenté une anhédonie associée à des troubles mnésiques qui ont conduit en juillet 2013 à diagnostiquer une atteinte neurodégénérative. Son MMSE est à 11/30 en février 2016.

Elle me dit que l'attente n'est pas difficile pour elle et qu'elle l'accepte sans montrer d'agacement. Il faut néanmoins, que cela « ne dure pas trop longtemps ». Elle me dit être « toujours d'accord avec ce qu'il se passe ». Elle me dit, avec le sourire, être contente de venir au centre. Elle ne peut définir la perception qu'elle a du temps. Cela semble confus pour elle. « Ce n'est pas quelque chose auquel je pense ». Durant le bilan, elle attend que je lui pose des questions pour y répondre.

149 cf. supra p. 56 Je renvoie le lecteur aux éléments déjà abordés au sujet de Mme M.

150 cf. supra p. 24 Je renvoie le lecteur aux éléments déjà abordés au sujet de Mme M.

Durant les moments où je prends mes notes, elle me regarde sans parler. Elle parle peu de sa vie. Mme P présente une aphasie globale qui entrave fortement ses capacités de communication. C'est sûrement pour cette raison que les silences me sont parus si lourds. Lorsqu'elle cherche ses mots, je ressens son anxiété qui monte. Elle verbalise alors que « c'est affreux de perdre sa vie ». La situation de bilan semble la mettre mal à l'aise. Je la sens tendue. Elle est redressée sur sa chaise, et montre une certaine raideur. Elle n'est pas sûre de ses réponses et semble attendre mon approbation. Parfois, elle change sa réponse alors que celle-ci est correcte. Au cours de la rencontre, Mme P me demande à cinq reprises l'objectif du bilan. Au début du bilan, je réponds à sa demande ce qui semble la satisfaire. La deuxième fois intervient après vingt minutes de bilan. Lors des deux derniers items, elle me le demande trois fois en dix minutes. A mon sens, ceci est révélateur du niveau de difficulté vécu par Mme P aux différents moments du bilan.

Mme P a montré des difficultés attentionnelles qui ont nécessité de réduire le bilan. Quatre items sur les onze n'ont pu être proposés. De plus, il est à noter qu'en raison de l'aphasie, des difficultés de compréhension et des troubles mnésiques de Mme P, chacun des items ont nécessité plusieurs minutes pour être réalisés. En effet, Mme P a besoin de temps et d'un étayage constant pour répondre correctement aux questions. Elle a besoin que je lui répète la consigne après chaque question, car elle l'oublie rapidement. Les items qui ont nécessité le plus de temps sont les notions temporelles et le premier item sur la perception de la durée par l'heure. Ces items ont révélé une mémoire de travail défaillante ne lui permettant pas de manipuler trois données en même temps (la consigne, et les deux durées). Celui qui a nécessité moins de temps pour être réalisé est celui de la reproduction de rythme où elle s'est montrée très attentive et réactive. Elle a pu se corriger lors de la seule erreur commise.

Mme P ne s'oriente plus dans le temps conventionnel. L'année n'est plus efficiente pour elle. Après trois propositions pour qu'elle se situe (années 90, années 2000, années 2010), elle me répond années 2000. La connaissance des saisons est déficiente. Elle connaît l'été et l'hiver et me dit après indiçage par rapport à la luminosité que nous sommes en été (alors que nous sommes au

printemps). Spontanément, elle me dit ne pas savoir ni le mois, ni le jour du mois. Elle connaît les jours de la semaine mais ne sait pas quel jour nous sommes. Elle me dit être arrivé au centre à 10h et qu'il est 11h (au lieu de 12h). L'orientation horaire semble préservée mais fragile, les minutes ne semblent plus avoir de sens. Après le bilan, elle me dit que « l'on va dîner et qu'après il y a les activités ».

Les sens visuel, auditif, et tactile sont relativement efficaces pour évaluer les durées avec cependant une difficulté à percevoir lorsque les temps sont distincts d'une seconde (au niveau auditif et tactiles). Pour m'expliquer comment elle fait pour distinguer les deux durées, elle me dit l'avoir senti et que « ça se passe là-haut » en m'indiquant sa tête. Le sens kinesthésique n'a pu être évalué car Mme P montrait des signes de gêne lors de la proposition de cet item. Le bilan montre également que la chronologie est altérée. Sur certaines images, elle ne prend pas les bonnes informations visuelles lui permettant de les remettre dans l'ordre¹⁵¹.

Comment expliquer la désorientation temporelle de Mme P ? Une hypothèse peut être formulée autour de la défaillance de la mémoire de travail et de l'attention qui est importante chez Mme P. Il est également possible d'expliquer sa désorientation par l'aphasie qu'elle présente associée aux troubles mnésiques. Le langage est un élément fondamental de l'appréhension du temps. Il permet à l'individu de verbaliser ses expériences et de les ancrer dans une succession ordonnée et pensée. Il permet à l'individu de réagir de façon consciente au temps qui passe. Si la maladie entrave les capacités d'expression, qu'en est-il de la perception du temps ? Il est fort probable que le fait de ne plus pouvoir exprimer par des mots son histoire, se raconter dans son passé, son présent et son avenir, concoure à la désorientation temporelle voire la majeure. D'ailleurs Mme P ne dit-elle pas que ce n'est pas une chose à laquelle elle pense ? Si je ne me souviens plus de mon passé, quel est l'intérêt de penser mon présent et mon avenir ? Le sujet se retrouve alors soumis à ses rythmes physiologiques, et perceptifs sans pouvoir les comprendre.

En conclusion, on peut remarquer la part importante des fonctions exécutives et notamment de la mémoire de travail dans l'appréhension du temps. Le langage est également pourvoyeur de sens pour penser le temps. En cas d'aphasie, la

¹⁵¹ Comme la luminosité de la photo, ou encore les différences d'habillement d'un personnage.

perception est de fait altérée ainsi que la compréhension de ses propres rythmes corporel. Les repères calendaires quant à eux sont un reflet de l'engagement psychoaffectif du sujet. L'équilibre psychoaffectif participe à l'orientation du sujet dans le temps, ainsi que les repères calendaires. Quand ceux-ci ne sont plus efficaces, le temps n'a plus aucun sens. L'orientation avec ces repères semblent plus fragiles et plus vite perdue que la perception temporelle *via* les modalités sensorielles. Il est également possible que les difficultés de perception de la temporalité du mouvement (un début, un déroulement et une fin) soutenant les coordinations, puissent être à l'origine de difficultés d'ordre chronologiques, ou inversement. Au stade avancé de la maladie, les perceptions sensorielles (visuelle, kinesthésique, auditive) de la durée sont altérées. Seul le toucher, sens le plus archaïque, semble perdurer. Cela confirme la place importante donnée dans nos médiations au toucher auprès des personnes vulnérables.

Ces modifications du vécu temporel dans la MA ont plusieurs conséquences importantes. En premier lieu, les personnes malades semblent vivre dans un monde auquel elles ne parviennent plus à donner du sens. La désorientation temporelle isole les personnes malades du reste du monde. L'autre conséquence est cette perte d'identité et de continuité déjà évoquée plus haut¹⁵².

On pourrait alors être tenté d'adopter une forme d'indifférence face à ces personnes qui n'ont plus « toute leur tête », qui ne semblent plus être présentes à elles-mêmes et aux autres, qui ne paraissent pas vivre le même temps que le nôtre et qui ne se souviennent plus de ce qui constitue leur identité et nos liens avec elles. Néanmoins, pour F. Gzil, « c'est précisément parce que les personnes malades perdent progressivement le sens du temps qu'il importe d'avoir ici le plus grand sens et le plus grand soin du temps. »¹⁵³. C'est ce soin accordé au temps et ce temps accordé au soin que je souhaite maintenant aborder dans cette dernière partie afin d'évoquer les moyens dont dispose le psychomotricien pour aider les personnes malades d'Alzheimer à vivre leur temps le plus humainement possible...

152 cf. supra p. 53
153 GZIL F. Ibid p. 68

LE TEMPS DU SOIN

1. Définition du soin

La première chose qui me semble importante à rappeler est l'existence d'un lien étroit au niveau étymologique entre le « soin » et le « penser ». En effet, les mots de la famille de cogitare et pensare ont pour sens de base celui de « penser ». Leur sens second, qui représentent les notions de « souci », « chagrin, tristesse », « crainte », sont aussi ceux de la famille de soigner¹⁵⁴.

Dans sa définition générale, le soin est un souci, une préoccupation, un attachement de la pensée pour quelqu'un ou quelque chose. Il est aussi un intérêt, une attention portée à l'autre ou à une chose. Il se définit comme une priorité donnée par rapport à d'autres. Il est une responsabilité à assumer et enfin il est une tâche confiée à quelqu'un, une mission¹⁵⁵.

Il semble alors que le soin puisse s'appréhender dans chaque instant de notre vie puisque l'on peut avoir un souci de bien faire notre travail, un intérêt pour une activité, une attention pour quelqu'un ou encore avoir un attachement spécifique à faire du sport, à faire attention à notre santé ou bien à donner une priorité à telle ou telle chose au cours de notre vie. Je pense alors que le soin englobe chaque moment de notre vie, au carrefour entre le penser, l'être et le faire, entre le corps et l'esprit. En ce sens, il rejoint le temps qui constitue une donnée sensible et subjective de l'expérience humaine. Le soin nous rappelle le temps de notre vie et implique un rapport particulier au temps.

Pour Frédéric Worms, le temps dans le soin nous apparaît à la fois, comme suspendu et souligné par le soin. En cas d'urgence vitale, la proximité de la mort nous fait ressentir le temps comme réel. Au contraire, lorsque nous sommes totalement attentifs à quelqu'un ou à une activité, nous oublions le temps qui passe. Ce vécu est agréable. Nous sommes absorbés par l'expérience d'une création d'un lien à l'autre, d'un lien à soi ou de quelque chose, comme lors de l'atelier couture par exemple. A chaque fin d'atelier, une dame disait « c'est déjà fini ? Ça

154 CNRTL Définition du soin in <http://www.cnrtl.fr/definition/soin>, consulté le 15/04/2017

155 Ibid

« passe vite ! ». Une autre dame lors d'un autre atelier dit « le temps passe plus vite selon les couleurs que l'on utilise... ». Ici, c'est la possibilité d'une création qui nous fait percevoir le temps comme réel et son passage¹⁵⁶.

Afin d'approfondir cette idée, les interactions précoces me semblent tout à fait manifeste de cette attention portée à l'autre et notamment la préoccupation maternelle primaire telle que l'a décrit Donald W. Winnicott. Il s'agit d'un état d'hypersensibilité de la mère qui s'ajuste au plus près des besoins de son enfant. Par l'ensemble des soins prodigués, la mère va rassembler son enfant et favoriser l'établissement d'un self qui donne un sentiment continu d'exister permettant à l'enfant d'habiter son corps. Cette préoccupation est une base indispensable au processus d'individuation et de subjectivation. Cette attention portée à l'enfant révèle la faculté qu'a la mère de s'identifier à son enfant, d'éprouver les ressentis qu'il éprouve, de pouvoir les accueillir et leur donner du sens¹⁵⁷.

La mère va ainsi mettre en sens le vécu de son enfant par un ensemble d'activités de portage, de satisfactions des besoins de base et de stimulation que D. W. Winnicott nomme « holding ». Ce holding maternel correspond à la façon dont la mère porte, maintient son enfant, tant physiquement que psychiquement, et cela dans une adaptation qui décroît progressivement à mesure que la dépendance s'amenuise. La mère qui atteint cet état procure à son enfant un environnement « suffisamment bon », qui favorise ses tendances naturelles au développement. « C'est ainsi que le nourrisson devient progressivement capable de faire l'expérience de soi »¹⁵⁸ et de se sentir réel.

Ainsi, c'est bien dans cette attention portée à l'autre et dans ce temps accordé (donné et reçu) que la relation intersubjective s'établit et favorise chez le sujet l'expérience de soi et de sa présence au monde. En effet, pour F. Worms, la réalité du temps du soin se traduit toujours dans l'instant. Le temps est une découverte de la nouveauté¹⁵⁹. Ceci rejoint la pratique psychomotrice qui selon G. Ponton,

156 WORMS F, (2013) « Le temps du soin », organisé dans le cadre des Rencontres transdisciplinaires du Centre d'Études du Vivant, Université Paris-Diderot, [En ligne] Disponible sur : http://mc.univ-paris-diderot.fr/usermedia/task=show_media&mediaRef=MEDIA130514163051674&Presid=2382

157 WINNICOTT D.W. (2006)

158 Ibid p. 59

159 WORMS F, Ibid

« conçoit le temps comme un processus de renouvellement où tout est sans cesse en transformation »¹⁶⁰.

Je pense alors pouvoir définir ma conception du soin comme une attention portée à la vulnérabilité de quelqu'un et à la préoccupation de son mieux-être dans la globalité de son être, dans le respect de sa temporalité et qui l'inscrit dans une évolution porteuse de sens.

Pourtant, globalement, l'esprit du soin et sa reconnaissance sont loin d'intégrer ces éléments et sont avant tout d'ordre médical. Il s'agit alors de mettre en œuvre l'« ensemble des actions et pratiques pour conserver ou rétablir la santé »¹⁶¹. Une des dérives existantes aujourd'hui est de réduire le soin à son seul aspect technique qui supprime l'intersubjectivité. C'est ce que nous pouvons percevoir dans certains établissements gérontologiques, où le fonctionnel prime souvent de façon exagérée sur le relationnel.

2. Le temps du soin en EHPAD

Pour Vincent Landreau, l'entrée en EHPAD est souvent vécue brutalement par le sujet âgé puisqu'il passe d'une vie généralement perçue comme autonome et indépendante à celle de l'institution qui prend totalement en charge son existence. En termes de temps, le rythme de l'institution actuelle est encore trop souvent en contradiction avec la temporalité psychocorporelle du sujet âgé et accentue la désorientation, présente chez certains, en les déconnectant de la réalité du monde et du même coup de leur ancrage corporel. L'institution ne donne plus la possibilité au sujet de se prendre en charge, de maîtriser son environnement et de prendre soin de lui-même. Il devient dépendant des autres et perd progressivement tout désir d'être autonome, c'est à dire de faire des choix, de prendre des initiatives et d'avoir des envies¹⁶².

J'ajoute également que ce passage d'une vie où le sujet est acteur à une vie passive, modifie profondément les modalités d'interactions du sujet avec son

160 PONTON G (1998) p. 16

161 CNRTL Ibid

162 LANDREAU V. (2004) p. 80

environnement, ainsi que la perception qu'il en a. En effet, n'étant plus actrice de sa vie, la personne subit régulièrement les effets des flux sensoriels venant de l'extérieur et de l'intérieur de son corps sans pouvoir agir pour les maîtriser ou leur donner du sens. Ceci participe de la désorientation temporelle car le sujet n'est plus en mesure de s'approprier son environnement qu'est l'institution par ses sens et d'installer un dialogue avec lui pour pouvoir s'y adapter¹⁶³. De la même façon, l'appauvrissement sensoriel vécu notamment lors des repas, concourt à cette perte d'autonomie. Pour G. Ponton, « cet appauvrissement sensoriel altère toutes les fonctions expressives, car la conscience se fragmente n'étant plus unifiée par les sens »¹⁶⁴ et dans le temps.

Pour V. Landreau, « l'Institution, dernière adresse où l'on finit sa vie parce que l'on a mal vieilli physiquement et psychiquement, provoque bien des pertes à un moment de l'existence où l'on n'est plus très enclin aux transformations, où on n'a plus la souplesse pour changer de lieu et de rythme de vie. »¹⁶⁵. Le sujet âgé désorienté doit s'adapter à un environnement particulier, aux différents flux sensoriels qui l'assaillent ainsi qu'aux différentes personnes qui s'occupent de lui et qui lui imposent une organisation de la journée différente de celle connue depuis toujours.

L'organisation demandée par les autorités de tutelle notamment l'Agence Régionale de Santé (ARS), est une rationalisation du temps de travail impliquant une prescription horaire des actes. Son but est d'optimiser l'intervention de chaque professionnel et de proposer un accompagnement individualisé dans un contexte de vie en collectivité¹⁶⁶.

Du côté des soignants, ces directives imposent des conditions de travail vécues difficilement. Depuis plusieurs années, les résidents sont de plus en plus âgés et avec un niveau de dépendance croissant. Dans le même temps, on observe une intensification des cadences comme seule possibilité pour effectuer l'ensemble des

163 cf. supra p. 12. Je renvoie le lecteur à la théorie de M. Merleau Ponty qui nous éclaire sur ce point.

164 PONTON G. (1996) p. 19

165 LANDREAU V. Ibid p. 78

166 Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (2016) « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », in <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles-par-des-personnels>, publié le 22/09/2016, consulté le 16/04/2017

tâches imparties aux soignants¹⁶⁷. Le temps de travail des soignants se concentre alors essentiellement sur la satisfaction des besoins physiologiques des résidents et seulement quand il leur reste du temps, ils entrent en relation avec la personne. Cela ne correspond qu'à 20 % de leur temps en moyenne. Mais durant ces temps d'interactions, majoritairement verbales, avec le résident, le soignant réalise très souvent une autre tâche (toilette, ménage, rangement, etc.)¹⁶⁸. A mon sens, cette simultanéité empêche de réellement porter attention à la personne et d'avoir une interaction adaptée.

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, l'environnement dans lequel vit le sujet influence ses rythmes biologiques. Un individu sera mieux synchronisé à son environnement si la période de son horloge biologique coïncide avec les rythmes externes. Nous avons vu que la rythmicité du sujet âgé atteint de MA est de plus faible amplitude, impactant sur ces capacités d'adaptation¹⁶⁹. Or, au sein des EHPAD, l'organisation du temps est calquée sur les horaires de repas, eux-mêmes modelés sur les contraintes des plannings des soignants et des cuisines, eux-mêmes ajustés sur l'organisation hospitalière¹⁷⁰. Le rythme du patient n'est pas au centre de l'organisation. Cette situation est source d'anxiété et de conflit impactant physiologiquement, corporellement et psychologiquement les sujets âgés (refus de soin, refus alimentaire, troubles du sommeil, incontinence, désorientation, anxiété...).

Le manque de temps est constamment rappelé par les professionnels. Le rythme de travail soutenu peut alors contraindre le soignant à se focaliser sur l'efficacité et le résultat de la tâche à accomplir. Celui-ci ne prend alors pas le temps d'être avec la personne et de penser la manière la plus adaptée de réaliser tel ou tel acte pour chacun des résidents tout en soutenant leurs capacités d'autonomie et leur engagement relationnel. L'organisation des soins comprime les relations intersubjectives et réduit la satisfaction des besoins à des actes médicaux qui prennent le pas sur l'aspect « lieu de vie » des EHPAD.

167 DREES Ibid

168 RAYBOIS M. (2014), pp. 96-97

169 cf. supra p. 47

170 POLARD J. (2017) « Pas le temps de faire son travail », in <https://blogs.mediapart.fr/jose-polard/blog/200417/pas-le-temps-de-faire-son-travail>, publié le 20/04/2017, consulté le 25/04/2017

Or, selon F. Gzil, les personnes désorientées, nombreuses en EHPAD¹⁷¹, sont celles qui ont le plus « besoin qu'on leur laisse le temps, qu'on leur donne du temps, pour s'habiller, pour manger, pour comprendre, pour s'exprimer. On pourrait même dire que ce dont elles ont le plus besoin c'est qu'on ne les brusque pas, qu'on ne les presse pas, qu'on respecte leur rythme, qu'on se mette à leur rythme.»¹⁷². En effet, la dépendance et le ralentissement psychomoteur du sujet âgé dépendant ne peuvent cohabiter avec la rapidité demandée par l'institution.

Dans ces conditions, où le temps manque, où il est source de stress, de conflits et où le temps d'un soin relationnel semble inexistant, comment pourrait-on penser soigner des personnes désorientées dans le temps ? Comment peut-on soutenir leur sentiment d'existence si l'organisation même de l'institution ne permet pas le respect du rythme des personnes et l'émergence de leur présence au monde ?

Avec la maladie, les personnes perdent le temps, et elles désapprennent des choses qu'elles savaient faire auparavant. Psychiquement et corporellement, elles sont morcelées. Elles ont oublié une grande partie de leur vie passée et ne se reconnaissent plus. Ce qui perdure est la mémoire émotionnelle, sensible au contexte et aux interactions. Or, très souvent ces émotions ne sont pas identifiées ni reconnues par les soignants comme telles mais portent l'étiquette de « troubles psycho-comportementaux ». La personne est dite agressive, violente, elle crie, elle refuse les soins, ou au contraire elle se montre apathique, en retrait et se laisse faire. Dans les deux cas, il y a un vécu de dépendance, même de façon inconsciente. Ce vécu est source de souffrance pour la personne qui perd progressivement tout désir et toute autonomie.

Face à l'objectif de maintien voire de développement de l'autonomie des résidents, les professionnels témoignent fréquemment de leur sentiment d'échec et d'impuissance. Ils constatent la perte d'autonomie progressive ou subite des personnes¹⁷³.

À mon sens, le moment de la toilette est symptomatique de cette perte

171 DREES Ibid 42% des résidents en EHPAD ont été diagnostiqués comme souffrant d'une pathologie démentielle, soit environ 240 000 personnes.

172 GZIL F. Ibid p. 51

173 DREES Ibid

d'autonomie progressive et de ce manque de temps des soignants. Cet acte de soin représente une part importante du temps de travail des soignants et un élément important de leur culture soignante. La propreté est une de leur valeur professionnelle, difficile à assouplir. Elle est en général, effectuée en quinze à vingt minutes dans le meilleur des cas mais peut l'être en moins de temps en fonction des effectifs de soignant. Ce temps est le temps de soin le plus long proposé par les soignants et dont bénéficient les résidents. Pourtant, ce soin est à risque. Il cristallise les difficultés qu'ont les soignants auprès des résidents les plus vulnérables, car il est souvent marqué par un défaut d'ajustement corporel du soignant au rythme de la personne. Il manifeste d'une désynchronisation sensori-motrice susceptible de générer des tensions dans la relation et d'entraver les capacités d'autonomie du sujet. Celui-ci peut alors manifester des réactions défensives envers les soignants qui sont autant de décharges tonico-émotionnelles.

Comment expliquer ce vécu ? L'expérience émotionnelle du sujet âgé dépendant associe la toilette à une émotion particulière en lien avec le tonus, le rythme des gestes, la posture, l'expression du visage, le regard, la parole et la qualité du toucher du soignant. Or, si le soignant réalise ses gestes trop rapidement, en ne prenant pas le temps d'expliquer ce qu'il fait avant de le faire, sans prêter attention au langage corporel et à l'expérience de la personne, cela peut provoquer un vécu négatif et désagréable du moment de soin. Pour G. Ponton, « plus nos gestes sont rapides, plus ils entraînent [...] la raideur, la rétraction, la contraction par réaction de défense dans la crainte ou l'appréhension. »¹⁷⁴. Un cercle vicieux s'installe puisque les expériences négatives laissent une trace émotionnelle chez le sujet qui s'associe à la personne, à l'espace, à l'action et perdure dans le temps, participant à la dégradation de la relation soignant/soigné. Un sentiment d'impuissance apparaît alors chez les soignants qui sont en manque de temps pour élaborer autour de ce processus.

Mme H est entrée en EHPAD récemment suite à une perte d'autonomie du fait d'une aggravation de son syndrome démentiel. Elle a de nombreuses capacités restantes, mais elle a besoin d'aide pour la toilette. Il est nécessaire de la stimuler

174 PONTON G. Ibid p. 14

en amorçant le mouvement. L'aide soignante qui prend en soin cette dame sollicite la psychomotricienne pour commencer un suivi avec elle, car elle estime qu'avec seulement un quart d'heure alloué à la toilette, d'ici un mois cette patiente aura perdu toutes ses capacités.

En effet, la toilette est souvent réalisée à la place de la personne. Pour aider Mme H à rester autonome, il faut prendre le temps de comprendre comment elle fonctionne, ses habitudes, ses ressources, ses difficultés et lui donner les appuis nécessaires pour qu'elle fasse les gestes seules. Mais tout cela réclame de porter attention à la personne et de lui donner de notre temps pour lui permettre de prendre son temps et ainsi soin d'elle-même. De plus, maintenir et stimuler l'autonomie dans cet acte de la vie quotidienne ne se réduit pas seulement à l'acte de se laver ou à des mesures d'hygiène. Il s'agit aussi et surtout d'avoir un rapport avec son corps, et de pouvoir être maître de son corps à ce moment-là.

Selon Michel Personne, « les dépendances chroniques apparaissent lorsque le temps n'est pas pris en compte dans la relation avec le corps d'autrui, lorsque le rythme imposé dépasse les possibilités de contrôle de la personne. Un phénomène de désynchronisation se manifeste alors quand ces contraintes se répètent. Il en découle des phénomènes d'agressivité, de passivité, l'apparition de pathologie plus lourdes de types régressifs »¹⁷⁵.

Afin de répondre à ces enjeux, et réhabiliter un corps sujet, la psychomotricité a un rôle primordial à jouer durant ce moment et auprès des équipes. Selon G. Ponton, les gestes des soignants doivent être orientés vers la conscience du corps du sujet âgé afin de stimuler, chez lui, la perception de soi par son corps¹⁷⁶. Le soin relationnel constitue une prévention à la grabatisation qui menace avec l'avancée en âge et avec l'aggravation de la maladie. Il est indispensable de repousser sa survenue par des stimulations adéquates et répétées régulièrement afin d'éveiller la conscience corporelle du sujet, dans un contexte suffisamment bon et favorable respectant le rythme de la personne et apportant une contenance psychocorporelle spécifique et appuyée.

175 PERSONNE M. (2009) p. 119

176 PONTON G. Ibid p. 17

3. Le temps du soin en centre d'accueil de jour

L'Accueil de Jour reçoit des personnes âgées de plus de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, ayant conservé suffisamment d'autonomie pour vivre encore à domicile. Elles sont reçues toute une journée et peuvent bénéficier de plusieurs jours d'accueil dans la semaine. L'équipe pluridisciplinaire élabore un projet individuel d'aides et de soins adaptés, en tenant compte de l'environnement social de chaque personne accueillie et du stade d'évolution de sa maladie. Ce dispositif a plusieurs objectifs¹⁷⁷ et s'inscrit pleinement dans une politique de soutien à domicile. Il permet de consolider les repères temporels et spatiaux déjà construits et d'en installer d'autres.

En accueil de jour, il s'agit de penser chaque moment de la journée comme un moment de soin. Il faut trouver un équilibre entre les moments d'activités et les temps de groupes, et les moments de pause où les personnes peuvent s'isoler, au calme, si elles le souhaitent. Il ne faut pas sur-stimuler mais adapter les stimulations en fonction des appétences et des difficultés des personnes. Ainsi, de 10h pour les premiers arrivants à 17h40 pour les derniers partants, la répartition des temps de la journée est pensée pour que la journée soit la plus adaptée possible aux difficultés rencontrées par les personnes accueillies, tout en stimulant leurs capacités d'adaptation et leur autonomie. A mon sens, le CAJ est une structure où le temps est présent, vécu et pensé. La succession des différents temps de la journée présente un ordre particulier qui favorise les capacités d'adaptation. Cet ordre sécurise le sujet qui se sent contenu dans un temps qu'il peut anticiper et aussi contrôler, dans une certaine mesure. Par ailleurs, selon le principe qu'un environnement riche en interactions sociales stimule l'hippocampe¹⁷⁸, le suivi au sein de l'accueil de jour participe à freiner la dégénérescence cognitive et concourt ainsi à construire le temps sur les modalités d'anticipation et de projection tout en inscrivant le sujet dans une histoire commune. De plus, toutes

¹⁷⁷ Maintenir le lien social des patients en stimulant la communication entre eux et avec les soignants, préserver leurs capacités restantes en sollicitant leur participation à différents ateliers cognitifs, créatifs et moteurs et aux activités de la vie quotidienne, de permettre aux personnes accueillies de poursuivre une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, et soulager l'entourage en offrant à ce dernier des périodes de répit.

¹⁷⁸ AMEISEN J-C (2017) *Je me souviens...*, émission Sur les épaules de Darwin des 25 mars et 1^{er} avril 2017 à 11h00, France inter

les activités proposées durant la journée instaurent un rythme qui entretient les rythmes biologiques voire permet de les rétablir. En effet, certaines personnes sont clinophiles lorsqu'elles restent chez elles. Comme c'est le cas pour M. S qui présente une inversion du cycle veille/sommeil. L'objectif de sa présence au centre est qu'il fasse des activités afin de pouvoir se sentir fatigué le soir et qu'il puisse dormir la nuit. Le CAJ vient rompre l'inactivité et installe une rythmicité sociale. En ce sens, il favorise également un vécu positif du temps de leur vieillesse. Celle-ci nécessite un étayage psychocorporel afin de limiter les conduites pathologiques, les mises en échec, les situations anxiogènes, tout en revalorisant la personne dans son identité et en se servant du groupe comme d'un appui à la relation.

Je fais état ici de la journée du jeudi durant laquelle j'étais présente. Les ateliers du jeudi n'étaient pas forcément les mêmes que ceux des autres jours mais l'organisation du temps est sensiblement la même le reste de la semaine.

Le temps d'accueil est un moment important. Le petit déjeuner (café, tartine, beurre, confiture maison) représente un rituel qui perdurent chaque jour et indépendamment des professionnels présents. Ce temps constitue un espace transitionnel pour les personnes entre leur domicile et le centre. Elles perçoivent qui est présent, qui est absent, et l'ambiance du début de journée. Un début d'accordage entre les personnes et avec les professionnels s'installe. Ce temps est également le moment du bonjour où les professionnels serrent systématiquement la main aux personnes accueillies en les nommant. C'est un des rares moments où il m'était possible d'avoir un contact corporel avec les personnes de manière individualisée. J'ai rapidement senti que dans ce serrage de mains, il y a toute une relation qui se crée. Les personnes parlent du temps qu'il fait, de la joie de se retrouver contenu par le groupe. Cela pouvait être l'occasion de verbaliser sur leurs ressentis du jour et d'évoquer leurs difficultés du moment.

Le temps qui suit est le temps de l'atelier Tai-Chi. Ce temps est investi par la plupart des personnes et bien compris dans ses objectifs, le principal étant le maintien des aptitudes motrices. C'est un atelier fédérateur qui rassemble

l'ensemble du groupe autour d'une même activité, d'une même atmosphère, et d'une même temporalité.

Les ateliers mémos, où sont davantage sollicitées les fonctions cognitives des personnes, interviennent ensuite. Ces ateliers rassemblent six à huit personnes présentant des profils et des besoins proches, autour d'une activité sollicitant les aptitudes cognitives et répondant à un objectif de socialisation. Les professionnels sont répartis sur ces groupes en amont pour adapter leurs propositions aux personnes. Le groupe restreint permet davantage de respecter les rythmes individuels et d'arriver à une synchronisation bénéfique pour atteindre une temporalité commune. Les repères temporels sont rappelés à chaque début et fin d'atelier.

Le groupe ainsi constitué lors des ateliers mémos, est maintenu pour le repas thérapeutique. Cela permet de s'appuyer sur la dynamique de groupe créée pour libérer la parole de chacun et encourager les échanges, en particulier lors des temps d'attente entre les plats. Le professionnel, ainsi intégré au groupe, a alors tout le loisir de resituer le temps, de nommer les personnes à qui il s'adresse et de nourrir la socialisation en incluant au maximum toutes les personnes.

Le temps du café est conçu de manière à stimuler l'autonomie des personnes. Elles se servent seules leur café, débarrassent et nettoient les tables. Le temps de la presse qui suit est pensé dans l'optique de préserver leur citoyenneté, leur donner le sentiment qu'ils font partie de ce monde et la possibilité de donner leur opinion sur l'actualité. Le journal est un support à la communication. Les personnes participent si elles le souhaitent mais j'ai souvent remarqué que la plupart des personnes sont relativement passives pendant ce temps. Seules les personnes en capacité et sans troubles sensoriels majeurs participent régulièrement. Ce temps est aussi proposé en postprandial pour que les personnes ayant besoin d'un temps calme puissent le prendre en allant faire la sieste ou simplement en s'assoupissant, bercées par la voix du lecteur et sécurisées par la contenance du groupe.

Le temps des ateliers de l'après midi intervient ensuite et notamment l'atelier

couture auquel j'ai participé puis que j'ai animé au cours de l'année. Cet atelier créatif est pensé de manière à inscrire chaque dame dans un projet commun. Il a pour but de valoriser la personne sur ses capacités, et d'être dans un temps partagé soutenant les capacités de communication. J'ai pu, au travers de cet atelier, réfléchir aux adaptations possibles pour soutenir les capacités et l'engagement des personnes, tout en l'inscrivant dans la durée grâce : d'une part, à la mise en place de boîtes personnalisées sur lesquelles étaient inscrites le nom des personnes, et d'autre part, à la création d'un ouvrage collectif : un plaid en patchwork de tissus de différentes couleurs et textures.

Avant que l'atelier ne commence, la transition entre le temps de la presse et celui-ci, constitue un moment sensible. Les personnes se sont reposées voire assoupies. Leur vigilance décroît. La reprise de vigilance pour se mettre en mouvement et participer à l'atelier peut être source de désorientation et donc d'anxiété. Pour les personnes les plus désorientées, c'est un moment de flottement qui nécessite un accompagnement individualisé afin de rejoindre la personne dans son rythme propre et favoriser une réorientation pour qu'elle participe aux ateliers. Mme U notamment, demandait souvent à partir du centre pour aller s'occuper de ses enfants. Les outils que j'ai utilisés pour que cette demande soit différée ont été multiples : le recentrage dans l'ici et maintenant avec le rappel du cadre temporel, l'invitation « fermée » à l'atelier sans laisser le choix à la personne¹⁷⁹, le rappel de l'activité comme pouvant être un temps pour patienter jusqu'à l'arrivée des chauffeurs, la validation de la demande et l'invitation à s'asseoir avec le groupe sans obligation de participer à l'atelier, et enfin la présentation de la boîte personnalisée. L'installation de la boîte a, en effet, constitué un repère solide de l'inscription de la personne au sein du groupe. Cette boîte individualisée étonnait très souvent, notamment les personnes les plus désorientées, telle que Mme U ou Mme P. Mais, elle a fréquemment représenté un élément rassurant pour la personne, amorçant sa participation à l'atelier. En effet, elle contenait le matériel personnel ainsi que l'ouvrage en cours, inscrivant dans le temps sa participation.

179 Lorsqu'une personne n'est plus en mesure de faire un choix, il est préférable d'orienter la personne vers tel ou tel atelier que l'on pense bénéfique pour elle. Si on lui demande de faire un choix, cela peut constituer une source d'anxiété risquant d'entraîner des TPC défensifs.

Par rapport à mon vécu du temps, ma posture a évolué au cours de l'année. Au tout début, j'étais dans une réponse immédiate face aux difficultés des personnes au risque de « faire pour » elles. Je ne leur laissais pas le temps de s'adapter et de pouvoir trouver seules les solutions. Progressivement, j'ai compris l'importance de leur laisser le temps de déployer leurs ressources, tout en étant présente auprès d'elles pour étayer psychiquement ce moment. Il semble nécessaire de solliciter les personnes au maximum de leurs possibilités pour que l'engagement vienne d'elles et qu'elles aient un vécu structurant du temps. Après avoir accepté de ne pas répondre à toutes leurs difficultés tout de suite, j'ai pu vivre ce moment comme un temps partagé, source de surprise, d'apaisement, de contenance et de verbalisations riches sur leur vie ou le projet en cours. Quand je me suis retrouvée en position de mener l'atelier, j'ai été confrontée à la difficulté de gérer la temporalité du groupe afin que les temporalités individuelles se synchronisent pour créer un temps commun, contenant et apaisant. La dynamique temporelle du groupe est propre à chaque groupe et se constitue à partir de toutes les individualités qui le composent ainsi qu'avec les rituels. Cependant, le meneur a un rôle important à jouer pour contenir chaque personne au sein du groupe et permettre qu'elle s'y adapte. Durant les moments où la temporalité était commune, la détente était perceptible, source d'échanges nombreux.

Au fil des semaines, j'ai également constaté l'importance de la régularité dans le temps des ateliers proposés, et ce à la suite de trois semaines d'arrêt en raison des vacances de Noël. Mme P, familiarisée à l'atelier depuis le mois de septembre, me dit qu'elle ne veut pas participer, car elle ne sait pas coudre. Or, elle participait régulièrement à l'atelier et appréciait ce moment partagé. Son vécu était cependant mitigé, car elle pouvait tout aussi bien être très concentrée sur son ouvrage que se dévaloriser et ne pas saisir les consignes. Cette interruption de trois semaines semble avoir rompu la dynamique engagée de septembre à décembre. La régularité des séances proposées, ainsi que l'ancrage relationnel paraissent primordiaux et soutiennent la participation ainsi que les capacités de la personne. Quand la régularité était présente, l'engagement des personnes sur leur ouvrage se faisait rapidement, et moins de questions apparaissaient quant à ce qu'il fallait

faire. Le groupe trouvait plus rapidement une temporalité commune. Quand cette régularité n'était pas maintenue, il était nécessaire de reconstruire le temps du projet commun et de soutenir davantage la participation des dames. J'ai également remarqué l'importance de verbaliser le temps en début et en fin d'atelier, et de notifier le temps qui passe durant l'atelier afin que les personnes puissent anticiper la fin. L'atelier s'achevait avec le temps de la collation. Un rappel du cadre temporel était nécessaire afin de leur permettre d'être dans une attente contenue et verbalisée favorisant un vécu apaisé du moment suivant.

Le temps de la collation est un moment de partage qui soutient l'adaptation au temps et sa structuration via les modalités sensorielles et relationnelles. Il est très investi et apprécié par les personnes. De nombreux échanges émergent durant ce moment, sur la journée écoulée ou encore sur le moment du départ et l'attente des chauffeurs qui peut paraître longue pour certains. La collation a une valeur réconfortante, car elle représente un temps de pause qui peut constituer un moment de bilan de la journée avant de rentrer chez soi. Ce temps annonce également l'arrivée des chauffeurs, et par là le retour au domicile.

Pourtant, le temps du départ qui suit ce moment convivial est ambivalent. Il y a systématiquement deux professionnels qui accompagnent ce moment mais très souvent il y en a davantage, auxquels s'ajoutent les stagiaires. Un professionnel s'occupe des sorties en donnant aux personnes leur manteau et affaires personnelles, et un autre est présent en soutien pour répondre à l'anxiété générée par ce moment. Celui-ci m'a rapidement questionné, car il est très sensible. Plusieurs éléments contribuent à le rendre si délicat. D'abord, il intervient en fin de journée, au moment de la tombée du jour, notamment en automne et en hiver. Ensuite, il est sous-tendu par l'attente des chauffeurs ou de la famille faisant percevoir le temps dans sa durée. Enfin, ce moment est marqué par une immobilité corporelle des personnes. Alors que pour certains, ce moment est libérateur et synonyme de joie à l'idée de retrouver sa famille ou son domicile, pour d'autres, il est plus compliqué en raison de la diminution de la luminosité et de l'attente trop difficile à gérer. De nombreuses angoisses peuvent émerger (angoisse du noir, angoisse de la solitude, angoisse de l'abandon, angoisse de mort). Les troubles

cognitifs entravent les capacités de régulation tonico-émotionnelle et participent à l'immobilité. Celle-ci peut constituer un moyen de figer le temps, de ne plus le penser pour ne plus y être soumis. Également, il m'est apparu que cette attente confronte le sujet à sa propre vulnérabilité, car elle l'oblige à se projeter dans un avenir proche où il n'est plus contenu par le groupe et l'attention portée des soignants, le laissant seul face à ses difficultés. Partir du centre signifie en effet quitter le groupe et sa bienveillance contenante. La personne retrouve son état de dépendance du fait de l'obligation d'attendre quelqu'un pour la reconduire chez elle alors que durant la journée, elle a pu s'engager dans des activités de la vie quotidienne, échanger avec d'autres personnes et se sentir exister parmi ses pairs. Au sein du centre, tout est adapté pour que les difficultés provoquées par la maladie soit minimisées le plus possible. Mais quand les personnes retournent chez elles, elles se retrouvent confrontées à leurs difficultés. Je me suis souvent questionnée sur la manière dont les personnes pouvaient avoir intégré les expériences vécues au cours de la journée. Est-ce que l'appui donné en journée perdure le soir et le reste de la semaine quand elles sont seules ou avec leur aidant naturel ? Il me semble que oui, ou en tout cas il est important de penser que le temps passé au sein du centre peut constituer un soutien qui favorise un sentiment de sécurité, d'être écouté et entendu, d'être contenu et accompagné, et que cela a des répercussions constructives sur l'ensemble de leur vie. Le temps passé sur la journée et la semaine leur permet d'être nourrit d'expériences positives générées par le partage, la contenance, l'écoute, la bienveillance et le vivre ensemble.

Afin de tenter de contenir les angoisses et d'apaiser le moment du départ, j'ai pensé qu'il serait pertinent de proposer aux personnes les plus en difficultés, un temps d'activité autour de la médiation jardin. De nombreuses plantes sont présentes au sein du centre. Cet atelier s'est ancré autour de deux objectifs principaux : d'une part prendre soin des plantes pour prendre soin de soi-même, et d'autre part proposer une activité contenue et mise en sens pour favoriser un apaisement des angoisses, répondre à l'immobilisme contraint généré par ce temps et favoriser un vécu positif de l'instant présent. Nous avons décidé, avec une aide soignante, de proposer à un groupe de trois à quatre personnes un

atelier jardin durant 30 minutes juste après la collation. Ce moment a souvent été l'occasion de réminiscence du passé et de vécu positif autour des gestes sollicités et des actions impliquées¹⁸⁰. Néanmoins, nous nous sommes rapidement confrontées à la difficulté de maintenir un cadre thérapeutique suffisamment contenant, pensé trop rigide au départ au vue de la fatigue de fin de journée des personnes accueillies mais aussi des soignants. Les capacités d'adaptation en sont amoindries ce qui fragilise inexorablement le cadre. Il a donc fallu rapidement assouplir ce cadre afin de s'adapter à la sensibilité du moment et aux vécus changeants des personnes. En effet, d'une semaine sur l'autre, certaines personnes ne souhaitaient plus participer à l'atelier en raison d'une angoisse trop importante à ce moment-là, ou bien du fait de l'arrivée du chauffeur plus tôt que d'habitude, ou encore du fait qu'elles n'avaient simplement pas envie. Pour ces raisons, il n'y a pas eu véritablement de régularité dans la proposition de cet atelier. A plus long terme, il serait peut-être davantage approprié de le proposer de façon individuelle et informelle pour répondre à l'anxiété des personnes pouvant se montrer sensibles et disponibles à cette médiation.

4. Le temps comme outil de soin du psychomotricien

Selon F. Worms, « on ne peut soigner un sujet blessé dans son rapport au temps que par le temps. »¹⁸¹. A partir de ce postulat, et au regard du vécu de la personne désorientée dans le temps, vivant le présent intensément et où tout ce qu'elle vit est immédiat pour disparaître ensuite rapidement, il semble essentiel pour le psychomotricien de penser ce temps auprès du sujet âgé désorienté. La maladie ramène le temps de l'expérience vécue comme un temps primordial et vital.

« Lorsque ma mère me sourit, je savoure son sourire tout de suite comme elle le fait du mien car dans cinq minutes elle aura tout oublié, mon sourire, ma venue. Maman m'a appris à ne plus vivre les choses en différé mais à les vivre au moment même où elles se vivent. C'est une grande richesse »¹⁸².

180 Prendre, donner, remplir, vider, appuyer, tasser, ouvrir, nettoyer, regarder, toucher, sentir, porter, arroser, se baisser, se relever, semer, couper, collaborer, aider...

181 WORMS F. Ibid

182 LANDREAU V. Ibid p. 73 citant la fille d'une dame souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Pour G. Ponton, plus nous sommes présents dans le temps de la rencontre, plus nous pouvons rejoindre le sujet dans le temps où il se situe et aider à construire le temps qui suivra¹⁸³. Le soin relationnel, intersubjectif requiert la suspension de tout le reste pour faire émerger la spécificité d'autrui. Durant cette expérience de soin, telle que nous pouvons la vivre en psychomotricité, nous prêtons attention à l'expérience individuelle de l'autre, à l'écoute de son corps et de son expression, à son temps. Le temps du soin donne à saisir non pas un avenir abstrait, mais un présent concret, une action réelle qui soutient l'adaptation du sujet et ses capacités d'être au monde.

De quelle manière cette attention sensible au temps prend corps dans la pratique psychomotrice ?

Le temps de la relation

Mme B est très angoissée à l'idée que son mari ne vienne pas la chercher. Un lien s'est créé avec cette dame au cours du temps. Je sens qu'elle me reconnaît et qu'elle a confiance en moi. Progressivement, son angoisse est soulagée plus rapidement grâce à son vécu positif au sein du centre et au soutien du lien créé. Au cours d'un atelier couture auquel je l'invite à participer afin de contenir son angoisse, je remarque qu'il lui est difficile de s'engager plus d'une demi-heure sur l'activité tellement son angoisse l'envahit. Afin de lui permettre de s'apaiser, je la sollicite pour qu'elle se raconte. Elle me confiera que son mari est à l'hôpital et qu'elle a peur de ne pas le revoir. « Il est malade » dit-elle avec beaucoup d'émotion dans la voix. À un autre moment, son mari alors à ses côtés mais échangeant avec une autre dame, nous discutons à nouveau de lui. Je ressens chez elle beaucoup d'amour à l'égard de cet homme. Je le verbalise. Ses yeux pétillent et elle acquiesce.

Le temps de la relation dans ces aspects de rythmes et soutenu par un dialogue tonico-émotionnel congruent, contribue à l'intégration des données de la temporalité et à la structuration psychocorporelle de l'individu. La communication non verbale et le toucher sont également de profonds organisateurs temporels

183 PONTON G. Ibid p. 18

comme a pu nous le montrer Mme U¹⁸⁴. Ce temps est un appui au travail du psychomotricien. Il permet au fur et à mesure de connaître la personne, d'installer une relation de confiance permettant de connaître et reconnaître la personne dans son identité propre, avec ses spécificités et de créer une histoire commune inscrite dans le temps. Lorsque des difficultés apparaîtront, l'appui de la relation permettra d'accompagner au mieux la personne.

La parole favorise également un vécu positif du moment, en permettant d'apaiser les tensions existantes et en soutenant la relation. Comme le dit J. Messy, « il faut parler aux déments »¹⁸⁵. Le langage inscrit le sujet dans une relation intersubjective où il peut élaborer sa vie sous forme de récit. Se raconter aux autres participe au soutien de la mémoire autobiographique. Il permet à l'individu de verbaliser ses expériences et de les ancrer dans une succession ordonnée et pensée soutenant ainsi la structuration temporelle dans le temps de sa vie¹⁸⁶. Lorsque cette capacité n'est plus efficiente, l'accompagnement langagier du soignant et en particulier de celui du psychomotricien, soutenu par les propositions corporelles favorise une harmonie psychocorporelle du sujet et une inscription dans le temps.

*Pour une synchronie psychocorporelle*¹⁸⁷

Pour Céline Vigier, l'éthique du soin en psychomotricité est de se mettre corporellement à l'écoute du sujet, de l'écouter parler, vivre, ressentir et ressentir avec lui¹⁸⁸. C'est dans l'implication corporelle du psychomotricien et dans son propre ancrage que tient l'essence même d'une recherche de synchronie, d'une attention à l'autre et d'une intention de soin de l'autre. Pour G. Ponton, cette attention favorise un état de réceptivité psychique, et d'accueil¹⁸⁹, signe d'une écoute et d'une lecture du langage corporel d'autrui. Cette écoute ouvre vers le respect du rythme du patient et de sa temporalité psychocorporelle au travers d'un dialogue tonico-émotionnel cohérent et porteur de sens. La synchronie des rythmes

184 cf. supra p. 63

185 BRANDILY A. (1996) p. 9

186 cf. supra p. 28

187 cf. supra p. 21

188 VIGIER C. (2009) p. 41

189 PONTON G. Ibid p. 12

corporels et psychiques est déterminante à l'harmonisation des liens psychocorporels du sujet et à l'émergence d'une subjectivité¹⁹⁰. L'harmonie des gestes se lit dans le rythme commun permis par la relation d'écoute et d'attention. Le partage de moments de synchronie est le reflet d'une création du lien à l'autre et à soi. Comme le dit C. Vigier, « n'est-ce pas l'essence même de notre profession que de faire émerger le sens, le lien ? »¹⁹¹, lien entre soi et soi, entre soi et les autres, entre soi et le monde, et bien évidemment lien entre les émotions, les sensations et les représentations.

M. F a un rythme de marche très ralenti. La hauteur, la longueur de ses pas et le temps unipodal sont réduits. Le déroulé du pas est quasiment inexistant. La mobilité de la cheville est réduite. Il porte des chaussures orthopédiques avec des semelles compensées. La marche s'organise par un transfert d'appui à droite pour avancer la jambe gauche. En raison de troubles visuels (cécité à gauche et cataracte à droite), M. F doit tourner la tête à gauche pour voir devant lui. Se lever de sa chaise est très dur. Il doit s'y prendre à deux fois. Il pousse un gémissement quand il se lève et quand il s'assoit. Cela lui demande beaucoup d'efforts pour se mobiliser et il a un important ralentissement psychomoteur.

Pour l'accompagner dans cette marche, il faut respecter son rythme. Cela ne sert à rien de le presser. Si notre corps montre une certaine impatience durant ce temps d'accompagnement à la marche, M. F s'arrête et discute de choses et d'autres. Au moment où je l'accompagnais, j'ai ressenti comme un rythme commun. Il me tenait la main et j'impulsais le mouvement vers l'avant, dans une écoute attentive de son rythme. À ce moment-là, il a pu avoir un rythme continu pour la marche. Je ne lui parlais pas car quand on lui parle, il ne peut continuer à marcher. Il ne peut pas faire deux choses en même temps. Il faut lui laisser le temps de prendre son temps.

Durant cette marche, le temps m'apparaît dans sa durée. Cette marche est très longue et semble fastidieuse pour ce monsieur. J'essaye de me concentrer sur le rythme de marche de M. F pour l'accompagner au plus près et ne pas être sur mon

190 cf. supra p. 21

191 VIGIER C. Ibid

rythme personnel. Auparavant, je m'aperçois que j'avais tendance à penser à l'endroit où je voulais l'emmener alors qu'il s'agit de penser ce moment au présent pour l'accompagner au mieux sans avoir une attente particulière vis-à-vis de lui. Ce qui compte n'est pas le but, mais le chemin à parcourir. Accompagner la personne moment après moment sans avoir d'*a priori* sur ce qu'elle va faire ou peut faire. Je me rends compte également qu'un équilibre est à trouver, entre donner un appui qui soutient les capacités et l'engagement du sujet, et apporter « trop » d'appuis pouvant entraver son autonomie en le conditionnant à avoir un soutien extérieur.

Le temps de la médiation

La psychomotricité en gériatrie ne peut être une intervention purement rééducative ou fonctionnelle. L'ensemble des médiations à disposition du psychomotricien sont autant d'appuis donnés au sujet souffrant, pour soulager sa détresse émotionnelle et lui permettre de se construire des repères temporels, spatiaux, corporels, de relation à soi, aux autres et à son environnement. Le sujet est alors absorbé dans l'expérience de la création qui sous-tend toute médiation et favorise un vécu positif du temps. En créant du lien entre toutes les dimensions du sujet, elles sont un moyen de rencontre de soi et de l'autre dans un plaisir partagé. La médiation permet également de susciter du désir et de la satisfaction chez le sujet agissant et pensant. En installant un délai entre ce désir et sa satisfaction (la séance de psychomotricité), on peut ainsi supposer que la médiation concourt à limiter la désorientation. En ce sens, pour C. Potel, elles ont aussi un effet de symbolisation qui soutient la construction du rapport au monde du sujet avec ce et ceux qui l'entourent¹⁹². Elles participent ainsi à l'équilibre psychocorporel de la personne en s'appuyant sur ses ressources et en faisant avec ses difficultés.

C'est dans ce temps suspendu du soin et dans l'espace transitionnel de la médiation que, selon Jacques Goumas, «le corps peut être perçu comme un lieu d'actualisation des contenus psychiques [et en même temps] l'outil du soin psychomoteur. Le corps devient alors « lieu d'expression (le corps exprime ses plaisirs, ses désirs, ses émotions, sa souffrance, sa douleur, ses difficultés) [et] lieu

192 POTE C. (2010) pp. 364-368

d'impression (le thérapeute imprime par la médiation corporelle des expériences à vivre, à ressentir)»¹⁹³.

Le temps, un appui du cadre thérapeutique

Pour C. Potel, le cadre thérapeutique « est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. »¹⁹⁴. Le temps de la séance permet de contenir les éprouvés du patient et d'enrichir son vécu corporel. Il doit être sécurisant avec une implication corporelle soutenue du psychomotricien. Le soin en psychomotricité propose un temps différent de celui du temps social. Le temps du monde est suspendu pour se rencontrer soi-même, sur différentes façons d'être. Il est important de rappeler le cadre temporel en début et en fin de séance, avec des repères visibles afin de soutenir l'orientation dans le temps présent.

Au sein de ce cadre, pour Daniel Stern, l'« ici et maintenant » développé par la psychanalyse, semble le plus apte à provoquer un changement. L'accent doit être mis sur l'expérience. Ce qui prime dans le soin est ce qui est vécu dans l'instant de la relation patient/thérapeute plutôt qu'à la compréhension de son sens. Quand nous faisons attention à l'autre, à un moment donné, quelque chose peut émerger, qui ne serait pas venu sans le soin, et sans notre attention portée à l'autre¹⁹⁵. Pour F. Worms, « le soin est une surprise intersubjective »¹⁹⁶. Il est ainsi important de laisser le temps au patient d'explorer les propositions qui lui sont faites tout en lui donnant les appuis nécessaires à son engagement. Comme le dit M. Personne, « le chemin de l'acte libre est seul capable de donner consistance au temps parce que le sujet s'y investit »¹⁹⁷. Une expérience corporelle vécue pourra faire surgir des éléments passés, présents et futurs. Ce temps est source de pensée, d'élaboration pour le sujet qui peut ainsi trouver les solutions par lui-même. Cela oblige à laisser au patient son temps d'intégration et de mise en sens du vécu au cours de la prise en soin et, bien sûr, de ne rien attendre. La compréhension du sujet intervient dans

193 GOUMAS J. (1997)

194 POTE C. (2010), p. 321

195 STERN D. N. (2003)

196 WORMS F. Ibid

197 PERSONNE M. (2009) p. 120

l'après coup et dans le temps global de la prise en soin. Selon C. Vigier, on privilégie ainsi « un savoir affectif qui demeure présent jusqu'à la fin, alors même que [certains] patients semblent définitivement en vacance d'eux-mêmes. »¹⁹⁸.

Le soin psychomoteur tient peut-être en ce que nous accompagnons, nous soutenons l'autre à pouvoir porter attention à lui-même, et donc à prendre soin de lui-même. Il s'agit d'accompagner la personne là où elle en est et non là où nous voudrions qu'elle soit. Le patient sait quel chemin il doit prendre. C'est à nous de savoir écouter pour l'accompagner et le soutenir pour qu'il continue à se développer et qu'il conserve confiance en ses capacités. Le soin n'est pas seulement un secours, mais il est toujours un soutien, et la création d'un temps commun. Cette conception du soin ramène le patient comme acteur de son prendre soin.

« Préserver le sens du temps, cela signifie à la fois accorder du temps de présence, d'écoute, de disponibilité ; cela signifie aussi essayer de s'adapter au rythme, ralenti mais toujours singulier de chaque personne ; cela suppose enfin, lorsque la personne ne peut plus être elle-même, de répondre de son identité et de son histoire, d'être en quelque sorte les garants de cette histoire commune. »¹⁹⁹.

198 VIGIER C. Ibid
199 GZIL F. Ibid p. 68

CONCLUSION

Ce mémoire m'a permis de réfléchir, avant tout, à ma posture de future psychomotricienne et de m'interroger sur la temporalité du patient, de l'équipe, de l'institution, sur ma propre temporalité et ainsi de pouvoir réfléchir à la manière de m'adapter à celles-ci.

La clinique que j'ai vécue durant cette année a suscité en moi de nombreux questionnements qui m'ont conduit à découvrir les écrits de nombreux auteurs. Ce travail m'a amenée à faire des liens et à percevoir ce qu'était le temps et tout ce qu'il engageait dans la relation et dans le soin. Ces apports théoriques m'ont permis de donner du sens à la clinique que je vivais et ont soulevé leur lot de questionnements sur la vie, les autres, moi-même et mon rapport aux autres.

J'ai ainsi pu comprendre que le temps est partout, qu'il se retrouve dans les différentes fonctions psychomotrices et qu'il en soutient leur développement. L'étude de la désorientation temporelle m'a permis d'appréhender de quelle manière les sujets qui en souffrent vivent le temps. Enfin, j'ai pris conscience au travers de cet écrit et des nombreux stages effectués qu'il est essentiel pour le psychomotricien de rejoindre les personnes là où elles sont, dans le temps de leur vie et de partir de ce qu'elles sont et de ce qu'elles apportent afin de soutenir leur adaptation au temps et au monde. L'observation psychomotrice revêt donc une importance fondamentale bien qu'elle nécessite du temps et ne puisse se réduire à un acte dont il faudrait quantifier le temps. Entre psychomotricien et patient, il y a une rencontre de deux êtres et de deux façons de vivre le temps, créant ainsi la spécificité et le caractère unique de la relation. Les sujets âgés m'ont fait apprécier le moment présent pour lui-même et m'ont permis de prendre conscience de l'expérience vécue dans l'instant de la rencontre. Une question posée en introduction me semble encore à creuser : De quelle manière notre rapport au temps en tant que soignant conditionne l'accompagnement de ces personnes et leur sentiment d'existence ? J'ai pu l'aborder au travers de la réflexion sur l'EHPAD, mais il me semblait important de la questionner également au CAJ et auprès de psychomotriciens travaillant en gériatrie. Pour répondre à cette question, j'ai

proposé un questionnaire à destination de ces professionnels ce qui m'a donné un début de réponse. Il faudra que je continue à interroger l'impact des pratiques professionnelles en termes de temporalité, mais également que j'affine mon propre rapport au temps. Parmi tous les outils dont dispose le psychomotricien, le temps est à mon sens celui qui conditionne tous les autres. J'ai pu démontrer l'intérêt de le penser comme tel. Il me semble avoir acquis un savoir-être qui doit maintenant prendre forme au travers d'un savoir-faire grâce à l'utilisation de différentes médiations afin de pouvoir m'adapter au plus près des besoins et des envies des futurs patients que je rencontrerai.

Le psychomotricien se doit, selon moi, d'être le garant du temps en gériatrie afin de soutenir les ressources et les capacités d'être au monde des personnes prises en soin qui ne sont pas seulement des patients mais avant tout des sujets pensants. Cette nécessité ne se cantonne pas seulement, à la gériatrie. J'ai aussi pu percevoir l'intérêt de penser le temps du soin auprès des autres populations rencontrées lors de mes stages. A mon sens, le psychomotricien se doit de garantir le respect du rythme du patient pour tendre vers une prise en soin globale de la personne. Il doit aller à contre-courant du temps institutionnel au service du patient.

Au-delà de cet écrit, ce sujet m'a passionné et mes réflexions ne s'arrêtent pas ici. De nombreux éléments abordés n'ont pu être approfondis ouvrant en moi d'autres questionnements qu'il me faudra explorer au cours de ma future pratique professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA J. de (1962)**, *Le corps comme relation*, in JOLY F et LABES G. *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Paris, Éditions du Papyrus, pp 163-184
- ANZIEU D. (1995)**, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod
- AZOULAY C. (2013)**, Temporalité psychique et psychologie projective, *Le Carnet PSY* (N° 169), pp. 34-37, [En ligne], disponible sur : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=LCP_169_0034 , consulté le 25/03/2017
- BACHOLLET M-S, MARCELLI D. (2010)**, Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements, in *Enfances & Psy*, (n° 49), pp. 14-19, [En ligne] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-4-page-14.htm>, consulté le 10/02/2017
- BERGSON H. (1907)** *L'évolution créatrice*, Édition électronique, Les Échos du Maquis, avril 2013, [En ligne] Disponible sur : [http://www.echosdumaquis.com/Accueil/Textes_\(A-Z\)_files/L%27e%CC%81volution%20cre%CC%81atrice.pdf](http://www.echosdumaquis.com/Accueil/Textes_(A-Z)_files/L%27e%CC%81volution%20cre%CC%81atrice.pdf), consulté le 22/12/2016
- BELLEVILLE S. (2009)**, La maladie d'Alzheimer : une maladie de la mémoire de travail ?, *Revue de neuropsychologie*, (Volume 1), pp 51-58, [En ligne] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2009-1-page-51.htm>, consulté le 4/04/2017
- BOUATI N. (1999)**, *Chronopsychologie des personnes âgées*, Paris, L'Harmattan
- BOUATI N. et Al (2015)**, Vieillesse et chronopsychologie : quand l'institution s'égaré... et que la personne âgée perd ses repères, in *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* Volume 15, Issue 86, pp. 102-108, [En ligne] Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/962641>, consulté le 28/01/2017
- BRACQ R. (2013)**, *Temps instable : enfant évoluant d'agité à très agité. Regards sur la représentation du temps dans une prise en charge de l'instabilité*, Mémoire en vue de l'obtention du DE de psychomotricien, Paris VI
- BRANDILY A. (1996)**, Interview de Jack Messy, *Thérapies Psychomotrices*, numéro 106, pp 4-10
- CAMBIER J. (2010)**, *Du temps et des hommes, vers une neuropsychologie du temps*, Reims, Éditions de l'infini
- CELTAN M. (2002)**, Rythme et tempo dans la structuration temporelle. L'œuvre de Mira Stambak, *Enfances & Psy*, numéro 20, pp 118-120. [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2002-4-page-118.htm>, consulté le 22/04/2017
- CHARAZAC P. (2012)**, *Soigner la maladie d'Alzheimer, Guidance des aidants et relation soignante*,

Paris, Dunod

CHARPENTIER C. (2011), *Étude de la perception du temps chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Mémoire en vue de l'obtention du DE d'orthophonie, Paris VI

CICCONE A. et AL (2014) *La violence dans le soin*, Paris, Dunod

CLAUDEL P. (1907), *Art Poétique essai sur la connaissance du temps*, Paris, Mercure de France

CUISINIER B. (2008), *Accroître le soin relationnel avec les personnes désignées démentes séniles type Alzheimer, le travail du vieillir, investir la prévention*, Lyon, Chronique sociale, 2^e édition

DAMASIO A. (2002), La conscience du temps. in *Pour la science*, n° 302, pp 110-113

DE LIÈVRE B., STAES L. (2012), *la psychomotricité au service de l'enfant*, Paris, De boeck, 6^e édition.

DEDU G-M (2011), *Revue de la littérature sur les thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer*, Mémoire de DIU d'Alzheiméologie et Pathologies Apparentées, Lyon-Reims.

DELPHIN-COMBE F. et AL (2013), Effet d'une intervention non médicamenteuse, Voix d'Or®, sur les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, *Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie Vieillesse*, numéro 11, pp 323-330 [En ligne] Disponible sur : http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/effet_dune_intervention_non_medicamenteuse_voix_dor_sur_les_troubles_du_comportement_dans_la_maladie_dalzheimer_ou_une_maladie_apparentee_297882/article.shtml?tab=texte , consulté le 2/02/2017

ERIKSON E. (1972), *Adolescence et crise : la quête de l'identité*, Paris, Flammarion

FEIL N. (2005), *Validation, la méthode de Naomie Feil*, Reuil-Malmaison, Edition Lamarre, 3^e édition

GATECEL et AL, (2013), *La relation en psychomotricité*, in **SCIALOM et AL**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Tome 1, Paris, De Boeck, pp 287-307

GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M. (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Heure de France

GONNEAUD J. et AL (2009), La mémoire prospective dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer : intérêts et limites des études actuelles , *Revue de neuropsychologie*, Volume1, p. 238-246. [En ligne] Disponible sur : URL : <http://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2009-3-page-238.htm>, consulté le 11/04/2017

GOUMAS J., LEROUX F. (1997), Le corps en gériatrie : une approche psychomotrice, in *Soins gérontologie*, numéro 9, pp 32-36

GRATIER M. (2000), Harmonies entre mère et bébé. Accordage et contretemps, *In Enfances & psy*, N° 13, pp. 9-15, [En ligne] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-1-page-9.htm>, consulté le 10/03/2017

- GRISÉ J.** (2014), *Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé*, Canada, Presses de l'Université Laval
- GZIL F.** (2014), *La maladie du temps, Sur la maladie d'Alzheimer*, Paris, PUF
- HUISMAN D. et VERGEZ A.** (1960), *Nouveau précis de philosophie. Tome II La connaissance*, Paris, Nathan
- JUILLET P.** (2000), *Dictionnaire de psychiatrie*, Paris, CILF
- KAËS R.** (2015), *L'extension de la psychanalyse: Pour une métapsychologie de troisième type*, Paris, Dunod
- KANT E.** (2006), *Critique de la raison pure - Esthétique transcendantale*, Flammarion, 3^e édition
- KENIGSBERG P.A et AL** (2015), Les fonctions sensorielles et la maladie d'Alzheimer : une approche multidisciplinaire, In *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, Volume 13, numéro 3, pp 243-258, [En ligne] Disponible sur : http://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/les_fonctions_sensorielles_et_la_maladie_dalzheimer_une_approche_multidisciplinaire_305320/article.phtml?tab= texte, consulté le 01/04/2017
- KLEIN E.** (2003), *Les tactiques de Chronos*, Paris, Flammarion
- LANDREAU V.** (2004), La personne âgée désorientée en institution, *Études sur la mort*, numéro 126, pp 71-83, [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2004-2-page-71.htm>
- MEMBRADO M., SALORD T** (2009), Expériences temporelles au grand âge, *Informations sociales*, numéro 153, pp. 30-37, [En ligne] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-3-page-30.htm>, consulté le 31/03/2017
- MEMBRADO M.** (2010), Les expériences temporelles des personnes âgées: des temps différents ?, in *Enfances, Familles, Générations*, numéro 13, pp 1-20, [En ligne] Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/045417ar>, consulté le 31/03/2017
- MARTY F.** (2005), Initiation à la temporalité psychique. Que serait la temporalité psychique sans l'adolescence 7, *Psychologie clinique et projective*, (n° 11), pp. 231-256, [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2005-1-page-231.htm>, consulté le 25/01/2017
- MERLEAU-PONTY M.** (1945), *Phénoménologie de la perception*. Paris, Gallimard
- NOEL E. et Al.** (1983), *L'espace et le temps aujourd'hui*, Paris, Points
- PANCRAZI M-P, MÉTAIS P** (2005), Prise en charge non médicamenteuse dans les démences sévères, *Psychologie Neurologie Psychiatrie Vieillessement*, vol. 3 (Suppl. 1) pp 42-50, [En ligne] Disponible

sur :http://www.jle.com/fr/revues/pnv/e-docs/prise_en_charge_non_medicamenteuse_dans_les_demences_severes_265321/article.phtml?tab =texte, consulté le 31/03/2017

PAVOT C., GALLIANO A-C. (2013), *La perception de l'espace et du temps chez l'enfant*, in **SCIALOM et Al**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Tome 1, Paris, De Boeck, pp 219-241

PELISSIER J. (2015), *Ces troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*, Toulouse, Éditions Ères, 2^e édition

PERSONNE M. (2009), L'affordance entre les âges, clinique et singularité, *Cliniques méditerranéennes*, numéro 79, p. 117-132. [En ligne] Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2009-1-page-117.htm>

PITTERI F. (2010), *Psychomotricité et personnes âgées*, in **POTEL C.**, *Psychomotricité : Entre théorie et pratique*, Paris, Édition Inpress, 3^e édition, pp 289-310

PONTON G. (1998), Psychomotricité et conscience du temps, Approche psycho-dynamique du temps dans le vieillissement, *Thérapies Psychomotrices*, numéro 116, pp 16-20

PONTON G. (1996), Pour une formation corporelle des soignants, *Thérapies Psychomotrices*, numéro 106, pp 12-18

POTEL C. (2013), *Le temps en psychomotricité*, in **SCIALOM et Al**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Tome 1, Paris, De Boeck, pp 241-251

POTEL C. (2010), *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Éditions Eres

POUTHAS V., MACAR F. (2005), Les bases neurales de la perception du temps et de la régulation temporelle de l'action, *Psychologie française*, numéro 50, pp. 27-45, [En ligne] Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/38055/alertePM>, consulté le 27/02/2017

RAYBOIS M. (2014), Contraintes temporelles et qualité du travail dans l'activité des soignants, in *Psychologie du Travail et des Organisations*, pp 91-104

ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., Le tonus et la tonicité, in **SCIALOM et Al**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Tome 1, Paris, De Boeck, pp 145-177

STERN D. N. (2003), *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable*, Paris, Editions Odile Jacob

TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F. (1991) *Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé : La régression psychomotrice*, Paris, Frison-Roche

TORDJMAN S. (2015), Représentations et perceptions du temps, *l'Encéphale*, Volume 41, Issue 4, Supplément 1 pp.1-14, [En ligne] Disponible sur : <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0013700615300014>, consulté le 28/12/2016

VIGIER C. (2009), La psychomotricité : ou de la fonction d'étayage et de lien dans la maladie d'Alzheimer, *Thérapies Psychomotrices*, numéro 160, pp 38-49

WAHL E., (2010), Hartmut Rosa, *Accélération. Une critique sociale du temps* », *Lectures* [En ligne], Les comptes rendus, avril 2010, Disponible sur: URL : <http://lectures.revues.org/990>, consulté le 12 février 2017.

WINNICOTT D. W. (2006), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Édition de poche Payot & Rivages

ANNEXE I

PRINCIPALES ACTIVITES COGNITIVES ET MOMENTS OÙ ELLES PRESENTENT UNE EFFICIENCE MAXIMALE

Activités mnésiques faisant appel à la mémoire à court terme, comme dans le cas des apprentissages (retenir un numéro de téléphone, un prénom, le nom d'une ville...): l'après-midi à partir de 14 h

Activités mnésiques faisant appel à la mémoire à long terme, comme le rappel des éléments mémorisés ou des faits anciens (date de naissance, les prénoms des enfants, les souvenirs de classe...): tôt dans la matinée, particulièrement entre 7 h et 9 h

Activités perceptivo-motrices, comme la manipulation d'outils, l'écriture, le dessin, l'activité physique: toute la matinée et, pour certaines activités, le début de l'après-midi, selon qu'elles requièrent une faible ou une forte composante mnésique

Activités organisatrices et intellectuelles, comme le calcul mental, l'organisation des éléments par catégorie (donner des noms d'animaux, trouver la similitude entre une pomme et une banane...), expliquer un proverbe: au cours de la matinée, principalement entre 9 h et 12 h

Activités verbales, comme la lecture ou la dénomination d'un objet: tôt dans la matinée, essentiellement entre 7 h et 9 h

Processus automatiques, comme l'utilisation « spontanée » d'une brosse à dent à portée de mains, alors que le sujet est incapable de « nommer » l'objet: en fin de matinée, entre 10 h et 12 h

Processus contrôlés, comme la reformulation d'une consigne, la recherche appliquée d'une solution, l'exécution concentrée d'une tâche: en fin d'après-midi, notamment entre 17 h et 19 h

Processus attentionnels et de vigilance, qui traduisent le rapport de force entre les processus automatiques et les processus contrôlés (exemple: boutonner sa chemise ou faire du crochet sollicitent autant l'automatisme que la précision du geste): tôt dans la matinée (vers 8 h), puis en milieu de l'après-midi (vers 15 h)

Tableau issu de **BOUATI N. et Al** (2015), p107

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE :

La perception du temps chez les personnes âgées de plus de 60 ans

Votre situation :

- Age :
- Lieu de vie :
- Situation familiale : en couple/célibataire / séparé / veuf
- Situation sociale :
 - Retraité - de quelle profession ?
 - En activité - quelle profession ?
- Loisirs
- Informations complémentaires (maladie, déménagement, voyages...)

1 - Avez-vous un lien particulier avec le temps ?

- Impatience
- Patience
- Difficulté à suivre le rythme
- Lenteur
- Flegme

2 - A quelle vitesse le temps passe-t-il habituellement pour vous ?

- Vite
- Lentement

- Ne sait pas

Pour quelles raisons ?

3 - À quelle vitesse pensez-vous que la prochaine heure va passer ?

- Vite
- Lentement
- Ne sait pas

Pour quelles raisons?

4 - À quelle vitesse pour vous a passé la dernière semaine ?

- Vite
- Lentement
- Ne sait pas

Pour quelles raisons?

5 - À quelle vitesse est passée la dernière année pour vous ?

- Vite
- Lentement
- Ne sait pas

Pour quelles raisons ?

6 - Est-ce que les deux dernières années ont été remplies de nombreux événements ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

7 - Quand vous essayez de vous rappeler la date d'un événement, est-ce que vous arrivez souvent à une date qui n'est pas aussi ancienne que la date réelle?

8 - Êtes-vous-souvent stressé par le manque de temps ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pour quelles raisons ?

9 - Comment vous sentez-vous dans ce genre de situation ?

- Tendu
- Détendu
- Ne sait pas

10 - Y a-t-il des moments où vous ne prenez plus en compte l'heure ni le temps qui s'écoule ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, à quels moments ?

11 - Comment vous sentez-vous dans ce genre de situation ?

- Tendu
- Détendu
- Ne sait pas

12 - A quoi cette citation d'Einstein vous fait penser ?

« Placez votre main sur un poêle une minute et ça vous semble durer une heure. Asseyez-vous auprès d'une jolie fille une heure et ça vous semble durer une minute. »

13 - Vivez-vous souvent ce genre de situation ?

- Oui

- Non
- Ne sait pas

14 - Avez vous déjà vécu un grand décalage horaire ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui cela a-t-il eu un effet sur votre manière d'être ?

Expression libre :

Merci beaucoup de m'avoir accordé un peu de votre temps !

ANNEXE III

ANALYSE DES QUESTIONNAIRES À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 60 ANS

Les vingt et une personnes sondées vivent à domicile, vingt personnes sont autonomes et l'une d'entre elle ne peut plus marcher. Aucune ne présente de maladie neurodégénérative. J'ai décidé de scinder le panel en deux catégories, les actifs et les retraités.

19 % sont en activité, parmi ces personnes, 75 % ont 60 ans et 25 % ont 64 ans. Leur lien avec le temps est marqué par de l'impatience. Le temps passe vite pour elles en raison de leur emploi du temps chargé. Les occupations ne semblent pas manquer. Ce sont toutes des personnes très actives. 75 % ont répondu que le temps n'avait plus d'emprise sur elles lors de moments agréables.

81 % du panel sont à la retraite. 53 % (9) d'entre eux se disent « patient » et les 47 % (8) restants se disent « impatient ».

Le panel des personnes dites « impatientes » s'échelonne de 61 ans à 80 ans. 62 % ont entre 61 ans et 66 ans. 38 % ont entre 71 ans et 81 ans. 90 % vivent en couple. 100 % vivent le temps sur un versant rapide. Pour l'ensemble, les nombreuses occupations présentes au quotidien leur font ressentir le temps rapidement. Pour la grande majorité, les journées sont trop courtes pour faire tout ce qu'elles souhaitent. Il n'y a pas de temps de pause. L'une d'entre elles, résume « pas le temps de s'ennuyer ! ». 75 % sont stressés par le manque de temps.

La plupart d'entre elles prennent en compte le temps à chaque moment. Les moments agréables ou choisis sont ressentis sur un versant rapide. 25 % ont répondu que les activités agréables sont des moments où le temps n'a plus d'emprise sur eux.

Pour certains, l'ennui ou les choses désagréables sont vécues lentement et donnent le sentiment de perdre son temps. Une personne résume « Ce qui est désagréable semble durer alors que ce qui est agréable paraît trop court. ». Également, ne pas se projeter dans l'avenir s'associerait à une certaine lenteur.

Le panel des personnes dites « patientes » s'échelonne de 62 à 89 ans. 55 % ont entre 62 et 69 ans. 45 % ont entre 79 ans et 89 ans. 55 % vivent en couple, 33 % sont veufs et 11 % sont séparés.

Pour 89 % d'entre eux, le temps passe vite en raison des nombreuses activités quotidiennes, des intérêts divers, des rencontres entre amis/familles, de nombreux projets d'avenirs et des nombreuses choses passées. L'une de ces personnes résume ceci par « une vie bien remplie ». J'apporterais une nuance pour les plus de 79 ans chez qui le temps semble plus restreint aux activités quotidiennes. Il n'est pas forcément fait état de projet d'avenir.

La personne la plus âgée du panel vit le temps sur un versant lent. Cette personne n'est plus autonome en raison d'une arthrose au genou l'empêchant de se déplacer. Est-ce que la perte d'autonomie physique fait percevoir le temps plus lentement ?

90 % des personnes dites patientes ne ressentent pas de stress dû au manque de temps. Le temps n'est pas vécu comme une contrainte. Une personne résume « courir après le temps est fatigant et plus on vieillit, plus on fait le tri des choses à faire ».

55 % ont répondu qu'elles ne prenaient plus en compte le temps lors des activités agréables ou qui nécessitent de la concentration.

Pour les quatre personnes de plus de 79 ans, il existe le sentiment d'avoir beaucoup de temps et de nombreuses choses à faire. L'une d'entre elle rapporte « j'ai beaucoup de temps pour moi ». Une autre personne remarque la sensation d'être moins rapide pour effectuer certaines tâches et de devoir aller plus lentement.

Pour les deux personnes les plus âgées (85 et 89 ans), il semble qu'il n'y est plus de maîtrise du temps. Voici trois phrases qui résument, me semble-t-il, leur rapport au temps : « Je laisse le temps faire », « je laisse passer la vie », « La vieillesse est un art qui s'apprivoise ».

ANNEXE IV

TEST DE PERCEPTION TEMPORELLE

Demander à la personne d'enlever sa montre.

Quelle est votre perception du temps ?

→ Les notions temporelles

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 ?
6. À quelle heure êtes-vous arrivé(e) aujourd'hui au centre ?
7. À votre avis quelle heure est-il maintenant ?
8. Est-ce que vous savez ce que vous allez faire après cette rencontre ?

→ La perception de la durée

Item 1 : Perception de la durée d'un écoulement temporel (via l'heure)

Matériel : 4 séries de 4 horloges, complétées en dessous par l'heure en chiffre (pour les patients ne sachant plus lire l'heure sur un cadran). En cas de difficultés de lisibilité, le testeur lit l'heure et décrit les séries aux patients. Deux séries représentent des heures pleines, deux autres séries des heures avec minutes (l'exemple comprend une série de chaque). Les séries ne sont pas présentées selon une alternance régulière « écoulement le plus court/ écoulement le plus long », mais dans un ordre non répétitif, le même pour tous les patients :

Exemple : 10h45 → 13h55 / 15h40 → 15h55

1/ 3h → 9h / 8h → 11h

2/ 4h00 → 10h05 / 5h00 → 5h15

3/ 10h → 15h / 12h → 19h

4/ 6h10 → 6h25 / 3h15 → 11h35

Consigne : A chaque série on demande, « Entre les deux paires d'horloges, montrez-moi celle où le temps est le plus long ? ».

Item 2 : Perception de la durée d'un écoulement temporel (via la perception visuelle)

Matériel : 4 images de la même bougie à différents moments de sa consommation présentées dans un ordre non chronologique.

Consigne : On présente les 4 images, on demande au patient de nous montrer : « Quelle bougie a brûlé le plus long temps ? ».

Item 3 : distinction « temps court/ temps long » (via la perception auditive)

Matériel : 4 paires de sons graves (440 hertz) avec toujours un plus long que l'autre.

Les sons ne sont pas présentés selon une alternance régulière sons court/ sons long, mais dans le même ordre pour tous les patients.

Exemple: 1 seconde/ 4 secondes

1/ 6 sec/ 3 sec

2/ 3 sec/ 4 sec

3/ 5 sec/ 3 sec

4/ 1 sec/ 2 sec

Consigne : On fait écouter les sons au patient. A la fin de l'écoute des deux sons, on lui demande de nous dire lequel était le plus long.

Item 4 : Distinction « temps court/ temps long » (via la perception visuelle)

Matériel : 4 paires de photos (tirées du matériel colorcards) présentant une action plus longue que l'autre.

Les photos ne sont pas présentées selon une alternance régulière « action

courte/ action longue », mais dans un ordre non répétitif, le même pour tous les patients :

Exemple : Faire cuire un œuf / Ouvrir une porte

1/ Aspirer / Planter un clou

2/ Prendre une douche / se brosser les dents

3/ Souffler des bougies / Scier du bois

4/ Déchirer un papier/ Peindre

Consigne : On place la paire de photos devant le patient et on lui demande : « entre les deux actions, laquelle dure le plus long temps ?

Item 5 : Distinction « temps court, temps long » (via la perception tactile)

Matériel : Chronomètre, 4 séries de contacts tactiles.

Consigne : On demande au patient s'il accepte que l'on pose notre main sur la sienne. Si le patient refuse nous pouvons lui demander de joindre ses mains. On l'informe que le temps est chronométré. On demande au patient de poser une main sur la table. On pose une de nos mains sur la sienne durant le temps correspondant à chaque série. A la fin de chaque série, on lui demande : « Quel contact a été le plus long ? ». Espacer de quelques secondes chaque série de contact.

Exemple n° 1 : 1 seconde/ 4 secondes

1/ 3 sec / 4 sec

2/ 6 sec / 3 sec

3/ 1 sec / 2 sec

4/ 5 sec / 3 sec

Item 6 : Distinction « temps court, temps long » (via la perception kinesthésique)

Matériel : Chronomètre, 4 séries de frappes dans les mains. On demande au patient de frapper dans ses mains à son rythme.

Exemple n° 1 : 1 seconde/ 4 secondes

1/ 5 sec / 3 sec

2/ 1 sec / 2 sec

3/ 3 sec / 4 sec

4/ 6 sec / 3 sec

Consigne : On informe le patient que le temps est chronométré et on lui dit « stop » quand il peut lâcher le contact. On lui demande de frapper dans ses mains à son rythme et de mettre ses mains sur ses cuisses à la fin de chaque temps chronométré. A la fin de chaque série, on lui demande : « Quelle frappe a été la plus longue ? ».

→ La perception de la chronologie

Item 7 : Reproduction de rythmes (durée et chronologie)

Matériel : 4 séries de rythmes à reproduire, présentés dans le même ordre pour tous les patients. 2 crayons identiques, un carton pour cacher la main de l'examineur.

Exemple: • ••

1/ •• ••

2/ ••• •

3/ • •• •

4/ •• •••

Consigne : On dit au patient qu'on va taper sur la table et qu'il doit « faire

pareil » ou « taper exactement » comme nous.

Item 8 : Perception de la chronologie d'un écoulement temporel (successivité)

Matériel : 4 séries de photos (tiré du matériel LDA Language Cards) représentant un même élément du monde mais à des moments différents.

Afin de voir si le patient a conscience de l'action du temps sur ces éléments, il doit ranger dans l'ordre chronologique les différentes images proposées.

Exemple : Sur quelques jours : L'œuf qui éclot (3 images)

1/ Sur quelques jours : L'épanouissement d'une fleur

2/ Sur une année : Les saisons (4 images)

3/ Sur une vie : le vieillissement de l'homme

4/ Sur une journée : Se lever et se coucher (4 images)

Consigne : On lui demande de « remettre les images dans l'ordre, du début à la fin ou de la première à la dernière ».

Item 9 : Conscience de l'heure correspondant aux actions courantes de la vie quotidienne (temps social)

Matériel : 4 photos (tirées du matériel colorcards et LDA) à associer chacune à une heure. On présente une frise au patient constitué du dessin de quatre horloges, associées à leur heure en chiffres et rangées dans l'ordre. Ces horloges sont surmontées de dessins en couleur : un soleil se levant (au-dessus de 8h), d'un soleil plein (au-dessus de 12h30 et de 4h30) et d'une lune (au-dessus de 9h). Le tout est surmonté d'une large flèche noire partant du matin 8h au soir 9h.

Les actions à situer dans la journée sont :

1/ Déjeuner (→ 12h30)

2/ Se lever (→ 8h)

3/ Prendre le goûter (→ 4h30)

4/ Se coucher (→ 9h00)

Consigne : On montre différentes images au patient et on lui demande « à quelle heure (en pointant successivement les quatre images proposées) par exemple *on se lève* (en pointant la photo de l'action cible) ? ». Le patient doit désigner l'heure correspondante.

En cas d'échec, on peut demander au patient si cela se passe « plutôt le matin, le midi, l'après-midi ou le soir », en désignant successivement les dessins correspondants.

Item 10 : Distinction simultanété/ Successivité (via la perception visuelle)

Matériel : 4 séries de 5 photos.

On dispose devant le patient 2 images cibles, représentant chacune une action unique, avec le signe « + » entre elles et le signe « = » après elles deux. On dispose ensuite en dessous 3 images, l'une représentant les deux actions cibles simultanément, les deux autres sont des distracteurs, présentées selon une alternance non régulière, mais dont l'ordre est identique pour tous.

Exemple: Se reposer + Lire un livre = se reposer en caressant le chat/ Se reposer en lisant un livre/ lire un livre en mangeant.

1/ Boire + faire du vélo = Faire du vélo en chantant / Boire en faisant du vélo/ boire en regardant la télé.

2/ Boire le thé + regarder la télé = Boire le thé en regardant la télé/ regarder la télé en mangeant/ Boire le thé en lisant.

3/ Travailler + se moucher = Travailler en mangeant/ Se moucher en téléphonant/ Travailler en se mouchant.

4/ Jouer aux cartes + boire = Jouer aux cartes en buvant/ Boire en conduisant/ Jouer aux cartes en fumant.

Consigne : En pointant les deux images cibles (ou en les mettant l'une sur l'autre), on demande : « cette action plus cette action en même temps, cela correspond à quelle image ? » en désignant les trois choix.

RÉSUMÉ

Français :

La désorientation temporelle vécue par les sujets âgés atteints de syndrome démentiel est un aspect récurrent de la clinique gériatrique. Elle se caractérise par une incapacité plus ou moins complète à se repérer dans le temps. Nous verrons qu'elle revêt d'autres aspects qui ont tous des répercussions sur l'identité des patients, leur sentiment d'existence et également sur la relation avec les soignants.

Afin d'en diminuer les conséquences, il semble important de penser les enjeux du temps au cours de la vie du sujet, et au cours du soin auprès de cette population. Mais, de quelle manière le psychomotricien peut et doit penser le temps dans l'accompagnement de nos aînés désorientés ?

Anglais :

The temporal disorientation experienced by the elderly suffering from dementia is a recurring aspect of the geriatric clinic. It is characterized by a more or less complete incapacity to identify oneself in time. We will see that it also has other aspects that all have repercussions on the identity of the patients, the sense of their existence and also on the relationship with care professionals.

In order to decrease the consequences, it seems important to think about the stakes of the time during the life of the subject, and during the care with this population. But how can the psychomotor therapist be able to think of time in the supportive of our disoriented elderly?

Français :

Temps - Sujet âgés - Désorientation temporelle - Syndrome démentiel - Pratique psychomotrice - Accompagnement - Soin - Institution gériatrique

Anglais :

Time - Elderly - Time disorientation - Dementia - Psychomotor therapy - Supportive - Care - Geriatric institution