



HAL
open science

De la mémoire, en corps. La mémoire dans la maladie d'Alzheimer : les perspectives psychomotrices

Victoria Fournier

► **To cite this version:**

Victoria Fournier. De la mémoire, en corps. La mémoire dans la maladie d'Alzheimer : les perspectives psychomotrices. Psychologie. 2019. dumas-02178136

HAL Id: dumas-02178136

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178136>

Submitted on 9 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

De la mémoire, en corps.

La mémoire dans la maladie d'Alzheimer : les
perspectives psychomotrices.

FOURNIER Victoria

Née le 11 octobre 1995 à Bordeaux (33)

Sous la direction de Madame LAVIELLE Marine

Juin 2019

« J'ai la mémoire qui flanche, je me souviens plus très bien
Comme il était très musicien, il jouait beaucoup des mains
Tout entre nous a commencé par un très long baiser
Sur la veine bleutée du poignet, un long baiser sans fin.

J'ai la mémoire qui flanche, je me souviens plus très bien
Quel pouvait être son prénom et quel était son nom
Il s'appelait, je l'appelai, comment l'appelait-on ?
Pourtant c'est fou ce que j'aimais l'appeler par son nom.

J'ai la mémoire qui flanche, je me souviens plus très bien
De quelle couleur étaient ses yeux, je crois pas qu'ils étaient bleus
Étaient-ils verts, étaient-ils gris, étaient-ils vert de gris ?
Ou changeaient-ils tout le temps de couleur, pour un non, pour un oui ?

J'ai la mémoire qui flanche, je me souviens plus très bien
Habitait-il ce vieil hôtel bourré de musiciens
Pendant qu'il me, pendant que je, pendant qu'on faisait la fête
Tous ces saxos, ces clarinettes qui me tournaient la tête.

J'ai la mémoire qui flanche, je me souviens plus très bien
Lequel de nous deux s'est lassé de l'autre le premier
Était-ce moi, était-ce lui, était-ce donc moi ou lui ?
Tout ce que je sais, c'est que depuis, je ne sais plus qui je suis.

J'ai la mémoire qui flanche, je me souviens plus très bien
Voilà qu'après toutes ces nuits blanches, il ne reste plus rien
Rien qu'un petit air, qu'il sifflotait chaque jour en se rasant. »

J'ai la mémoire qui flanche, Jeanne Moreau, 1963

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ma directrice de mémoire Marine Lavielle, pour ses commentaires avisés, ses relectures minutieuses et pour le temps qu'elle m'a accordé.

Je tiens également à remercier Lucie, ma maitre de stage de 3^{ème} année, ainsi que l'ensemble des psychomotricien.ne.s et autres professionnels qui m'ont accompagné dans mes réflexions et dans mon cheminement en tant que future psychomotricienne.

Je voudrais dire merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Psychomotricité pour l'enseignement qu'ils m'ont apporté. Je remercie également les camarades de ma promotion pour ces moments partagés tout au long de cette formation.

J'ai une pensée toute particulière pour les personnes âgées rencontrées sur mes lieux de stages pour la richesse des discussions que nous avons pu échanger et pour les précieux instants de vie qu'ils ont accepté de partager avec moi.

Merci à ma famille de m'avoir toujours soutenue et encouragée tant dans mes projets de vie personnels que professionnels.

Enfin, merci à ma précieuse relectrice et fidèle partenaire : ma petite sœur.

SOMMAIRE

Introduction.....	p.3
PARTIE 1. Mémoire et maladie d'Alzheimer.....	p.6
1. Présentation du lieu de stage.....	p.6
2. La maladie d'Alzheimer.....	p.9
3. Le fonctionnement de la mémoire.....	p.18
4. La mémoire dans la maladie d'Alzheimer.....	p.30
PARTIE 2. Conceptions psychomotrices de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer.....	p.38
1. Le corps et sa mémoire.....	p.39
2. Mémoire, maladie d'Alzheimer et sentiment de continuité : rôle de la psychomotricité.....	p.47
3. Rôle du cadre et influence du groupe concernant la mémoire.....	p.53
PARTIE 3. Clinique psychomotrice	p.58
1. L'atelier « Jeux de théâtre »	p.58
2. Le cas de Madame G.	p.65
Conclusion.....	p.77
Table des matières.....	p.80
Table des illustrations.....	p.83
Bibliographie.....	p.84

INTRODUCTION

J'ai choisi de rédiger mon mémoire en m'appuyant sur mon expérience de stage de 3^{ème} année de formation au Diplôme d'Etat de Psychomotricien. Je l'ai effectué auprès d'une psychomotricienne au sein d'un l'Hôpital De Jour thérapeutique (H.D.J.) accueillant des personnes âgées présentant des troubles de la mémoire associés à la maladie d'Alzheimer et maladies associées. Ce sont des patients pour lesquels un diagnostic de la maladie vient d'être établi et à qui on a proposé de suivre un « stage mémoire » à visée thérapeutique. Ils sont présents à l'HDJ deux fois par semaine en journées complètes et ce sur une période de 6 mois. La psychomotricienne intervient deux matinées par semaine.

Les personnes âgées accueillies viennent principalement pour des plaintes mnésiques. Les objectifs du « stage mémoire » sont principalement de ralentir l'évolution de la maladie, de renforcer les capacités mnésiques existantes et, dans une perspective plus globale, de maintenir la personne à son domicile aussi longtemps qu'il est possible, afin de permettre une bonne qualité de vie et une autonomie.

C'est dans ce contexte de stage, que je me suis penchée plus particulièrement sur les perspectives psychomotrices concernant la mémoire dans la maladie d'Alzheimer.

La mémoire, en tant que faculté humaine, est essentielle à nos vies.

Le physiologiste Ewald Hering, cité par L. Squire et al dans l'ouvrage La mémoire de l'esprit aux molécules (2002) (41), disait que « *la mémoire rassemble en un, tous les innombrables phénomènes de notre existence. Notre conscience serait divisée en autant de fragments sans la force de liaison et d'unification de la mémoire* ». La mémoire permet à chacun d'avoir une conscience de soi, un sentiment d'appartenance et de continuité au monde. Elle est à l'origine de notre identité, de nos connaissances, de notre motricité et de notre affectivité. Au quotidien, c'est elle qui régit nos comportements, nos prises de décision, nos opinions, nos émotions.

La mémoire est l'une des fonctions cognitives supérieures les plus complexes, la rendant, de mon point de vue, d'autant plus intéressante à étudier.

De plus, nous sommes à une époque où nous vivons de plus en plus vieux. L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), laisse à penser que d'ici 2050, un tiers de la population aura plus de 60 ans (38). Le vieillissement entraîne un déclin

progressif normal des facultés cognitives, et la mémoire n'y fait pas exception, bien au contraire. Avec l'âge, la mémoire est moins efficace, « environ 80 % des personnes de 75 ans et plus éprouvent des problèmes de mémoire » selon Marie Jeanne Kergoat, professeure à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (25).

À l'âge, s'ajoute également des troubles attentionnels résultant de la masse d'informations à laquelle nous sommes soumis quotidiennement telle que les sonneries de téléphones, les écrans de télévisions ou d'ordinateurs, la radio en fond sonore, les panneaux publicitaires lumineux... Le psychologue C. André dans une conférence parle même de « *pollution attentionnelle* » (16) pour faire référence à ces nombreuses sollicitations intempestives altérant la stabilité attentionnelle et par conséquent la capacité de mémorisation. Ainsi, pendant les séances de psychomotricité nous serons attentifs à réduire l'hyperstimulation sensorielle environnante.

Les visions sur la vieillesse ont évolué au fil du temps. En effet, longtemps dans les sociétés occidentales, le « vieux » fut le sage respecté, garant du lien entre les générations et de la mémoire d'une époque révolue. Aujourd'hui, dans une société où le rendement et la productivité sont de mises, nos aînés à la retraite sont donc considérés comme passifs. Le terme retraite renvoie d'ailleurs à l'action de s'écarter. La personne âgée a alors tendance à être considérée comme un être qui attend et qui perd la mémoire. Quoi qu'il en soit, vieillesse et mémoire semblent incontestablement liées.

En effet, au cours de mes stages en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D), j'ai constaté que la mémoire tenait une place prépondérante dans le discours de nos aînés. En prenant le temps de discuter avec des résidents, j'ai constaté qu'ils pouvaient se livrer rapidement dans l'évocation de souvenirs de leur vie passée, me montrant des photos de leur mariage, de leurs enfants, petits-enfants, me parlant de leur métier, de leur enfance, de souvenirs d'école. Plusieurs résidents avaient aussi pu aussi me formuler leurs craintes de « perdre la tête », de ne plus se souvenir.

On se rend également d'autant plus compte de l'importance qu'a la mémoire dans notre vie à l'heure où de plus en plus de personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette maladie possède un caractère immuable et dégénératif ; sa prise en charge précoce est un enjeu majeur pour ralentir son irrémédiable avancée. Actuellement, elle représente 70 % des démences, et touche environ 850 000 personnes en France. La première expression de la maladie est caractérisée par le déclin mnésique et des oublis quotidiens et répétés.

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie, la psychomotricité trouve de plus en plus sa place auprès des personnes âgées dans les différents secteurs gériatriques. De même, le nombre de psychomotriciens accompagnant des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ne cesse d'accroître. Concernant l'atteinte de la mémoire dans la maladie, la psychomotricité utilise des voies d'accès privilégiées, principalement au niveau corporel et sensoriel.

Enfin, cette pathologie ne se réduit pas à une baisse des fonctions mnésiques et cognitives, elle touche à l'essence même de l'être humain, son histoire, ce qu'il est, sa personnalité. La personne atteinte est aussi porteuse d'expériences riches qu'il faut prendre en considération. La psychomotricité joue un rôle prépondérant dans le fait de considérer la personne dans sa globalité en rendant compte de ses capacités, de ses ressources, de son identité et de sa singularité.

Par conséquent, au travers de ce mémoire, je souhaite répondre aux problématiques suivantes :

Quels sont les intérêts et les enjeux de l'accompagnement psychomoteur auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au sein d'ateliers mémoire ?

Comment, dans la maladie d'Alzheimer, la psychomotricité peut - elle intervenir face à l'altération de la mémoire ; et comment peut-elle venir étayer les capacités mnésiques préservées ?

Pour répondre à ces problématiques, après avoir fait la description de mon lieu de stage, je passerai en revue un ensemble d'éléments théoriques concernant la maladie d'Alzheimer et le fonctionnement mnésique. L'objectif étant de savoir de quelles mémoires parle-t-on, ainsi que de cibler l'intervention psychomotrice qui en découle.

Dans un deuxième chapitre, je détaillerai le rôle et l'intérêt d'une action psychomotrice au sein de l'hôpital de jour. Je souhaite également réfléchir à la spécificité de la psychomotricité dans la prise en charge des troubles mnésiques dans la maladie.

Enfin, au travers du troisième chapitre, je décrirai une perspective d'intervention que la psychomotricité a à proposer à ces patients ; et à partir d'une étude de cas, je montrerai quelles sont les observations et hypothèses que nous pouvons en dégager.

PARTIE 1

Mémoire et maladie d'Alzheimer

1. Présentation du lieu de stage

1.1. Le Centre Mémoire de Proximité (C.M.P.)

La création des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (C.M.R.R.) et les Centres Mémoire de Proximité découle du 1^{er} plan Alzheimer de 2001 – 2005, sous la direction du ministère de la Santé (37). Ils ont pour missions principales :

- De rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique, mais n'ayant pas de démence reconnue, et leur proposer un suivi ;
- De mettre en évidence un trouble mnésique et poser le diagnostic fiable d'un syndrome démentiel ;
- De proposer un projet de soin personnalisé avec différents professionnels de manière à retarder la perte d'autonomie et l'évolution de la maladie ;
- D'offrir un espace d'accueil, d'information, d'écoute et d'aide aux familles et aux aidants, car l'annonce du diagnostic est un cataclysme pour le patient mais aussi pour l'entourage. De plus, prendre soin d'un proche atteint de la maladie est bien souvent épuisant pour l'aidant.
- Et de participer au suivi des personnes malades, en partenariat avec des professionnels.

Un centre de mémoire est un lieu de consultation spécialisé. Les patients, adressés la plupart du temps par le médecin traitant, sont accueillis par des neuropsychologues, des médecins spécialisés en gériatrie et des géronto-psychiatres, afin d'analyser leur plainte mnésique.

Fréquente au-delà de la cinquantaine, la plainte mnésique doit être considérée tant dans le contexte de son apparition que dans son contenu et son mode d'expression. L'objectif est de déterminer si elle est liée avec le vieillissement mnésique dit normal, si elle est corrélée à un syndrome anxieux et/ou dépressif, ou bien si elle s'accompagne d'une modification comportementale et d'autres déficits cognitifs répondant aux critères

diagnostiques de la démence type Alzheimer proposées par le DSM - V¹ ou le NINCDS – ADRDA².

L'origine de cette plainte, qu'elle vienne du sujet lui-même ou de son entourage, constitue déjà un élément d'orientation : en effet, on considère que la plainte est plus fréquemment exprimée de manière spontanée par une personne déprimée ou anxieuse ; et qu'au contraire dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, la plainte provient essentiellement de l'entourage. Cela est expliqué par le fait que dans la maladie un des symptômes correspond à la non reconnaissance de ses propres troubles : c'est l'anosognosie.

Le centre mémoire de mon lieu de stage est divisé en un service de consultation mémoire et en un hôpital de jour thérapeutique destiné aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

1.2. Le service de consultation mémoire

La consultation mémoire permet de poser un diagnostic ou d'établir un bilan préventif concernant les troubles de la mémoire. La consultation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire se présente sous la forme d'un bilan neuropsychologique poussé, avec des tests explorant les performances mnésiques et plus particulièrement la mémoire épisodique et la mémoire de travail dont les différentes recherches ont pu montrer l'atteinte précoce. Pour cela la psychologue dispose notamment du Mini Mental Score (M.M.S.) de Fostein. L'examen comprend également une évaluation des fonctions instrumentales : le langage, les praxies et les gnosies, des ressources attentionnelles et du fonctionnement exécutif dont les perturbations peuvent être également inaugurales dans la maladie d'Alzheimer. Il est intéressant de souligner que les bilans psychologiques, ainsi que l'évaluation de la mémoire peuvent renvoyer à une situation très scolaire, et cela peut influencer les résultats du bilan en fonction des souvenirs (positifs ou négatifs), qu'a la personne, de l'école.

Cet examen est considéré comme un outil essentiel au diagnostic en particulier au début de la maladie d'Alzheimer où le déficit mnésique peut être isolé. Des examens biologiques et/ou des explorations complémentaires sont également réalisés selon les

¹ Le DSM-V, le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), a été publié par l'*American Psychiatric Association* en 1994. Il a été révisé (DSM-IV-TR), de façon mineure, en 2000. Le DSM-V a été publié en mai 2013.

² NINCDS/ADRDA est l'Association nationale des maladies neurologiques et communicatives et de l'Accident Vasculaire Cérébral / maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (*National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*).

besoins cliniques : scanner, Imagerie par Résonance Magnétique (I.R.M.), Électroencéphalogramme (E.E.G.). Ce travail de recherche se fait en collaboration avec le médecin traitant du patient et sa famille. L'intérêt du diagnostic précoce est de permettre une intervention thérapeutique pluri - modale rapide.

Selon les besoins, un suivi psychologique pourra être indiqué au patient, de même que la participation à un programme thérapeutique de rééducation au sein d'ateliers mémoire pourra être envisagée.

Régulièrement, des consultations de réévaluation et de suivi seront proposées afin de suivre l'évolution des troubles. Si un programme thérapeutique est mis en place on pourra évaluer son efficacité et dans le cas contraire on pourra réfléchir à sa mise en place, si nécessaire.

Sur mon lieu de stage, la consultation mémoire est en lien direct avec l'hôpital de jour thérapeutique. Cette collaboration permet d'offrir une prise en charge dans un cycle de stimulation mnésique.

1.3. L'hôpital de jour

J'ai effectué mon stage une fois par semaine au sein de l'hôpital de jour. Celui-ci accueille des personnes présentant des troubles de la mémoire associés à la maladie d'Alzheimer (ou à des maladies apparentées telles que des démences vasculaires, à corps de Lewy ou mixtes).

On considère que les patients accueillis sont au début de la maladie et que le symptôme prédominant est l'altération mnésique. Des recherches scientifiques (38) ont établi que l'on pouvait distinguer trois phases distinctes dans l'avancée de la maladie :

- Une première période qualifiée de préclinique ou pré symptomatique pouvant durer une vingtaine d'années.
- Une deuxième phase caractérisée par un déficit cognitif léger appelée Mild Cognitive Impairment (M.C.I.). Ces études ont montré que l'on définit les patients MCI comme « *des personnes qui se plaignent de troubles de la mémoire, présentant des troubles mnésiques identifiables objectivement* » (38) mais, en dehors de cela, ont un fonctionnement cognitif relativement préservé.
- Et la troisième phase correspondant à la Démence de Type d'Alzheimer (D.T.A.).

À l'issue du diagnostic, on établit pour le patient un projet thérapeutique basé sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), un suivi relationnel spécifique, et des activités thérapeutiques de groupe. Les patients accueillis suivent un « stage mémoire » en groupe, à raison de 2 jours par semaine pendant 6 mois.

L'hôpital de jour poursuit plusieurs objectifs, notamment favoriser le maintien à domicile et l'autonomie des patients, ralentir l'évolution de la maladie, mobiliser les ressources cognitives, apprendre à vivre avec les troubles cognitifs ainsi que préserver le lien social.

L'accueil des patients est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin gériatre, de psychologues, d'infirmières, d'une assistante sociale et d'une psychomotricienne.

En début et fin du stage mémoire, la psychomotricienne affine les observations du bilan mémoire notamment par l'évaluation des perceptions sensorielles, de l'équilibre, du schéma corporel et de la somatognosie (que nous décrirons plus loin).

Permettre aux personnes accueillies de continuer à exercer leur mémoire, nécessite de la part de tous les professionnels d'en connaître le fonctionnement. Avant tout arrêtons-nous sur la maladie d'Alzheimer et le fonctionnement de la mémoire.

2. La maladie d'Alzheimer

2.1. Description générale

La Maladie d'Alzheimer (M.A.), décrite pour la première fois en 1906 par le médecin Aloïs Alzheimer, est une maladie neurodégénérative caractérisée par une détérioration du système nerveux central. Elle entraîne progressivement et irréversiblement une perte partielle de la mémoire, des fonctions cognitives et la réduction des activités psychomotrices. Son évolution conduit à la démence.

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) définit la démence comme « *une altération progressive de la mémoire et de l'idéation (processus de la formation des idées). Cette altération, apparue depuis au moins six mois, doit avoir un retentissement sur le quotidien et la qualité de vie. La démence doit aussi être associée à un autre trouble cognitif parmi les fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, praxie ou gnosie* » (21). Nous parlerons de démence lorsque l'autonomie de la personne est remise en cause. Autrement, nous parlerons, de troubles cognitifs légers à modérés. Dans le cas des patients rencontrés sur mon lieu de stage, leur capacité à mener de manière autonome des actions de la vie quotidienne devient de plus en plus perturbée, sans que l'on puisse parler de démence à l'heure actuelle.

Souvent associée à la vieillesse, elle est parfois présente plus tôt dans la vie avec une forme d'apparition précoce. Elle reste néanmoins plus fréquente avec une apparition tardive autour de 65 ans. Cependant, les limites actuelles de la médecine font que peu importe l'âge à laquelle elle apparaît, elle garde toujours son caractère progressif et inéluctable.

2.1.1. Épidémiologie

Souvent décrite comme la « *maladie du siècle* » (34) la maladie d'Alzheimer touche actuellement 850 000 personnes âgées de plus de 65 ans selon un rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (O.P.E.P.S.) de 2005. Elle est devenue la démence sénile la plus courante des pays développés où l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter en un siècle. Elle représente plus de 70 % de l'ensemble des démences chez la personne âgée.

La Haute Autorité de Santé en a fait un problème de santé publique. En effet, dans l'article Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer de la revue Gérontologie et société, (2009), (2) J. Ankri, déclare que « *plus de cent ans après la description initiale d'Aloïs Alzheimer, la prévalence de la maladie qui porte son nom apparaît en constante augmentation* ». Le nombre de nouveaux cas est estimé à plus de 225 000 personnes chaque année. Ce nombre de cas est en constante augmentation du fait de l'allongement de la vie. Les recherches menées par l'étude « Quid des Personnes Agées » (P.A.Q.U.I.D.) (2) en France en 1988, ont mis en évidence que la prévalence de la maladie est corrélée positivement avec l'avancée en âge : elle est estimée à 17,8 % au-delà de 75 ans. On estime que d'ici 2050, le nombre de personnes atteintes de démence représentera plus de 1 800 000 cas, soit 6,2 % de la population générale.

Cependant, les premiers symptômes de la maladie sont encore largement sous-estimés et cela entraîne des retards dans le diagnostic car on estime qu'un patient sur deux n'est pas reconnu ou est diagnostiqué trop tard. Aux stades légers de la maladie seulement un tiers de ces cas est reconnu, selon l'étude PAQUID.

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer représente alors de véritables enjeux sanitaire, économique et politique, pour lesquels a découlé la mise en place de « plans Alzheimer » initiés en France à partir des années 2000 (5).

2.1.2. Étiologie

La pandémie d'Alzheimer est le résultat d'un ensemble d'éléments, tels que la génétique, les virus et un déséquilibre biochimique dans le cerveau. On peut tout de même noter que la première cible de la maladie d'Alzheimer est l'hippocampe. Cette région cérébrale fait l'objet d'une perte cellulaire significative à une phase précoce de la maladie.

Dans la maladie, on considère deux types de lésions du système nerveux central : la présence de plaques séniles et la dégénérescence neurofibrillaire.

- **Les Plaques Séniles (P.S.) ou plaques amyloïdes**, sont des dépôts progressifs extra-cellulaires d'une protéine appelée la substance amyloïde. Cette dernière est insoluble et se dépose insidieusement entre les neurones. L'accumulation de ces dépôts de substances forment des plaques amyloïdes non – éliminables, provoquant au fur et à mesure une réaction inflammatoire neurotoxique allant jusqu'à la mort neuronale.

- **La Dégénérescence NeuroFibrillaire (D.N.F.)** est la seconde forme d'atteinte du système nerveux. Elle correspond à l'inclusion intra – cellulaire (et non plus extra-cellulaire comme les plaques séniles) de filaments. Ces inclusions sont constituées d'une forme insoluble d'une protéine qui est normalement soluble : la protéine Tau. Habituellement, la protéine Tau participe au bon fonctionnement neuronal, mais dans le cas de la maladie, elle devient pathologique et se regroupe en hélice. Cette dégénérescence s'accompagne d'une destruction des neurones et des différents neuromédiateurs qui n'assurent plus la circulation correcte des éléments essentiels à la survie des neurones.

Par conséquent, lorsque les neurones meurent, les entrées synaptiques dans les régions cérébrales impliquées dans le fonctionnement normal de la cognition et de la mémoire, sont perdues.

Actuellement, les chercheurs (31) peinent toujours à identifier l'origine de cette affection neurodégénérative caractérisée par une accumulation de plaques amyloïdes et par une dégénérescence neurofibrillaire. La maladie d'Alzheimer est donc une pathologie multifactorielle faisant intervenir de nombreux facteurs combinés entre eux : biologiques, environnementaux, génétiques. Nous pouvons tout de même noter des facteurs de risques et des facteurs protecteurs.

2.1.3. Facteurs de risque et facteurs protecteurs

Parmi les effets négatifs mis en évidence lors de la survenue de la maladie nous pouvons citer (20) :

- **L'âge** : d'après des études épidémiologiques, l'âge reste sans conteste un facteur aggravant net. Plus on avance en âge, plus on a de risques d'être atteint de la maladie : entre 65 et 85 ans, le nombre de cas double tous les cinq ans.
- **Le sexe** : à partir de données de l'étude PAQUID, il a été mis en évidence que par rapport aux hommes, les femmes étaient majoritairement touchées par cette démence. Ces données sont à nuancer car les femmes vivent plus longtemps, donc la durée de la maladie est plus longue. L'incidence de la maladie d'Alzheimer n'est plus élevée chez les femmes qu'après leurs 80 ans. Il est à noter également qu'en général, de par l'éducation et les mentalités, les femmes vont davantage se faire dépister et donc un diagnostic de la maladie est plus souvent posé, comparativement aux hommes.
- **Le niveau scolaire et niveau socio-culturel** : d'après l'étude PAQUID, il semblerait que les personnes n'ayant pas obtenu leur certificat d'étude primaire seraient plus à risque de développer la maladie en comparaison avec les autres. Un petit nombre d'années d'éducation ou un faible niveau d'étude est plus souvent associé à un risque majoré de développer la maladie. Cependant, il existe un biais à ne pas négliger concernant la nature des tests proposés pour le diagnostic. Effectivement, ces derniers seraient plus accessibles pour des sujets plus cultivés.
- **Les traumatismes crâniens** : Il pourrait y avoir un lien entre la maladie et des antécédents après des lésions survenues antérieurement, par exemple chez d'anciens boxeurs ayant vécu des microtraumatismes à répétition.
- Nous pouvons également citer **le diabète**, en effet il pourrait y avoir un lien potentiel entre diabète et l'atrophie hippocampique ; **l'hypertension artérielle** : des études témoignent de lien entre pression artérielle trop élevée et déclin des fonctions cognitives. Mais aussi les **antécédents familiaux et l'hérédité** ; **la trisomie 21** et **l'hypercholestérolémie**.
- **La dépression**, quant à elle, est reconnue comme un facteur de risque mais pose le problème de l'interprétation de la corrélation : démence et dépression sont des facteurs de risque respectifs où la dépression peut être un syndrome prodromique de la démence mais aussi une réaction à des troubles cognitifs précoces.

Nous pouvons également citer des facteurs positifs préservant de la maladie d'Alzheimer comme :

- **L'activité physique** : la pratique d'activité de loisir semble avoir un rôle protecteur.
- **La sociabilité** : la richesse des contacts sociaux et des activités peut avoir un effet globalement protecteur sur le déclin des fonctions cognitives. Le fait de vivre en couple, de lire, de jardiner, de bricoler, de cuisiner, de faire des voyages, de stimuler sa créativité, de se cultiver sont autant d'éléments corrélés à un risque amoindri de développer une démence.
- **Un régime alimentaire de type méditerranéen** avec les graisses de poissons, des fruits, des légumes et une consommation modérée d'alcool et de tabac.

Toutefois, lors d'une conférence en 2016, le Docteur en neurologie S. Epelbaum insiste à dire que « *ces facteurs dits psychosociaux, sont des facteurs protecteurs sur le long terme* » (23), ce sont des habitudes de vie.

2.2. Diagnostic

Le diagnostic de certitude de la maladie ne pouvant être obtenu que post mortem (afin de confirmer la présence de plaques amyloïdes et de dégénérescence neurofibrillaire) il est avant tout clinique. Il repose sur l'examen neuropsychologique du malade l'évaluant sur l'efficacité cognitive globale : de la mémoire, des fonctions exécutives, des fonctions instrumentales, des troubles psycho-comportementaux et du retentissement des troubles sur la capacité à exécuter les activités de la vie quotidienne en interrogeant l'entourage. Les examens complémentaires visent surtout à écarter des causes autres que des troubles cognitifs, éventuellement curables du type vasculaires, toxiques, infectieux, ou résultant d'un syndrome confusionnel, ou d'une dépression.

Au sein de mon stage, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est établi par les médecins et les neuropsychologues du service de consultation mémoire. Celui-ci repose sur les critères de diagnostic de la maladie d'Alzheimer suivants, établis par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) de l'Association Américaine de Psychiatrie (A.P.A.).

Ces critères sont les suivants :

- L'apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois une altération de la mémoire, ainsi qu'une ou plusieurs perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives.
- Ces déficits cognitifs sont à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- L'évolution de ces déficits est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.
- Ces déficits cognitifs ne sont pas dus à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif, ni dus à des affections générales pouvant entraîner une démence, ni à des affections induites par une substance.
- Enfin, cette perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble psychiatrique.

2.3. Les manifestations cliniques

Au début de la maladie, le tableau clinique est dominé par une altération de la mémoire et des capacités attentionnelles ; nous le développerons plus en détails dans un second temps.

Chez les personnes atteintes de la maladie, nous allons retrouver des troubles des fonctions cognitives, dont :

- **L'aphasie**, trouble du langage défini comme la perte partielle ou totale de la faculté à s'exprimer et à comprendre le langage (écrit et oral) ; et ce malgré l'intégrité des organes de la phonation et indépendamment de toute atteinte neurologique. Ces différents troubles amènent progressivement à une réduction de la communication verbale. M. Personne (2011) (33), dans son ouvrage Protéger et construire l'identité de la personne âgée, (33) explique également que « *les déficiences mnésiques amènent à rendre les mots peu opérants. Le ton, la mimique, l'incitation gestuelle permettent alors que subsiste encore l'interaction* ». Ainsi, le psychomotricien est attentif à la

communication non-verbale³ et au dialogue tonico-émotionnel⁴ qu'exprime le patient. De plus, il doit veiller à l'attitude qu'il dégage pour se faire comprendre par le patient. En effet, pour reprendre les dires de la gérontologue M. Gendron (25) « *les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer demeurent capables de décoder le langage non verbal durant une longue période après l'apparition des premiers symptômes* ». Cela aura pour but de maintenir la personne dans un environnement cohérent et rassurant.

- **L'agnosie**, trouble de l'identification et de la reconnaissance, est liée à l'atteinte des aires sensorielles, tandis que les fonctions sensorielles en elles-mêmes sont préservées. Ce trouble provoque des difficultés pour la personne à reconnaître des objets et à les utiliser de manière appropriée. L'agnosie est aussi à relier avec **l'anosognosie** qui est le fait pour l'individu atteint d'un trouble ou d'un handicap de ne pas avoir conscience de ses troubles. C'est un trouble fréquent chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Au début de la pathologie, les personnes ont conscience qu'elles souffrent de troubles mnésiques et les verbalisent ; mais progressivement, elles vont oublier qu'elles oublient. Les souvenirs de leur déficience mnésique s'effacent, de même que les autres difficultés cognitives. Dans son livre Comprendre et accompagner le malade de la maladie d'Alzheimer, K. Duquenoy (2002) (6) rajoute que l'expérience montre que « *la perception des troubles est extrêmement variable d'un malade à l'autre. Certaines personnes sont conscientes de leurs difficultés mais n'en apprécient pas correctement la sévérité* ». Ainsi, la maladie à un stade avancé entraîne un état de non - conscience des troubles chez la personne ou du moins une reconnaissance du déficit mnésique sans en appréhender l'ampleur. L'anosognosie est d'autant plus difficile à vivre pour les proches et/ou aidants du sujet. Par conséquent, il est nécessaire de veiller à rassurer et à valoriser les personnes inquiètes de leurs pertes mnésiques et leur permettre d'exprimer leurs préoccupations et souffrance à ce sujet.

- **L'apraxie** est l'incapacité dans la programmation et la réalisation des gestes. Sans programmation, l'exécution du geste est rendue impossible. La motricité fine est la première à être altérée. De plus, on voit apparaître **des troubles des fonctions exécutives**. Ils concernent l'incapacité à organiser des tâches complexes : la personne ne peut plus programmer et organiser les étapes qui décomposent la tâche à faire. La pathologie affecte alors les mouvements et trouble la gestuelle. Or, le mouvement et la gestuelle ont des valeurs communicatives, relationnelles et identitaires. L'expression du corps par son agilité, sa fluidité, sa lourdeur, sa lenteur, sa maladresse, ses mouvements et sa posture, permet de comprendre l'individu dans sa globalité ou à un moment donné (par exemple, dans un état de stress). Le fait que cette motricité soit entravée diminue

³ C'est-à-dire le langage du corps reposant sur les mimiques, la gestuelle, la posture.

⁴ C'est-à-dire relatif aux variations toniques témoignant d'un état émotionnel particulier, « toutes les émotions répondent à des variations du tonus tant viscéral que musculaire. » (Wallon)

les capacités que possède l'individu pour s'exprimer. La psychomotricité a donc pour intention de soutenir le mouvement et la motricité dans un objectif de maintien relationnel et communicationnel.

M. Kivipelto et K. Hakansson, dans l'article Comment éviter la démence (2017), issu du Magazine De La Psychologie Et Des Neurosciences (26) décrivent plusieurs phases dans l'avancée de la Démence Type Alzheimer (D.T.A) : la première, sans signe clinique, est biochimique. C'est la phase prodromale correspondant à l'apparition des premiers symptômes avant-coureurs de la maladie, n'altérant pas de manière significative le quotidien. Elle correspond à l'émergence des lésions cérébrales : les plaques amyloïdes et la dégénérescence neurofibrillaire. Progressivement, vont apparaitre des pertes de la mémoire plus ou moins profondes suivies par l'altération des autres facultés cognitives (agnosie, apraxie, aphasie...). Cela entraîne des difficultés d'orientation spatio-temporelle, de raisonnement, de communication : c'est la phase démentielle.

Le comportement va alors changer. Il est marqué par :

- des symptômes affectifs d'anxiété, d'apathie et de dépression ;
- des symptômes d'hyperactivité tels que l'agitation, l'agressivité, et la désinhibition ;
- des symptômes pseudo-psychotiques tels que des hallucinations sensitives ou des délires ;
- des symptômes végétatifs caractérisés par des troubles du sommeil et de l'alimentation.

Dans son livre Alzheimer, le malade est une personne, J. Zeisel (2013) (44) considère que ces symptômes sont secondaires et apparaissent en raison de la dégradation des capacités cognitives. Comme l'écrivent les psychiatres M-P. Pancrazi et P. Alcala cités par C. Vigier dans un article de Thérapie psychomotrice et recherche, (2009) (43), « *la personne démente mise en échec par ses défaillances cognitives réagit par des réactions d'anxiété, de perplexité anxieuse, voire de catastrophe. Un véritable désarroi s'installe lié à une sensation d'étrangeté, une perte dans la continuité de l'être selon l'expression de Winnicott (1975)* ». Ainsi, envisager la symptomatologie sous l'angle de symptômes primaires et secondaires permet d'adapter au mieux l'accompagnement de ces personnes.

L'évolution de la maladie entraîne une perte partielle puis totale d'autonomie du patient et s'étend généralement sur une dizaine d'années jusqu'au décès de la personne.

2.4. Les traitements et accompagnements

Actuellement, il n'existe pas de traitement permettant de guérir la maladie. Les médicaments tels que les antipsychotiques, les antidépresseurs et les anxiolytiques peuvent limiter l'expression des symptômes secondaires en agissant contre les perturbations du sommeil, la fluctuation de l'humeur et de l'agitation. Cependant, leur efficacité est contestée et n'a pas été prouvée car les résultats sont soumis aux variabilités interindividuelles, mais aussi parce que l'on relève des effets secondaires indésirables. Depuis le 1^{er} août 2018 ces médicaments ne sont plus remboursés par l'assurance maladie (M. Kivipelto et K. Hakansson, 2017) (26) ; au profit de la valorisation de professions non médicamenteuses telles que la psychomotricité.

En effet, à défaut de pistes médicamenteuses prometteuses, les études sur la plasticité cérébrale⁵ ont montré l'impact positif et la possibilité de retarder l'avancée de la maladie par l'intervention de prises en soin non – médicamenteuses.

C'est ainsi que de plus en plus de psychomotriciens interviennent auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ils cherchent notamment à réduire les troubles du schéma corporel, de la régulation tonico-émotionnelle, de l'ajustement posturo-moteur et la désorientation spatiale et temporelle. Pour cela, la psychomotricité favorise les expériences corporelles et sensorielles. Elle fait appel au savoir-faire mais également au savoir-être de la personne. Par son accompagnement, elle les aide à s'adapter et à accepter leur corps en leur permettant de vivre différentes expériences psychomotrices pour continuer à vivre harmonieusement. Plus la pathologie avance, plus le rôle de la psychomotricité devient important car elle permet de maintenir la relation en deçà des mots, c'est-à-dire en s'appuyant sur des capacités préservées telles que la sensorialité.

Nous allons maintenant décrire le fonctionnement de la mémoire, afin de pouvoir développer son altération au cours de la maladie d'Alzheimer.

⁵ La plasticité cérébrale correspond à la capacité que possède le cerveau à remanier ses circuits nerveux en fonction de l'environnement et des expériences vécues par l'individu.

3. Le fonctionnement de la mémoire

3.1. Définition

La mythologie grecque reconnaissait déjà l'importance de la mémoire en la personnifiant en la déesse Mnémosyne.

Selon le Petit Larousse de Psychologie (2008) (1) la mémoire est « *une activité biologique et psychique qui permet d'emmagasiner, de conserver et de restituer des informations* ». De manière plus détaillée il la définit aussi par la capacité du cerveau à « *encoder l'information extraite de son expérience avec l'environnement, à la stocker dans un format approprié puis à la récupérer et à l'utiliser dans les actions ou les opérations qu'il effectue* ».

La mémoire est une fonction cognitive essentielle dans notre vie quotidienne. Déjà au XVII^e siècle dans les Pensées B. Pascal déclarait que « *la mémoire est nécessaire à toutes les opérations de l'esprit* ».

Elle nous permet de retenir une multitude d'informations pour une durée plus ou moins longue. Elle est inexorablement liée à notre passé, ou du moins à la connaissance que nous avons de celui-ci. Au quotidien, les différentes expériences passées stockées en mémoire sont à l'origine de nos connaissances, de nos capacités de communication, de nos modes de relations sociales, de notre personnalité et de notre individualité.

3.2. Les processus de la mémorisation

Le courant cognitiviste classique regroupe habituellement sous le terme de mémoire les processus d'encodage, de stockage et de récupération de l'information.

3.2.1. L'encodage et l'importance des capacités attentionnelles

L'encodage est la capacité que possède notre système cognitif à stocker de nouvelles informations en provenance de nos sens : la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût. Ces informations sensorielles provenant de notre environnement sont alors traitées pour être mises en mémoire. L'encodage est mis en jeu lors du passage de la mémoire de travail vers la mémoire à long terme. Pour ce faire, il est nécessaire que le sujet fasse preuve de capacités attentionnelles ; sans quoi l'information ne pourra pas être correctement mémorisée.

L'attention est un processus cognitif nécessaire et indissociable de la mémorisation. C'est le fait d'être présent et réceptif à ce qui se passe autour de soi ou pour soi. Elle a pour but de maintenir un niveau de vigilance nécessaire, de sélectionner les informations

importantes en écartant celles qui le sont moins, ainsi que de maintenir les informations actives pendant la réalisation d'une activité (c'est notamment ce qui se passe dans la mémoire de travail).

De plus, Y. Gineste et J. Pelissier (2005) dans leur ouvrage Humanitude, comprendre la vieillesse et prendre soin des hommes vieux (11) exposent le fait que « *notre mémoire fonctionne d'autant mieux que nous sommes motivés : on mémorise surtout ce que l'on juge mémorable et ce qui nous émeut* ».

Chaque séance psychomotrice donne lieu à une évaluation a posteriori par le biais d'une grille de cotation. L'un des items de la grille est « intérêt perçu » coté de 0 à 5, permettant d'apprécier si la personne est intéressée et engagée dans les propositions psychomotrices.

3.2.2. Le stockage et l'importance du contexte

Sitôt que l'information est emmagasinée, il faut pouvoir la maintenir dans le temps. Le stockage en mémoire sera d'autant plus solide, selon l'utilité et la saillance de l'information, la répétition de celle-ci et la motivation qu'a le sujet à vouloir la retenir. De plus, le stockage mnésique demande une attention soutenue de la part de la personne.

L'émotion, associée au souvenir, participe pour beaucoup à la consolidation de la mémorisation : elle joue le rôle de renforçateur qui enracine la scène dans le cerveau et améliore la rétention. Les souvenirs d'événements neutres s'ancrent moins profondément dans la mémoire que ceux teintés d'un sentiment positif ou négatif. On se rappelle, par exemple, plus facilement d'événements de notre enfance marqués positivement ou négativement par nos émotions.

Au-delà de faciliter la rétention mnésique, l'émotion module aussi l'expérience subjective du souvenir. En effet, les souvenirs forts en termes d'émotion sont décrits avec plus de détails sensoriels (visuels, auditifs, gustatifs, olfactifs, tactiles, proprioceptifs) et liés au contexte de l'encodage, que ceux plus neutres émotionnellement.

On voit ici l'importance de l'effet du contexte, de la pluralité des canaux sensoriels impliqués dans l'évocation du souvenir, ainsi que l'émotion rattachée aux souvenirs (certains auteurs parlent même de mémoire émotionnelle, nous le verrons ci-après).

3.2.3. La restitution du souvenir

C'est la capacité à extraire, de manière plus ou moins consciente, une information préalablement apprise et stockée en mémoire. La restitution se fait soit par un mode explicite ou implicite. Nous allons voir que la mémoire humaine est multiforme et que nous pouvons en distinguer plusieurs types.

3.3. La mémoire n'est pas une mais multiple

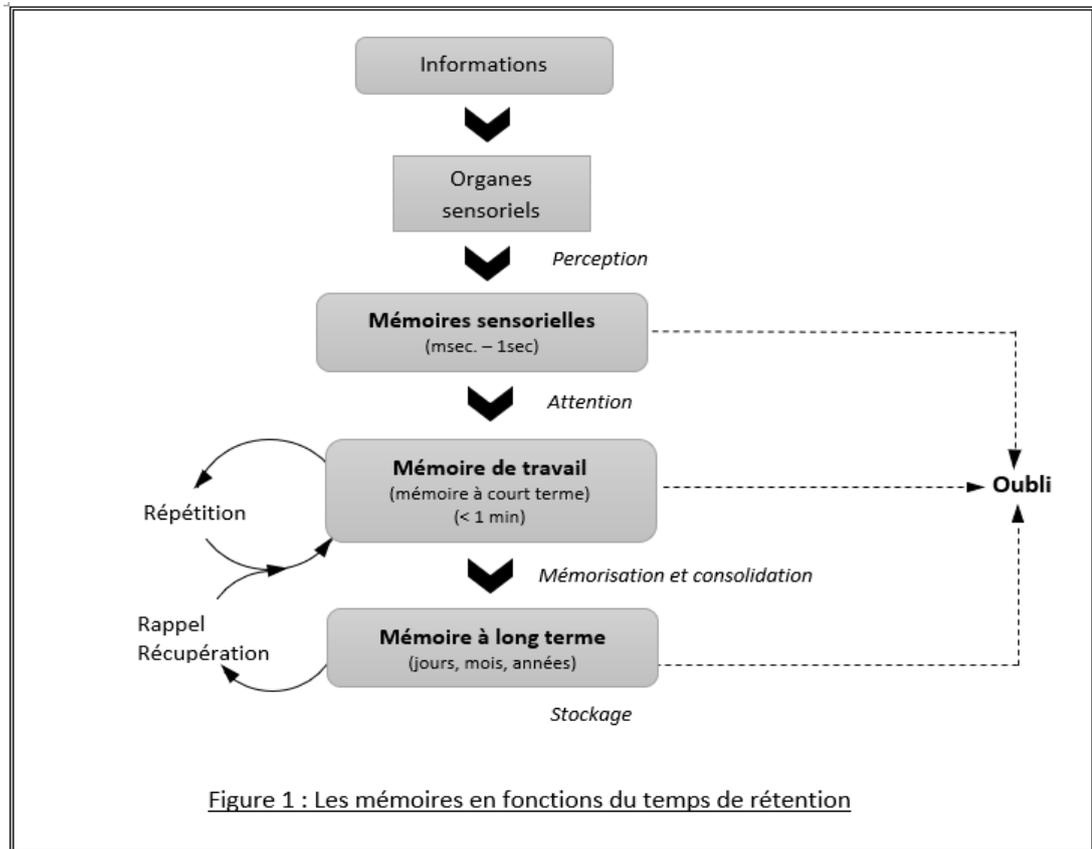
Selon les différentes conceptions et modèles théoriques, nous pouvons catégoriser les mémoires selon les critères suivants :

- En fonction de la durée de rétention : en envisageant une gradation dans la longévité de la rétention mnésique avec la mémoire sensorielle, la mémoire à court terme et de travail, et la mémoire à long terme.
- En fonction de la nature de l'information emmagasinée : en distinguant la mémoire épisodique, la mémoire sémantique, la mémoire procédurale et émotionnelle.
- En fonction de la restitution de l'information : en différenciant la mémoire explicite de la mémoire implicite.

3.3.1. En fonction de la durée de la rétention

L'une des premières façons de décrire et nommer la mémoire c'est de pouvoir la classer en fonction du temps. Cette catégorisation fait écho à l'un des plus influents modèles structuraux de la mémoire à savoir le modèle de R. Atkinson et R. Shiffrin (1968) (29), qui considère la mémoire selon trois sous-systèmes : le registre sensoriel, la Mémoire à Court Terme (M.C.T) et de Travail (M.T.) et la Mémoire à Long Terme (M.L.T).

Nous pouvons illustrer ce modèle par le schéma ci-dessous qui reprend les mémoires en fonction du temps de rétention de l'information :



o Le registre sensoriel et la mémoire sensorielle

J. Meunier (2015) dans son livre Mémoires, représentations et traitements (29) fait référence à la mémoire sensorielle comme étant une sensation qui vient « *percuter l'organe sensoriel ; les récepteurs sont activés et engagent le processus perceptif* ». L'information est captée par nos sens. Cette information perceptive est collectée par le système cognitif et est conservée durant quelques millisecondes dans un registre transitoire : c'est la mémoire sensorielle. Elle nous permet d'identifier cette perception. Cette capacité mnésique correspond à ce que nous sommes capables de saisir de notre environnement de manière photographique.

Le registre sensoriel possède deux composantes : une mémoire sensorielle visuelle dite aussi iconique et une mémoire sensorielle auditive ou échoïque : c'est l'écho que l'on garde dans le tympan. Il a été mis en évidence par G. Sperling (29) que la durée de rétention de l'information dans le registre visuel est très courte, environ 250 ms. Au-delà de ce terme, cette perception qui touche le corps peut disparaître ou devenir utilisable par un autre

registre mnésique : la mémoire à court terme. C'est de la qualité de cette mémoire sensorielle que dépend la possibilité de consolider ou non le processus de mémorisation.

- La mémoire à court terme et la mémoire de travail

La mémoire à court terme est un système de mémoire immédiate et transitoire : c'est une « salle d'attente ». Elle permet de maintenir des informations disponibles pendant un temps restreint. Pour pouvoir garder ces éléments temporairement, il nous faut des capacités attentionnelles.

D'après les recherches de G.-A. Miller (1956) (29), on considère que sa capacité de stockage est de « 7 + ou - 2 » éléments ou groupements d'informations : c'est ce que l'on appelle l'empan mnésique. Elle est la première étape d'une mémorisation à plus long terme. Pour retenir une information nous pouvons recourir à des processus volontaires d'apprentissage (par la répétition, l'association d'idées...) afin de la stocker en mémoire à long terme. On doit à N. Waugh et D. Norman (1965) (29) une des premières formulations de la distinction entre une mémoire transitoire, et une mémoire permanente.

Le fait de définir la mémoire à court terme décrit comme étant « *un réceptacle provisoire à la mémoire* », est apparu comme étant trop réducteur pour A. Baddeley et G. Hitch (1974) (29), qui ont proposé le concept de mémoire de travail. Là où la mémoire à court terme est considérée comme un registre de stockage relativement passif, la mémoire de travail permet d'effectuer des traitements cognitifs sur des informations qui sont momentanément stockées. Elle est impliquée dans les processus faisant appel au raisonnement. Elle est constamment sollicitée dans nos activités quotidiennes : par exemple lorsqu'on lit une phrase, elle nous permet de retenir le début de celle-ci pour en comprendre le sens. Ces mémoires temporaires sont un passage obligatoire pour une mémorisation à long terme.

- La mémoire à long terme

La mémoire à long terme permet de retenir des connaissances de manière illimitée et sur une période de temps très longue : l'information est disponible des jours, des mois, des années. Dans le cas du vieillissement normal, tout n'est pas facilement disponible à la récupération. Cette mémoire à long terme connaît de constants remaniements : loin d'être figée, c'est un processus évolutif où l'oubli va intervenir dès le départ. Effectivement, la capacité à oublier des choses qui ne nous sont pas utiles est normale et essentielle : « *se souvenir de tout serait, en bien des circonstances, aussi fâcheux que de ne se souvenir de rien* », soulignait déjà W. James dans son Précis de psychologie en 1892.

3.3.2. En fonction de la nature de l'information

Une autre façon de classer la mémoire serait de se demander quel est le contenu de l'information stockée en mémoire à long terme. Cette conception repose sur une opposition, introduite pour la première fois par E. Tulving (1972) (29), entre : la mémoire épisodique et la mémoire sémantique. Nous pouvons également rajouter la mémoire procédurale et la mémoire émotionnelle.

- La mémoire épisodique

C'est notre mémoire autobiographique. Elle fait référence aux connaissances relatives à notre vécu, à des événements personnels dont la récupération est fortement liée au contexte émotionnel et affectif lors de la mémorisation. De ce fait, chacun de nos souvenirs épisodiques ont une émotion : certains sont teintés de joie, d'autres de tristesse, d'autres encore de colère ou de peur. Faisant référence aux expériences de vie qui nous sont propres, cette mémoire est particulièrement liée la construction identitaire de chaque être humain.

- La mémoire sémantique

C'est la rétention mnésique de connaissances très générales, encyclopédiques. Leur récupération semble ne dépendre que très faiblement d'indices contextuels. Ce sont des connaissances partagées par un même groupe culturel.

À la vue de cette distinction, il est important de noter que toute information mémorisée est à l'origine épisodique car il est impossible de se détacher totalement du contexte d'apprentissage. Elle devient sémantique à partir du moment où elle est décontextualisée, c'est-à-dire que la charge affective n'est pas au premier plan dans la récupération. C'est ce que l'on appelle la « sémantisation » du souvenir.

- La mémoire procédurale

Ce sont les connaissances qui relèvent de notre savoir-faire : faire du vélo, cuisiner, lancer une balle, écrire, danser la valse, porter un objet lourd. C'est une façon de restituer l'information qui ne passe ni par les mots ni par une recherche consciente. Le souvenir va renaître quasiment automatiquement en fonction des associations d'idées, de la perception, des impressions, des sentiments. On peut dire que c'est la mémoire du corps, du geste et de la motricité. Lorsque, dans le langage courant on emploie l'expression « faire

du vélo, ça ne s'oublie pas », cela nécessite au préalable que l'équilibre, la posture et les coordinations soient préservées.

En psychomotricité, solliciter la mémoire procédurale passe, de ce fait, par un travail concernant le schéma corporel, la régulation et l'adaptation tonico-émotionnelle et posturo-motrice.

La mémoire procédurale est l'une, si ce n'est la plus solide, des différentes mémoires.

- La mémoire émotionnelle

« C'est la mémoire de nos sentiments et de nos affects : le rôle de la mémoire émotionnelle est d'autant plus important qu'il apparaît que certaines maladies, qui atteignent fortement les autres mémoires, ne troublent pas celle-là » (Y. Gineste et J. Pelissier, 2005) (11).

Les émotions favorisent la modulation des *« processus de consolidation mnésique, permettant de maintenir en mémoire de façon prolongée le contexte dans lequel nous avons été confronté à des stimulus émotionnels »* (4). C'est donc un élément important à prendre en compte dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie.

À l'issue d'un atelier, je demande à Madame C. ce qu'elle a fait dans la matinée, elle me répond en souriant « Oh, je ne sais plus bien, mais j'ai bien rigolé ! ». Ici, la mémoire épisodique est difficile à restituer tandis qu'il reste de manière nette l'émotion associée à l'expérience de la matinée. C'est la mémoire émotionnelle.

Il est important de favoriser des expériences riches émotionnellement car parfois la personne peut sembler perdre de l'intérêt pour des activités qu'elle aimait réaliser auparavant et se referme sur elle-même : c'est l'apathie.

Ainsi, F. Gzil (2012) dans son livre Alzheimer, éthique et société (13) écrit que *« l'émotion est un puissant mobilisateur de la mémoire »*. De plus, lorsque l'on se consacre à une activité qui nous fait plaisir, on stimule la production de la dopamine : l'hormone du bien-être. Celle-ci a un effet neurologique positif sur la mémoire.

Au-delà de favoriser l'encodage de nouveaux souvenirs, l'émotion permet de revivre des souvenirs anciens. Dans son livre La validation méthode Feil comment aider les grands vieillards désorientés (2005) (10) N. Feil précise que *« des évènements actuels, agissent comme des déclencheurs réactivant le souvenir d'évènements du passé »*, elle ajoute que les souvenirs chargés émotionnellement persistent à tout âge. Une émotion éprouvée à un instant précis peut venir réactiver la mémoire d'événements passés associés à cet état émotionnel.

3.3.3. En fonction de la restitution

On s'intéresse ici à la façon dont un souvenir stocké dans la mémoire à long terme est exprimé. Cela passe par deux voies différentes : la mémoire explicite et la mémoire implicite.

- La mémoire déclarative ou explicite

Ce sont les connaissances que l'on est capable de verbaliser, elles correspondent aux connaissances épisodiques et sémantiques vues précédemment. Elles sont caractérisées par un plus grand contrôle intentionnel quant à leur récupération. Cette forme de mémoire est la première à être touchée dans les troubles mnésiques.

- La mémoire non – déclarative ou implicite

L'acte de mémorisation n'est pas toujours mis en œuvre de manière consciente. La mémoire implicite désigne les informations emmagasinées par le sujet mais non exprimées de manière consciente ou volontaire. C'est une mémoire en deçà de la conscience. Elle concerne notamment les apprentissages procéduraux, les émotions et les sensations.

Donc, nous avons vu qu'il n'existe pas une mémoire mais une multitude. Il est important de noter que ces mémoires « *sont à la fois indépendantes et dépendantes les unes des autres* ». (Y. Gineste et J. Pelissier, 2005) (11). En effet, des informations que nous possédons dans notre mémoire sémantique, sont liées à des informations personnelles. De même, ce que nous vivons quotidiennement enrichit continuellement nos connaissances. C'est ce qui fait la richesse et la complexité de cette fonction cognitive qu'est la mémoire.

Nous voyons à travers la représentation schématique (ci-dessous) comment les mémoires sont liées entre elles et comment la mémoire émotionnelle est présente dans chacune d'entre elles. La mémoire émotionnelle est interconnectée aux autres mémoires : la mémoire sémantique, la mémoire épisodique et la mémoire procédurale.

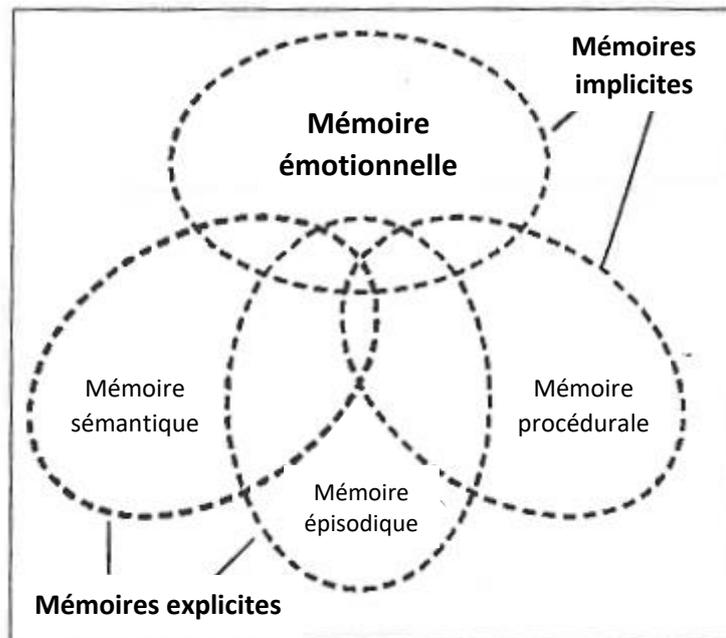


Figure 2 : La mémoire émotionnelle : la liaison avec les autres mémoires (11)

Cependant, il est intéressant de rajouter que bien qu'elles soient reliées « *nos mémoires n'en sont pas moins indépendantes : chacune d'entre elles peut être troublée par une maladie ou être l'objet d'une défaillance momentanée, sans que cela porte atteinte aux autres* » (Y. Gineste et J. Pelissier, 2005) (11). Nous le développerons dans une prochaine partie en nous penchant plus particulièrement sur le fonctionnement mnésique dans la pathologie.

3.4. Les structures anatomiques et la localisation de la mémoire

On parlera plutôt de « circuits de la mémoire » plutôt que de structures de stockage des informations. En effet, il n'existe pas de structure spécifique à la mémorisation. Cependant, nous pouvons tout de même considérer, grâce aux données scientifiques actuelles (12), que le centre de la mémoire se trouve au niveau du système limbique.

Celui-ci est constitué de l'hippocampe, l'amygdale, le thalamus, et l'hypothalamus. Le système limbique reçoit des afférences des organes sensoriels, il va les intégrer et former des souvenirs. Les structures du système limbique ont une fonction primordiale dans la mémorisation, le rappel des souvenirs et jouent aussi un rôle dans l'olfaction et la régulation émotionnelle. L'amygdale a notamment pour fonction de trier les informations selon leur charge affective : seules celles suffisamment importantes au niveau affectif sont conservées et stockées dans notre mémoire à long terme.

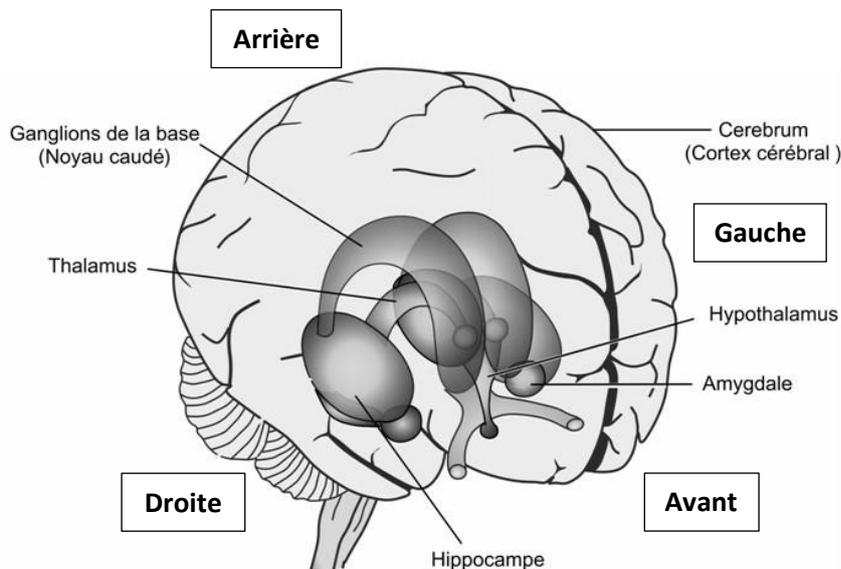


Figure 3 : Structure interne du cerveau avec le système limbique (22)

La complexité de la mémoire relève du fait que pour être fonctionnelle celle-ci doit établir des connexions entre toutes les aires cérébrales : frontale, temporale, occipitale, pariétale.

On considère par exemple que :

- la mémoire visuelle dépend du cortex occipital ;
- les mémoires auditive et olfactive dépendent du cortex temporal ;
- la mémoire procédurale dépend du cortex frontal ;
- les mémoires tactile et gustative dépendent du cortex pariétal.

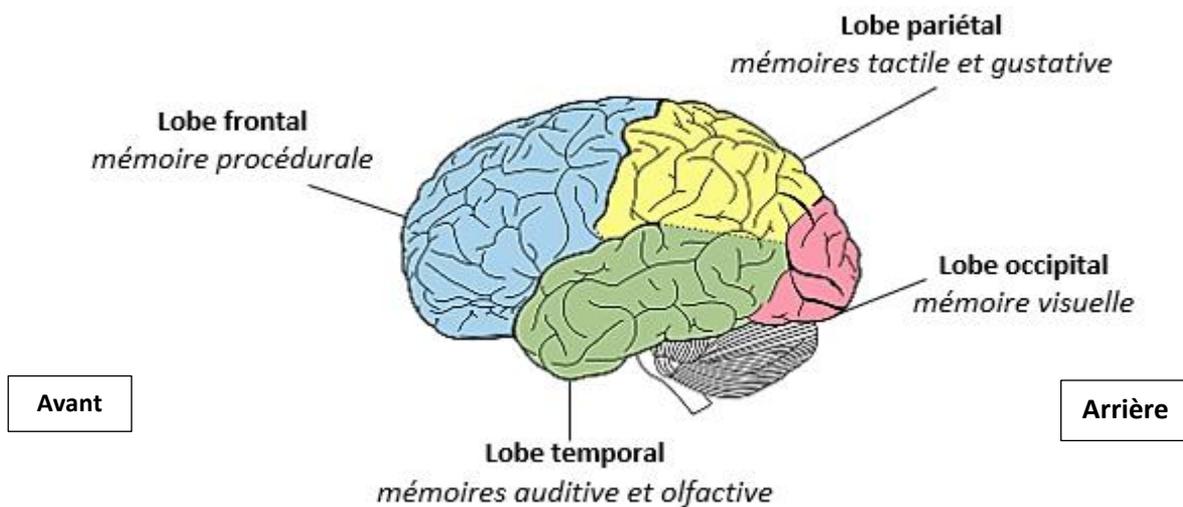


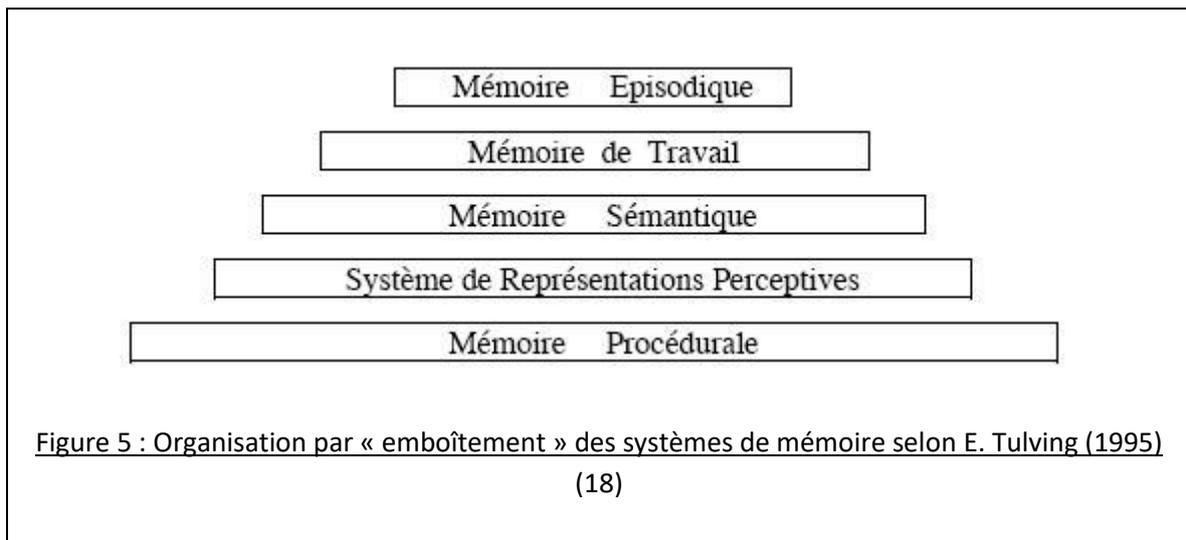
Figure 4 : Localisation des mémoires en fonctions des lobes cérébraux

Il existe des connexions entre ces différentes formes de mémoires sensorielles. L'hippocampe assure la mise en relation de ces informations stockées dans les différentes zones cérébrales. Il est le site de convergence de tous les types d'afférences sensorielles.

Les informations relatives à un même objet sont stockées en mémoire tout près de la région responsable de la perception de cet objet. C. Grémont, psychomotricienne, explique dans l'article Mémoire et psychomotricité en gérontologie (1997) (12) que si nous prenons l'exemple d'une banane : sa couleur sera stockée en mémoire proche du cortex occipital, sa forme au toucher et son goût seront stockés plutôt au niveau du cortex pariétal, et son odeur sera stockée préférentiellement au niveau du cortex temporal. D'où l'intérêt en psychomotricité de « multiplier les « entrées » sensorielles pour mémoriser un unique objet » (12).

3.5. Niveau d'élaboration : le modèle de E. Tulving

Certaines conceptions ont développé le fait qu'il y a une hiérarchie dans les différents types de mémoire, notamment en fonction de leur niveau d'élaboration. C'est E. Tulving (1995) (29) qui a proposé le modèle SPI (pour Sériel, Parallèle, Indépendant) (18) ou par « emboîtement », où les mémoires décrites précédemment forment un ensemble de systèmes organisés hiérarchiquement.



C'est une représentation considérant les mémoires comme étant de plus en plus complexes et de haut niveau d'intégration. Selon ce modèle, on considère que les systèmes de mémoire les plus bas sont les plus autonomes, c'est-à-dire que leur activité ne dépend pas des systèmes de plus haut niveau d'intégration. À la différence, les mémoires les plus élaborées, représentées en haut de la pyramide, dépendraient des systèmes antérieurs.

À la base de cette architecture, on trouve la mémoire procédurale en charge des schèmes élémentaires, des automatismes et habiletés. Il est le système le plus indépendant correspondant à la mémoire physique fondée sur ce qui est concrètement existant et perceptible autour de nous. Elle se complexifie ensuite avec le système dédié aux représentations perceptives lié aux sens qui encode et stocke les informations sensorielles. Ces éléments sont transmis vers la mémoire sémantique et vient ensuite la mémoire de travail. La mémoire la plus élaborée est la mémoire épisodique, elle est responsable de la mémorisation des informations personnelles et contextualisées : c'est celle qui connaît le plus d'enrichissements au quotidien.

Cette conception hiérarchique de la mémoire est intéressante pour introduire l'action de la psychomotricité au sein des ateliers mémoire. En effet, la psychomotricité stimule et met en jeu les mémoires dites corporelles et sensorielles relatives aux mémoires les plus archaïques dans le modèle de E. Tulving. Elle s'adresse au corps dans ce qui se met en place le plus précocement dans le développement.

3.6. Vieillesse et mémoire

Les systèmes de mémoires subissent différemment l'influence de l'âge. Les capacités mnésiques, si elles ne sont pas compensées par des stratégies particulières, se fragilisent. Avec l'avancée en âge, se produit un ralentissement des capacités cérébrales. En effet, la transmission des informations est moins rapide, les nouvelles informations sont plus difficiles pour être retenues et bien que toujours présents, les souvenirs anciens sont moins facilement récupérés. De plus, avec l'âge les capacités attentionnelles sont également diminuées.

On observe néanmoins que les mémoires non déclaratives (procédurales, sensorielles, émotionnelles) sont les mieux préservées et ne subissent que très peu l'impact du temps qui passe.

Ainsi, à l'issue de cette partie où nous nous sommes attachés à décrire le fonctionnement mnésique en distinguant plusieurs systèmes et plusieurs niveaux d'élaboration, nous allons nous pencher maintenant sur le déclin mnésique dans la maladie. Qu'en est-il de la mémoire lorsque la maladie d'Alzheimer s'installe ? Par le biais d'approches théoriques et d'illustrations cliniques tirées d'observations durant mon stage, nous pourrions discerner quels sont les systèmes mnésiques les plus altérés dans la maladie d'Alzheimer et quels sont ceux qui à l'inverse, sont préservés le plus longtemps.

4. La mémoire dans la maladie d'Alzheimer

De nature neurodégénérative, la maladie d'Alzheimer se manifeste, nous l'avons vu, par des lésions bien précises dans certaines zones du cerveau. Les neurones dégénèrent et meurent. Les premières zones touchées sont situées dans la région du système limbique, siège de la mémoire, ce qui explique que les premiers symptômes sont des troubles mnésiques. Ce déclin mnésique est inévitable et son intensité est variable selon l'avancée évolutive et les patients. Dans le cadre de la démence de type Alzheimer, les troubles mnésiques s'illustrent par de petits oublis, qui, avec l'évolution de la démence, prennent des proportions beaucoup plus importantes.

4.1. Les phénomènes d'amnésie

L'amnésie est un des symptômes principaux de la maladie d'Alzheimer. Elle correspond à la perte totale ou partielle de la mémoire. Elle est considérée comme un phénomène pathologique affectant généralement un groupe de souvenirs ou une période temporelle donnée. Elle ne doit pas être confondue avec l'oubli qui est une impossibilité

momentanée ou définitive de se souvenir d'un évènement, d'un mot, d'une personne. Contrairement à l'amnésie, l'oubli est considéré comme un phénomène normal.

On distingue généralement deux types d'amnésie : l'amnésie antérograde et l'amnésie rétrograde (E. Marsaudon, 2008) (28).

- **L'amnésie antérograde ou par déficit du stockage**, est une difficulté ou une incapacité à mémoriser des faits nouveaux, tout en préservant les mémoires passées. La personne ne parvient donc pas à stocker de nouvelles informations : celles-ci sont présentes dans sa mémoire de travail, mais ne passent pas dans (la plupart de) ses mémoires à long terme. La personne a des problèmes d'apprentissage puisqu'elle oublie tout, à mesure que les informations lui sont données. Dans un stade avancé de la maladie, le sujet vit dans le moment présent, dont il ne garde pas de trace.

Aussi appelée l'oubli à mesure, cette amnésie apparaît précocement dans la maladie d'Alzheimer et impacte de manière importante la vie quotidienne de la personne et de sa famille. On considère habituellement que les souvenirs anciens sont plus difficiles à faire ressurgir que ceux moins anciens car ils sont plus faciles d'accès. Chez le malade Alzheimer c'est le contraire, les souvenirs très anciens sont prépondérants car les plus récents dysfonctionnent.

Cependant, l'amnésie antérograde ne concerne pas toutes les voies de mémorisation. En effet, grâce à la voie affective, « *les informations et situations émotionnelles riches, affectives, importantes (...) peuvent être mémorisées sous une forme essentiellement émotionnelle.* » (Y. Gineste et J. Pelissier, 2005) (11).

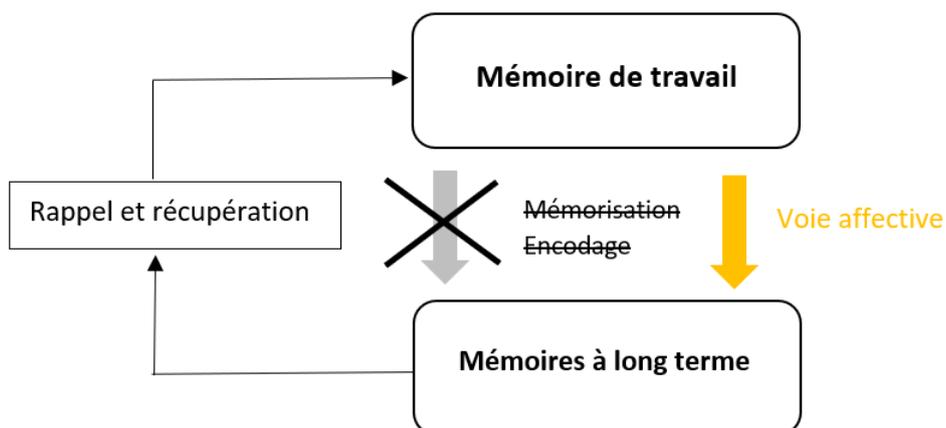


Figure 6 : La voie affective dans la mémorisation (11)

Ainsi un patient atteint d'Alzheimer conserve une capacité d'apprentissage et de mémorisation. Cette compétence préservée est exploitée en psychomotricité, en proposant des médiations ayant pour première intention d'offrir un moment plaisant, agréable et convivial.

- Quant à **l'amnésie rétrograde**, celle-ci fait référence à la difficulté ou l'incapacité à se remémorer les épisodes portant sur des faits survenus avant la maladie. Elle est atteinte secondairement dans la pathologie. Très souvent, le gradient temporel d'amnésie est corrélé positivement avec la gravité de la maladie : les événements les plus récents sont oubliés tandis que ceux qui sont anciens peuvent être restitués. Ainsi, la personne conserve ses souvenirs concernant son enfance, son mariage mais peut éprouver des difficultés pour récupérer des souvenirs autour de sa retraite par exemple. On considère que « *l'amnésie rétrograde touche l'ensemble des mémoires mais de manière différente* » (Y. Gineste et J. Pelissier, 2005) (11). Effectivement, les mémoires implicites sont davantage préservées que celles explicites.

4.2. En reprenant le modèle SPI de E. Tulving

Dans la progression du processus dégénératif, une certaine chronologie de l'atteinte mnésique a été mise en évidence. Ainsi, on constate une atteinte successive reprenant la hiérarchie proposée par le modèle SPI de E. Tulving (1995) décrit précédemment. L'altération de la mémoire débute au niveau des mémoires les plus élaborées et fragiles puis évolue vers les mémoires les plus archaïques et solides.

B. Reisberg, psychiatre américain, cité dans l'article L'usage de l'enfance face à la maladie d'Alzheimer : du retour au recours (2008) (15) a développé une théorie sur la « rétrogénèse » où il démontre qu'une personne atteinte de cette maladie perd ses capacités dans l'ordre inverse de son acquisition lorsqu'il était bébé, puis enfant. En d'autres termes, les compétences présentes le plus tôt dans le développement de l'enfant sont celles qui s'altèrent en dernier au cours de la démence. Ainsi, on peut voir cette « rétrogénèse » s'appliquer au déclin mnésique. Les premiers souvenirs emmagasinés chez le bébé : des souvenirs sensoriels et corporels, sont les plus solides chez les malades.

4.2.1. La mémoire épisodique

Dans le cadre de la maladie, on considère qu'il y a une atteinte régressive débutant par la mémoire épisodique, qui est la plus fragile. Les souvenirs relatifs aux événements de vie de la personne vont se fragiliser. Cependant, « *les émotions ressenties lors d'un événement de vie (mariage, décès, naissance,) perdurent jusqu'à la fin de vie, c'est le chemin pour y accéder qui diffère* » (Y. Gineste et J. Pelissier, 2005) (11).

Madame V. me raconte la période de sa vie lors de laquelle elle a dû quitter l'Algérie : cela fut un déchirement pour elle. Lorsqu'elle raconte son histoire, les détails, les dates, les lieux sont flous (ce sont les souvenirs relatifs à la mémoire épisodique). Ce qu'il reste de ce souvenir c'est l'émotion associée (mémoire émotionnelle). Elle m'en parle en ayant les larmes aux yeux, exprime avec précision ses ressentis et me dit « je ne l'oublierai pas ».

4.2.2. La mémoire de travail

Une personne ayant la maladie d'Alzheimer aura des difficultés à retenir environ 7 informations sur un court terme. Cela correspond à l'empan mnésique : elle se rappellera uniquement de quelques informations ou d'aucune quelquefois.

Lors d'un parcours d'équilibre composé d'un point de départ, d'une barre à enjamber, de 4 plots de différentes couleurs, les patients doivent effectuer le parcours en passant par les plots avec un ordre bien précis. Madame G. passe dans les dernières du groupe, et a pu observer plusieurs fois le parcours réalisé par les autres membres du groupe. Au moment de l'accomplir elle se trouve en difficulté quant à la mémorisation de l'enchaînement des plots. Sa stratégie de répétition orale n'est pas efficace car à la moindre distraction elle en oublie l'ordre.

4.2.3. La mémoire sémantique

Dans la maladie d'Alzheimer cette mémoire encyclopédique et très liée au langage, se détériore au fur et à mesure du temps ; les personnes éprouvent de plus en plus de difficultés pour reconnaître des objets, des personnes et aussi pour retrouver leurs mots. Le psychomotricien accorde une place importante aux temps de verbalisation en fin de séance afin de permettre à chacun de prendre la parole et exprimer ses ressentis. C'est mettre des mots sur son état physique et psychique actuel. Ces temps de verbalisation favorisent les capacités langagières, le vocabulaire et soutiennent ainsi la mémoire sémantique.

4.2.4. Le système de représentation perceptif

Le système de représentation perceptif faisant référence à la mémoire sensorielle est l'un des derniers systèmes préservés dans l'avancée de la pathologie. C'est pour cela que les médiations sensorielles auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont très intéressantes et bénéfiques. Nous le développerons dans un prochain chapitre.

4.2.5. La mémoire procédurale

Considéré comme le niveau le plus archaïque dans le modèle de E. Tulving (1995), le niveau procédural est un socle solide. L'atteinte procédurale, c'est-à-dire du savoir-faire de la personne, est l'une des dernières étapes dans les processus évolutifs de la maladie.

Lors d'un atelier de pâtisserie, Madame B. explique ne pas se souvenir de comment faire la pâte à tarte (cela faisait alors appel à sa mémoire déclarative et sémantique). Pourtant, lors de l'atelier, elle réalise la pâte avec une grande aisance, sans regarder la recette : ses gestes sont assurés, fluides et automatiques. C'est une dame qui avait l'habitude de cuisiner pour sa famille ; les automatismes liés à la mémoire procédurale sont toujours bien présents et ont pu être révélés lors de cet atelier.

C'est pourquoi en psychomotricité on favorise davantage l'investissement corporel et la mise en mouvement du corps plutôt que l'emploi du langage oral afin de ne pas mettre la personne en difficulté. Cela permet ainsi de valoriser sa confiance en ses potentialités et son estime d'elle-même. La mémoire corporelle repose sur des circuits différents de ceux de la mémoire explicite (c'est-à-dire épisodique et sémantique) ; ces circuits sont localisés dans les régions sous-corticales, au niveau des noyau gris centraux. Alors que la maladie ébranle la mémoire explicite elle exempte la mémoire procédurale.

La préservation de cette mémoire est à exploiter dans l'intervention de la psychomotricité dans la maladie. À partir des mémoires physiques de base (sensorielles et procédurales), qui sont les plus solides dans la maladie d'Alzheimer, on pourra trouver par le biais de médiations psychomotrices, des voies pour accéder à des souvenirs sémantiques ou épisodiques non effacés à ce stade de la maladie, mais non accessibles. « *Les mémoires ne « s'effacent » pas comme s'effacerait la mémoire d'un ordinateur, de manière définitive et selon une progression mécanique et régulière* » (Y. Gineste et J. Pelissier, 2005) (11). Nos souvenirs sont présents sous des formes différentes et dans différents endroits de notre cerveau.

Par conséquent, le travail thérapeutique en psychomotricité ne consiste pas forcément à construire de nouvelles connaissances, mais plutôt à continuer à entretenir les réseaux de neurones préservés. Pour cela, par le biais de stimulations sensorielles et motrices, elle donne la possibilité de rejouer des émotions liées à la mémoire épisodique.

4.3. Une difficulté de mémorisation à différents niveaux : encodage, stockage et restitution.

Chez les malades d'Alzheimer l'encodage est fragilisé. Les nouveaux souvenirs ont du mal à être fixés. Cela peut aussi être corrélé à la baisse des facultés attentionnelles. En psychomotricité, nous tentons d'enrichir la trace de l'information à retenir en la répétant et en insistant sur l'odeur, le son, le toucher..., c'est-à-dire en multipliant les voies d'entrées sensorielles. Cependant, il faut veiller à ne pas sur-stimuler la personne pour éviter un effet délétère. Pour cela, la psychomotricité peut proposer différentes médiations telles que l'aromathérapie, la musicothérapie ou l'accompagnement en salles snoezelen⁶. Notons également que le manque d'attention peut être corrélé à un symptôme secondaire de type dépression ou apathie.

Concernant le stockage, cette pathologie entraîne un syndrome amnésique très particulier qui correspond à une anomalie de stockage des informations. La première région cérébrale touchée par les lésions de la maladie d'Alzheimer est l'hippocampe qui est impliqué dans le stockage de l'information (E. Marsaudon, 2008) (28).

Dans la phase de restitution, il faut aller chercher l'information et tout ce qu'elle comporte dans les différentes parties du cerveau. Cette phase est également affectée dans la maladie d'Alzheimer : on considère que « *c'est un trouble de la récupération des souvenirs* » (Y. Gineste et J. Pelissier, 2005) (11) caractérisé par des difficultés ou des incapacités à les retrouver. Un environnement calme et sécurisé sera bénéfique à la récupération. Par conséquent, le rôle de la psychomotricité est premièrement de laisser du temps aux personnes pour rechercher leurs souvenirs et dans un second temps, de les aider à les retrouver : nous verrons comment dans un prochain chapitre.

Précisons aussi qu'il existe une différence importante entre les capacités de rappel volontaires et conscients d'une information verbale ou gestuelle et les capacités de rappel involontaires, provoquées par un indice perceptif, émotionnel ou situationnel. En d'autres termes, la récupération des souvenirs est meilleure lorsqu'elle est faite de manière involontaire par le biais d'un indice ravivant le souvenir.

⁶ Les salles snoezelen sont des salles de stimulations multisensorielles. C'est une pratique qui vise à éveiller la sensorialité de la personne qui en fait l'expérience, dans une ambiance sécurisante.

De plus, les troubles du rappel n'impactent pas la voie affective, émotionnelle, c'est-à-dire celle qui permet, à partir d'un mot, d'une sensation, d'une situation, le retour d'une émotion.

Il est important de préciser enfin que la difficulté de récupération est également présente dans le vieillissement dit « normal ».

4.4. Les entraves à la mémorisation

Plusieurs facteurs peuvent influencer les processus mnésiques. En effet, il faut prendre en compte l'état psycho - affectif de la personne. De ce fait, l'anxiété et la dépression sont deux paramètres importants pouvant parasiter les capacités attentionnelles et de mémorisation.

Il faut aussi se renseigner sur les traitements médicamenteux pris par le patient et potentiellement de leur effet hypomnésiant, ou entraînant une baisse de la vigilance et de la concentration. Il est important de tenir compte de la qualité du sommeil car celui-ci est fondamental pour la mémoire ; il faut savoir se reposer.

Le travail de mémorisation demande l'activation de certaines informations mais repose également sur des processus de désactivation nécessaire à l'inhibition d'informations non pertinentes au traitement. H. Lallery (1984) dans son article La mémoire psychomotrice, (14) expose le fait que la faculté mnésique « *ne sert à rien si la restitution de notre passé avec ses acquisitions ne peut resurgir au moment où nous en avons besoin, au moment où nous le désirons. Les phénomènes d'inhibition sont donc à observer* ». Or, chez le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer, on remarque que « *les processus d'inhibition qui contrôlent l'accès et le maintien des informations en mémoire de travail deviennent déficient* » (K. Duquenoy, 2002) (6). Avec ce défaut d'inhibition, la mémoire de travail est alors submergée d'informations non pertinentes qui empêchent la mémorisation. Il est important, nous le verrons plus en détails en deuxième partie, de penser le cadre de l'accompagnement pour ne pas sur-stimuler la personne.

Enfin, il faut faire attention à l'altération des systèmes sensoriels. Il est particulièrement important en psychomotricité de prendre en compte les déficits sensoriels de chacun et veiller à la compensation des troubles des fonctions sensorielles (en particulier vision et audition qui sont les premières touchées) : leur impact sur la communication est évident. De même, les perceptions tactiles peuvent être modifiées, telles que des cors aux pieds par exemple, ce qui perturberait la compréhension de l'environnement. La correction des systèmes sensoriels, quand elle est possible, doit permettre le maintien de la personne malade dans un réseau relationnel stimulant. Quand une personne entend mal ou voit mal,

il faut absolument essayer de pallier à cela grâce aux lunettes, appareils auditifs, pour favoriser les canaux d'entrées sensoriels facilitant la mémorisation.

En psychomotricité, il faut être attentif à optimiser les compétences de la personne et prendre en compte son état de santé général. Il y a peut-être des moments où l'action psychomotrice est à différer, ou doit être différente pour ne pas mettre en échec la personne.

Pour conclure la première partie

À l'issue de cette première partie théorique concernant la maladie d'Alzheimer et son impact sur le fonctionnement mnésique, nous avons constaté que certaines mémoires sont mieux préservées que d'autres. Il arrive également que des compétences spécifiques soient ancrées si profondes qu'elles s'expriment sans même que la personne en soit consciente : par exemple chanter, faire la cuisine, tricoter, jouer d'un instrument, dessiner...

| *Madame S. maîtrise 4 langues : le français, l'anglais, l'italien et l'allemand et prend plaisir à compter dans ces différentes langues lors des ateliers.*

Quelles que soient ces habilités uniques, il appartient au psychomotricien de les dévoiler, de les encourager et de les soutenir afin que « *chaque personne atteinte de la maladie préserve à tout stade de la maladie, sa dignité, son indépendance et le respect d'elle-même* » (J. Zeise, 2013) (44).

PARTIE 2

Conceptions psychomotrices de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer

Du fait de l'application des différents plans Alzheimer, de plus en plus de psychomotriciens sont amenés à intervenir auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ; et plus particulièrement au sein d'hôpitaux de jour par le biais d'ateliers mémoire. À l'hôpital de jour où j'effectue mon stage, la psychomotricienne intervient en association avec les médecins, les psychologues et les infirmiers.

Concernant l'intervention auprès de la personne vieillissante, la psychomotricité a pour indication de prendre en charge les troubles de début de démence tels que les troubles mnésiques, attentionnels, ainsi que la désorientation spatio-temporelle.

Le principal objectif de l'intervention psychomotrice est de continuer à entretenir les réseaux neuronaux existants, en passant par les voies d'accès corporelles : par les sensations, les émotions, le mouvement. On peut espérer un ralentissement de la vitesse du déclin mnésique, car en effet, « *la persistance dans le cerveau lésé d'une plasticité cérébrale adaptative encourage la mise en œuvre de programmes de rééducation et de stimulation. Il s'agit d'utiliser au mieux les capacités non altérées pour combler les déficits dont souffrent ces personnes* » (Duquenoy, K. 2002) (6).

Par des médiations, l'action psychomotrice vise également à prévenir les autres troubles induits dans la maladie d'Alzheimer ou présents dans le vieillissement, tels que les troubles du schéma corporel, de l'équilibre, de l'orientation spatio-temporelle.

Le but en hôpital de jour est de pouvoir maintenir la personne le plus longtemps et le plus favorablement possible à son domicile. Le fait d'être dans un milieu familial lui permet de garder un contact avec son passé et de préserver son identité : c'est souvent la maison familiale où elle a vu grandir ses enfants, vécue avec son conjoint.

1. Le corps et sa mémoire

G. B. Soubiran dans l'article Sur la mémoire en Psychomotricité et Relaxation psychosomatique (1985) de la revue La Psychomotricité (40) considère que « *notre corps est toute mémoire* ». En effet, le corps est le témoin de notre histoire personnelle. Il conserve des traces visibles (des cicatrices par exemple) ou invisibles (des habitudes de postures, des réflexes moteurs, des douleurs) de nos expériences passées. F. Desobeau (1984) (14) lors d'un congrès international de psychomotricité emploie même le terme de « *corps « pense-bête »* ».

Madame S. a une jambe paralysée dû à une poliomyélite développée dans sa jeunesse. Cette jambe lui rappelle sans cesse des souvenirs douloureux et marquants de cette maladie qu'elle a contracté étant jeune.

En tant que « *thérapie à médiations corporelles* », la psychomotricité s'appuie sur le corps afin d'accéder aux mémoires procédurale, sensorielle et émotionnelle : celles qui perdurent le plus longtemps dans l'avancée démentielle. La psychomotricité s'intéresse donc plus particulièrement aux souvenirs liés au vécu corporel. Cela passe par la mobilisation de la sphère sensorielle et des schèmes moteurs premiers.

Marcel Proust dans son ouvrage À la recherche du temps perdu : Du côté de chez Swann (1913), expliquait comment la saveur de la madeleine avait fait resurgir des souvenirs à propos de la maison de sa grand- mère. N. Feil (2005) (10) explique que la saveur d'un plat, l'odeur d'un parfum, la texture d'un tissu, une certaine chanson peuvent réveiller le souvenir d'évènements passés associés aux mêmes émotions. Ces souvenirs étaient difficiles à récupérer de manière cognitive à cause de l'atteinte hippocampique. Ainsi, dans un souvenir, nous mémorisons un réseau de perceptions : sensorimotrices, affectives et émotionnelles. C'est cet ensemble qui construit le sens. En psychomotricité, réactiver la mémoire c'est également redonner de la cohérence aux sens.

1.1. La mémoire sensorimotrice : du nouveau-né à la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

1.1.1. Les flux sensoriels chez le nourrisson : la première forme de mémorisation

Nous sommes en constante interaction avec notre environnement grâce à nos sens. Tout ce qui nous arrive est capté par nos canaux sensoriels avant d'être traité cognitivement. La sensation devient perception lorsque le sujet se représente mentalement cette sensation. R. Versace dans son livre La mémoire dans tous ses états (2002) (42) précise que le déclenchement du processus de mémorisation dépend alors de la perception ; qu'elle soit verbale, visuelle, auditive, kinesthésique. C'est parce que nous voyons, entendons, goûtons, sentons et touchons, que nous pouvons reconnaître les choses qui nous entourent. Ainsi, toute information mémorisée provient au préalable d'une sensation captée par l'individu ; et ce dès la prime enfance.

Les canaux sensoriels sont les premiers modes de découverte et d'exploration de l'environnement chez l'enfant. Le nourrisson reçoit des signaux sensoriels qui, au départ, sont dépourvus de sens pour lui. Progressivement, l'enfant leur donne une signification et ces signaux sont organisés et mis en mémoire.

A. Bullinger (1996) (24) introduit la notion de « flux sensoriels » et la définit comme étant « *un ensemble dynamique de signaux continus et orientés qui vont venir stimuler la surface sensible d'un capteur mobile* ». Un flux est considéré comme étant « *une source qui émet de manière continue et orientée vers un agent susceptible d'irriter une surface : le capteur sensoriel* ». Ainsi, notre organisme est sensible à divers flux : gravitaires, tactiles, olfactifs, gustatifs, sonores, visuels. Le bébé gère alors la multiplicité des flux qu'il reçoit simultanément. Dans leur article Le rôle des flux sensoriels dans les débuts du développement, (2000) (24), F. Joan et M. Molina expliquent que « *le traitement multimodal des flux sensoriels est une propriété biologique de l'organisme, présente dès la naissance, permettant au nouveau-né de générer de l'ordre dans son univers et de se différencier de son environnement* ». Les comportements du bébé émergent donc des interactions entre ces signaux sensoriels multimodaux.

Cette intégration sensorielle dépend premièrement du déplacement des capteurs, c'est-à-dire de l'organe sensoriel, vers la source du flux. C'est par exemple le cas lorsque le nourrisson oriente son regard et sa tête en direction de stimulations visuelles ou auditives ; de même lorsqu'il déplace sa main pour toucher un objet. À l'origine ces déplacements sont des mouvements réflexes.

Puisqu'il y a déplacements de capteurs, cela implique que ces derniers mettent en jeu la proprioception ; c'est-à-dire la perception, consciente ou non, de la position des différentes parties du corps dans l'espace. La proprioception participe alors grandement à l'intégration multisensorielle dès la naissance et permet donc l'élaboration des connaissances que le nouveau-né acquiert progressivement à partir de ses premières expériences. C'est dans ces expériences corporelles et sensorielles que le nourrisson acquiert des repères organisateurs indispensables au développement psychomoteur harmonieux. Ainsi, « *il n'est donc pas surprenant que les composantes sensori-motrices aient une place prépondérante dans le codage des connaissances en mémoire, chez le nouveau-né, mais aussi plus tard chez l'enfant, et ensuite chez l'adulte* » (R. Versace, 2002) (42).

Le corps, avec ses aptitudes sensibles destinées à la collecte de l'information, demeure un relais indispensable pour notre mémoire. Donc, l'activité sensorielle est indissociable de l'activité mnésique : sans sensation il n'y a pas de mémorisation. De même, sans mémoire l'activité sensorielle n'est qu'un afflux déstructuré et désorganisé d'informations.

Par conséquent, les premiers souvenirs encodés se font dès la prime enfance grâce aux expériences sensorimotrices répétées faites par le nourrisson. Ainsi, c'est par le corps que les informations sont captées et mémorisées. Ces expériences sont ensuite enrichies, conceptualisées pour pouvoir être élaborées cognitivement.

1.1.2. Les compétences sensorimotrices de la personne âgée

Il est important de prendre en compte les modifications corporelles et sensorielles présentes au cours du vieillissement. C. Potel (2010) dans son ouvrage Psychomotricité, entre théorie et pratique (36) explique qu'avec l'avancée en âge, les capacités sensorielles perdent de leur efficacité, notamment en ce qui concerne la sensibilité, l'acuité et la discrimination.

Cet appauvrissement des fonctions sensorielles et de l'intégration perceptive affecte les capacités psychomotrices de la personne à différents niveaux :

- Au niveau physique il augmente le risque de chute, fragilise l'équilibre ;
- Au niveau relationnel il impacte la communication avec autrui ;
- Au niveau cognitif il retentit sur la capacité de mémorisation, baisse les facultés de concentration et d'attention.

Outre ce déclin des capacités sensorielles, le vieillissement cognitif perturbe également la capacité de traitement simultané des afférences sensorielles. Plutôt que d'avoir deux sources sensorielles en simultané, il s'installe une sorte de conflit entre les

différentes afférences. L'une est utilisée aux dépens de l'autre ; d'où la difficulté pour la personne âgée d'effectuer une double tâche, comme par exemple, de suivre une conversation dans un environnement bruyant. Ainsi, A. Miermon et al, dans le Manuel d'enseignement de psychomotricité – Tome 1, (2015) (39), expliquent que le vieillissement entraîne « *l'altération et les pertes dans le traitement de l'information, y compris l'information de nature sensorimotrice* ».

Cette altération diminue donc les processus de mémorisation qui, nous l'avons vu, sont plus efficaces lorsqu'ils sont encodés par des informations multisensorielles. Chez l'adulte vieillissant, la mémoire subit une baisse d'efficacité corrélée à une baisse d'efficacité des organes sensoriels et au ralentissement du fonctionnement du système nerveux. De plus, au niveau moteur, les « *stratégies de contrôle postural et plus largement de contrôle du mouvement sont altérées par les pertes sensorielles et le déficit d'intégration perceptive* » (A. Miermon et al, 2015) (39).

Cependant, A. Miermon et al, (2015) considèrent que « *le sujet âgé utilise des capacités acquises par le passé dans le but d'atténuer les pertes et déficits du présent* » (39), et la mémoire sensorimotrice reste l'une des mémoires les mieux préservées dans la maladie d'Alzheimer.

1.1.3. La mémoire sensorimotrice

Le développement des fonctions sensorielles chez le nourrisson suit une séquence temporelle bien définie avec par ordre de maturation : le système vestibulaire et le tact, l'olfaction et la gustation, l'audition et plus tardivement la vision. Cet enchaînement suit une loi d'embryologie qui veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu'elle sera profondément ancrée. Les mémoires sensorielles suivent cette même logique : chez le nourrisson les premières informations intégrées sont les sensations vestibulaires et gravitaires, puis tactiles, olfactives... Par conséquent, dans le cas de la maladie d'Alzheimer, les capacités mnésiques sensorielles les plus précocement acquises restent celles les mieux préservées et les plus solides.

La mémoire gravitaire est en lien avec l'appareil vestibulaire qui permet de donner des informations sur le positionnement et les déplacements du corps dans l'espace. Elle est la plus archaïque et la plus ancrée. Elle permet à la personne d'avoir conscience de la gravité et de l'orientation de son corps dans l'espace.

Le tact est l'un des premiers sens acquis dans la vie intra-utérine ; il est aussi le dernier à être détérioré dans le vieillissement et dans la maladie d'Alzheimer. La peau comporte de nombreux récepteurs sensoriels, ainsi le toucher peut réveiller des sensations enfouies et des émotions. La multitude de capteurs du toucher est répartie sur toute la surface de notre peau. Être touché peut procurer du plaisir, mais peut également être

désagréable, douloureux ou intrusif. Ce sont autant de ressentis qui sont gardés en mémoire et qui peuvent ressurgir en séance de psychomotricité lorsqu'on stimule cette modalité.

La mémoire olfactive est aussi profondément ancrée car l'odorat est l'un des systèmes sensoriels les plus anciens et les plus primitifs. Dans un fonctionnement archaïque, l'information olfactive passe directement des fosses nasales aux circuits de la mémoire et de l'émotion que sont l'amygdale et l'hippocampe. Les odeurs sont donc fortement liées à la mémoire, surtout celles du passé lointain chargées émotionnellement. Cette stimulation par les odeurs permet à la personne âgée de re-sentir des sensations agréables ou non, et de bénéficier, dans le présent, de l'émotion associée à cet événement passé.

La mémoire gustative est plus associée à la prise de nourriture : c'est celle qui nous permet de reconnaître un goût et de retrouver des émotions associées.

Le fait de sentir l'odeur puis manger de la choucroute un midi a permis à Madame S. de parler du temps où elle vivait en Alsace.

La mémoire auditive conditionne la reconnaissance, la différenciation des sons, des paroles. Les sons captés sont interprétés par le cerveau en fonction de notre propre vécu. Elle est constamment sollicitée par notre mémoire à court terme pour retenir et réutiliser les informations sonores.

Madame L. aime beaucoup chanter dans des moments d'attente, ou pendant le temps de l'accueil. Pour les autres membres du groupe, c'est en entendant la mélodie ou en essayant de chanter la chanson qu'ils retrouvent les paroles en intégralité.

Enfin, concernant **la mémoire visuelle**, un grand nombre d'informations nous parvient grâce à la vue car nos yeux captent une foule de renseignements qu'ils communiquent au cerveau. Cette stimulation permanente par l'image provoque une intense activité cérébrale. Il est donc important d'éviter les sur-stimulations et notamment celles visuelles, afin de faciliter l'attention et la concentration pour une meilleure mémorisation.

Madame J. est très attirée par les tableaux qui se trouvent sur les murs de l'hôpital de jour. En observant plus attentivement l'un d'eux, elle me confie que le paysage, par les couleurs orangées, les cyprès et la mer au loin ressemble à un village de son enfance. Elle commence alors à me décrire de mémoire les lieux avec beaucoup de détails et d'anecdotes.

La mémoire est présente à l'intérieur de chaque sens. Cependant, les diminutions perceptives font que les informations sont moins bien captées et donc sont moins bien mémorisées ; cela concerne principalement l'audition et la vision. La psychomotricité encourage la personne à être attentive à l'ensemble de ses sensations et perceptions. Elle aide également la personne à rééquilibrer l'utilisation et l'investissement de ses différents sens pour lui permettre de compenser les diminutions sensorielles et s'adapter plus facilement à son environnement.

1.2. Les médiations psychomotrices

Les médiations psychomotrices proposées « *mettent en jeu, dans le mouvement, le senti et l'agi, les tout premiers mécanismes de la mémorisation* » (F. Desobeau, 1984) (14). Elles s'inscrivent dans un double objectif :

Premièrement, proposer des supports sensoriels où chaque sens pourra être évocateur de souvenirs, de sensations passées agréables. Les personnes ont alors le plaisir de redécouvrir des sensations diminuées avec l'âge. Ainsi, soit la proposition sensorielle rappelle directement un souvenir - c'est le cas de la madeleine de Proust -, soit cette proposition permet d'éveiller et d'attirer l'attention sur un organe sensoriel en particulier, pour permettre de faire émerger des souvenirs en lien avec cette modalité sensorielle.

En touchant et observant une matière ressemblant à du grillage, Madame C. me confie que cela lui rappelle la sensation de la cage du pigeonier qu'il y avait chez ses parents.

Lors d'un atelier, je demande à Madame P. s'il y a des odeurs qu'elle apprécie, Madame P. hausse des épaules et me dit ne pas savoir. Au cours de l'atelier, en lui faisant sentir différentes odeurs, je constate qu'aucune n'évoque quelque chose pour elle. Cependant, en fin de séance, lorsque je lui redemande s'il y a des odeurs qui lui plaisent et elle me répond « l'odeur des grillades que faisait mon père ». Dans ce cas présent, il n'y a pas eu d'odeur de grillades mais le fait de sentir d'autres senteurs a permis à Madame P. de porter son attention sur cette modalité sensorielle, de stimuler les récepteurs olfactifs et donc de lui permettre de retrouver des souvenirs agréables.

Deuxièmement, par le biais de ces médiations, le psychomotricien favorise la découverte de nouvelles sensations. Ainsi, le patient est encouragé à prêter attention à de nouvelles modalités sensorielles ; cela lui permet une meilleure exploration de son environnement afin de lutter contre la désorientation spatio-temporelle : « *La « réalité » est une construction dépendant de nos perceptions sensorielles* » (N. Feil, 2005) (10). Cela améliore également l'encodage de nouveaux souvenirs. Ces stimulations sensorielles permettent à la personne de se centrer sur elle-même et ses propres ressentis et non sur sa maladie. De plus, J.-C. Juhel dans le livre La psychomotricité au service de la personne âgée, (2010) (25), expose le fait que la satisfaction de découvrir de nouvelles choses « *est une nécessité pour tout individu et [qu'] elle est fondamentale pour atteindre un niveau de fonctionnement optimal et pour s'épanouir* ». Ainsi, la proposition d'expériences psychomotrices va pouvoir éveiller des sensations passées, mémorisées mais aussi faire découvrir de nouvelles sensations corporelles.

Parmi les médiations psychomotrices à l'hôpital de jour, on compte les ateliers de marche, de gymnastique, d'équilibre, de relevé du sol mettant en jeu les sensations kinesthésiques, vestibulaires, gravitaires. Le mouvement vise à l'amélioration des habiletés motrices mais aussi cognitives. Chez le jeune enfant, le tonus et le mouvement participent à la construction des premières traces mnésiques sensibles. Piaget dans sa théorie du développement de l'intelligence a découvert que les mouvements sont antérieurs et indispensables au langage dans le développement cognitif. Ainsi, dans le cas de la maladie d'Alzheimer, tonus et émotion « *seront prévalents comme éléments de reconstruction du souvenir dans le rappel* » (F. Desobeau, 1984) (14). Ce qui ne pouvait ni être dit, ni être conscientisé est parfois réveillé au travers du mouvement et de son ressenti.

La marche en extérieur : de manière régulière nous allions marcher dans les bois. La marche favorise l'oxygénation, la circulation sanguine. Au-delà des nombreux bienfaits physiques et sur l'humeur, le fait de marcher stimule également la mémoire corporelle. Au cours d'une marche Monsieur G. vient me parler spontanément. Il me dit qu'il essaie de marcher le plus souvent possible et me confie que lorsqu'il marche dans les bois cela lui fait penser à sa jeunesse lorsqu'il était coureur de fond et qu'il participait à de nombreuses courses.

La gymnastique douce est proposée le matin avant les autres activités pour permettre un éveil corporel et favoriser la concentration afin de mobiliser la disponibilité attentionnelle nécessaire à la mémorisation. Tout comme le nourrisson qui construit son schéma corporel dans l'expérience, un réveil sensorimoteur du corps de la personne âgée atteinte d'Alzheimer permet une nouvelle prise de conscience et une réorganisation de certains automatismes corporels relatifs à la mémoire procédurale. Le travail psychomoteur vise à une prise de conscience du mouvement en termes de contraction, décontraction, et

de l'articulation des différents segments entre eux. La gymnastique participe aussi à l'intégration du temps, de l'espace et de la latéralité. Au cours de cet atelier il est important d'attirer l'attention des personnes sur le vécu kinesthésique et postural afin de favoriser la mémorisation au niveau des repères de la sensibilité profonde.

L'atelier de gymnastique douce : lors des différents enchainements, j'interroge les membres du groupe sur le mouvement que l'on fait habituellement pour travailler telle ou telle partie du corps. Madame S. me dit ne pas s'en souvenir mais ensuite elle bouge les bras par tâtonnement pour tenter de retrouver le bon mouvement. Au moment où elle réalise le mouvement exact elle me dit « C'est comme ça ! » Effectivement, elle a trouvé le bon mouvement et elle a pu sentir que ce mouvement lui était familier, c'est un bel exemple de mémoire corporelle, posturale et cinétique.

Réfléchir aux mouvements à effectuer avant de les réaliser, les chercher et s'imaginer en train de les faire, permet une meilleure mémorisation et intégration corporelle. Selon M. Personne (2011) (33), « *face aux troubles mnésiques, prendre le temps de nommer, de redéfinir les parties du corps, tout en mettant en œuvre le contact corporel, auto-contact ou contact avec un tiers, peut-être une aide à la conservation du soi* ».

Au cours de mon stage, j'ai également mis en place une médiation « Jeux de théâtre » afin de mettre en jeu le corps au service de l'expressivité, de la créativité et de la mémoire. Je détaillerai cette médiation en troisième partie par le biais d'observations cliniques.

Les médiations sensorielles kinesthésiques sont autant de moyens de provoquer des réminiscences de perception et de mettre en œuvre une certaine activité mémorielle. Ainsi, ces médiations favorisent chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer un sentiment de mieux-être et « *permettent de réactiver la boucle sensations-perceptions-représentations afin de redonner au corps une place mais également de prendre conscience de ses limites et de le réinvestir* » (30). Ces propositions de stimulation sensorielle ont pour objectif de permettre à la personne de (se réhabituer à) prendre conscience de ce qu'elle ressent dans son environnement. Elles nécessitent de la part du thérapeute, une capacité d'écoute, de verbalisation et une véritable qualité de présence relationnelle. Cette relation soignant – soigné est basée sur l'échange et l'apprentissage mutuel de sensations. La psychomotricité apporte des éléments de compréhension concernant leurs éprouvés corporels. En retour, les patients font part de leurs ressentis et de leurs expériences de vie. C'est notamment au détour d'un atelier que peuvent surgir des informations très personnelles révélées par la personne. En effet, elle seule peut nous raconter son histoire et affiner notre connaissance à propos d'elle-même. Ainsi, le psychomotricien a pour rôle d'accompagner la personne, de l'aider à rassembler ses souvenirs, y mettre de l'ordre et leur donner de la cohérence. Il la revalorise et l'aide à avoir confiance en ses capacités.

2. Mémoire, maladie d'Alzheimer et sentiment de continuité : le rôle de la psychomotricité

La mémoire est le socle de l'identité et du sentiment de continuité. Elle permet à chacun d'avoir conscience de soi en tant qu'être inscrit dans une temporalité et une spatialité. « *Le sentiment de continuité d'existence est une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours « le même »* » (30). D'un point de vue psychanalytique, le vieillissement provoque « *une atteinte mettant en cause certaines représentations* » (A. Miermon et al, 2015) (39), où le « moi » doit se réorganiser.

La psychomotricité possède une place importante à tenir dans l'accompagnement des personnes atteintes de cette maladie afin d'offrir un étayage de qualité et de maintenir un sentiment de continuité par les expériences du corps.

2.1. Identité et mémoire

« *Je perds la tête* », « *J'ai la mémoire qui flanche* », « *De toute façon j'oublie tout, tout le temps* » sont d'autant de plaintes mnésiques qui témoignent d'une souffrance ou du moins d'une préoccupation chez le sujet âgé. Pour la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, cela représente surtout l'inquiétude d'une perte d'identité et la crainte de ne plus savoir répondre à la question « *Qui suis-je ?* ».

Selon C. Vigier (2009) (43) « *la maladie d'Alzheimer est une pathologie du lien* » ; du lien à soi, aux autres et à son environnement. Il est alors nécessaire de prendre en compte l'histoire de vie du patient, ainsi que la notion d'identité et de continuité de vie. J. Pellissier, (2010) dans son ouvrage Ces troubles qui nous troublent (32) explique que lorsque « *la mémoire devient défaillante, par exemple lors de la maladie d'Alzheimer, l'identité est ébranlée* ». La psychomotricienne, J. Durdilly (2009) (7) indique même que l'on « *peut reprendre la notion de stade du miroir inversé de D. Liotard* » : progressivement la personne atteinte d'Alzheimer montre des difficultés à reconnaître son reflet dans le miroir. La personne est fragilisée d'un point de vue narcissique et identitaire et « *elle se sent en discontinuité* » (7). Elle rajoute que « *la psychomotricité permet de réinstaurer une continuité dans le sentiment d'exister et d'identité chez la personne* » (7). Il est alors essentiel lorsque l'on intervient auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de les considérer dans leur individualité et leur singularité.

L'hôpital de jour accueille des personnes souffrant de déficits cognitifs, notamment des troubles mnésiques, légers à modérés. En début de maladie, les personnes se rendent compte de leurs difficultés et se plaignent notamment de leur mémoire épisodique qui est, nous l'avons vu, l'une des premières altérées dans la maladie. Or « *cette mémoire facilite la conscience de soi au cours de la vie* » (J. Pellisier, 2010) (32).

Un jour au moment de l'accueil, Madame G. écoute d'autres membres du groupe discuter de leur enfance et du temps où ils allaient à l'école. Au bout d'un moment, Madame G. se tourne vers moi et me dit « C'est bizarre, je ne me souviens pas de mon enfance ».

D'après, B. Castets, psychiatre, dans l'article Mémoire du corps et identité (1984) (14), « *les souvenirs sont les témoins de notre identité* ». Avoir une mémoire, c'est posséder et conserver une identité, c'est-à-dire la capacité de se reconnaître soi pour soi. Elle fonde ainsi la représentation que chacun se fait de soi-même. Comme le disent les professeurs M. Van der Linden et A. d'Argembeau, « *la mémoire ne peut pas être considérée en dehors de ses liens avec l'identité* » (4). F. Gzil (2012) (13) développe l'idée que la mémoire « *fonde la configuration identitaire. Elle est l'outil essentiel de construction et de maintien du soi. La mémoire contribue au sentiment de continuité de toute vie humaine* ». Chacun d'entre nous a forgé son identité en s'appuyant sur son histoire de vie et des éléments tels que son enfance, sa profession, sa parentalité, ses activités... Ainsi, nos expériences personnelles s'appuient sur nos souvenirs et constituent une part essentielle de notre identité.

Par conséquent, dans la maladie d'Alzheimer, ce concept identitaire s'érode progressivement avec la perte des souvenirs autobiographiques. La « *perte de la mémoire atteint l'individu dans sa construction identitaire en l'amputant progressivement et de manière chaotique de sa propre histoire* » d'après F. Gzil (2012) (13). La fragilisation de la conscience de soi dans la maladie d'Alzheimer est progressive et est source d'anxiété pour le sujet qui en fait l'expérience. Les proches du patient peuvent également confier à l'équipe soignante qu'ils ne reconnaissent plus leur parent, mari ou épouse : ce constat altère davantage l'identité du sujet.

o Identité et psychomotricité

L'identité prend racine dans l'expérience du corps. En effet, elle n'est pas marquée seulement dans l'esprit, mais elle l'est aussi dans le corps : c'est la mémoire corporelle. L'identité corporelle se construit dès le plus jeune âge à partir des expériences sensorimotrices du nourrisson. Les expériences et les perceptions, nous l'avons vu précédemment, s'inscrivent en mémoire et permettent à l'individu de construire la représentation qu'il a de lui – même (8).

Selon C. Potel (2010) dans l'ouvrage Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir, (35) la psychomotricité a pour intention principale de « *considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire* ». Lorsque que nous abordons le concept de mémoire d'un point de vue psychomoteur, nous ne pouvons faire abstraction de la valeur identitaire et existentielle que possède la mémoire. Ainsi, lorsque la mémoire se fragilise, la psychomotricité a pour intention d'accompagner, d'aider à faire du lien, à reconstruire une identité. Les patients en perte d'identité ont besoin de se réassurer, de se redécouvrir ou de découvrir d'autres facettes d'eux – mêmes non explorées jusque-là. De plus, il serait erroné de dire que ces personnes ne possèdent plus leur identité. En effet, de nombreux aspects de l'identité restent préservés : « *les éléments essentiels de ce que nous sommes, de ce qui constitue notre être, depuis notre histoire jusqu'à notre conscience, en passant par notre sentiment d'identité et nos émotions* » ne disparaissent jamais totalement (Y. Gineste et J. Pelissier, 2005) (11). Il appartient à la psychomotricité de les révéler en passant par la mobilisation des sensations et des schèmes moteurs. Ce sont eux qui ont permis de construire le sentiment d'identité chez la personne et qui restent présents malgré la maladie. N. Feil (2005) (10), explique que « *lorsque la mémoire des faits récents diminue et que la parole s'estompe, les grands vieillards désorientés retrouvent des comportements appris tôt dans l'enfance* ».

Par le biais des ateliers mémoire, le psychomotricien s'attache à maintenir l'identité corporelle du sujet en l'amenant à se focaliser sur ses diverses sensations corporelles. Le rôle de la psychomotricité est de soutenir et préserver l'identité, la singularité, la bonne estime qu'a le sujet de lui-même. Pour cela, elle agit sur la mémoire de son corps, « *en agissant a contrario sur l'esprit par le corps, le geste, la posture ou la mimique* » (B. Castets, 1984) (14).

2.2. La continuité spatio-temporelle

« *La mémoire c'est l'espace et le temps* ». (F. Eustache, 2018) (19).

Le sentiment de continuité de soi dépend également du sentiment d'une continuité spatiale et temporelle. Or, « *les troubles cognitifs qui prédominent dans la démence sont les troubles mnésiques, ils prennent bien souvent dans la clinique la forme d'une désorientation spatio-temporelle chez le sujet* » (9).

Monsieur G. montre des difficultés pour s'orienter au sein de l'hôpital de jour et cherche les différentes pièces. De même, ne se rappelant pas précisément ce qu'il a fait dans la matinée, il est surpris que cela soit « déjà » l'heure du déjeuner.

La mémoire joue un rôle capital dans le repérage spatio-temporel : elle donne la sensation d'avoir été, d'être et de devenir. F. Desobeau (1984) (14) explique que « *la mémoire nous restitue dans le temps* ». Or, l'un des premiers signes des troubles de la mémoire c'est la désorganisation spatio-temporelle : avec ses problèmes de mémoire, le sujet perd ses repères. S'il n'y a plus d'accès aux souvenirs, il n'y a plus de possibilité de projection et il ne reste qu'un présent figé. Sans orientation dans le temps et l'espace, le sujet ne sait pas d'où il vient et où il va. Avec la perte de son passé, il perd également la capacité de se représenter son futur et créer des projets. On parle même de mémoire du futur ou prospective pour évoquer la capacité à se projeter dans l'avenir. Pour avoir une notion de durée ou d'intervalle de temps, il faut pouvoir comparer un temps A et un temps B ; cela implique que la mémoire soit opérante. La capacité mnésique permet aussi une représentation visuo-spatiale du monde extérieur ; pour A. Berthoz, (1997) (39), elle est essentielle à la représentation et au repérage. Sans construction dans le temps et dans l'espace, la personnalité et le schéma corporel sont compromis.

Le sentiment de continuité spatio-temporelle fait référence à la capacité qu'a la personne à distinguer et ordonner les événements marquants de sa vie sur un continuum. Ce sentiment est fortement lié à la mémoire autobiographique. Il dépend grandement du concept d'identité corporelle, c'est-à-dire que « *l'individu fait l'expérience de se retrouver chaque jour quasi-identique à celui qu'il était la veille* » (30). M. Personne (2011) (33) explique que le sentiment identitaire est en lien avec l'appréhension du temps qui passe.

Il est donc important de resituer la personne dans un espace-temps lors des ateliers de psychomotricité.

2.3. Le sentiment d'unité corporelle

Pour M. Personne (2011) (33), « *La psychomotricité fait le lien corps-esprit. Une identité, c'est aussi « le corps que je suis »* ».

Le sentiment de continuité est sous-tendu tout au long de l'existence par l'élément majeur qu'est le corps. Or « *parfois la rencontre entre le corps, la mémoire et l'expérience unificatrice ne se fait pas, se fait moins bien ou ne se fait plus* » (M. Personne, 2011) (33).

En effet, les troubles de la mémoire associés à la désorientation spatio-temporelle affectent la manière dont la personne perçoit son propre corps ; le sentiment d'avoir un corps unifié et continu dans le temps est touché. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, « *les perceptions s'embrouillent et floutent les souvenirs. La confusion s'installe, l'image du corps⁷ unifiée s'efface* » (M. Personne, 2011) (33). En effet, l'image du corps est inconsciente, elle « *prend trace dans la mémoire et fonde le sentiment de soi* » (9).

On observe également des répercussions au niveau des perceptions, de l'orientation, de la motricité et de l'organisation du geste dans l'espace. Du fait de l'atteinte cérébrale dans la maladie d'Alzheimer les informations sensorielles, perceptives, motrices, internes ou externes ne sont plus intégrées de manière cohérente, si bien que le schéma corporel n'est plus actualisé. Le schéma corporel, en tant que représentation que chacun se fait de son corps, « *ne sera plus une représentation fonctionnelle. Le corps comme point d'ancrage en tant que référentiel égocentré et projeté n'est plus efficient* » (M. Personne, 2011) (33). Le sentiment d'unité et de cohérence permet l'intégration des expériences passées et présentes. Or, les pertes de mémoire et le déclin perceptif provoquent des difficultés pour la personne âgée à comprendre ce qu'il passe dans son corps. L'annonce du diagnostic d'Alzheimer, associée à d'autres pathologies liées au vieillissement, vient amenuiser la vision d'un corps unifié et solide que se faisait la personne. Cette conception d'un corps qui défaille menace le sentiment d'unité corporelle.

La représentation de son corps étant perturbée, le patient peut revivre des phénomènes normalement présents dans les premiers mois de la vie physique du bébé, à savoir l'indifférenciation entre soi et autrui ou la sensation de morcèlement du corps. Il ne s'identifie plus car il est privé de ses repères identificatoires. Cela le plonge dans une certaine confusion où le « *sentiment de continuité est remplacé par celui de discontinuité* » (M. Personne 2011) (33).

⁷ L'image corporelle fait référence aux perceptions et aux sentiments qu'éprouve une personne face à l'image de son corps. L'estime de soi est étroitement liée à tous les aspects de l'image de soi.

Ainsi, la psychomotricité travaille sur le réinvestissement sensoriel et proprioceptif, entraînant une reprise de conscience de soi et de son environnement. Elle aide la personne à sentir la position de son corps dans l'espace. Cela passe par la sensation d'étirement des muscles et des tendons, de positionnement des articulations les unes aux autres.

La gymnastique douce permet la mise en mouvement du corps afin d'entretenir les capacités psychomotrices telles que l'adaptation de la posture, la stimulation de la conscience corporelle en incitant la personne à porter son attention sur la partie du corps mobilisée, sur les contractions musculaires que cela engendre et donc sur les différents états toniques. Dans la maladie d'Alzheimer, la perception globale du corps devient de plus en plus difficile et le schéma corporel est fragilisé. La gymnastique permet un véritable exutoire à cette angoisse, en restaurant la sensation d'un corps entier, solide, présent. L'enchaînement et les mouvements proposés sont toujours les mêmes : en commençant de la tête vers les pieds, pour rappeler une certaine logique du corps. Au fil des mois, je remarque que cette logique est de mieux en mieux intégrée.

Par conséquent, la psychomotricité mobilise et stimule le patient par rapport à son schéma corporel. Elle offre un espace dans lequel l'expérience corporelle contribue au sentiment d'identité. Le sujet réinvesti son corps, prend conscience de ses capacités et de ses limites, par le biais d'expériences psychomotrices. Ainsi M. Personne (2011) (33) rajoute que les sensations éprouvées « *vont se lier pour contribuer à la restauration d'une unité psychocorporelle* ».

Pour conclure cette partie, la perte de la mémoire entraîne d'importants remaniements identitaires. Il est du ressort de la psychomotricité d'accompagner et d'étayer les patients : elle les aide à créer du lien, à reconstruire ou soutenir leur identité psychomotrice. C. Vigier (2009) (43) explique que « *le psychomotricien a une fonction d'étayage très évidente auprès de ces patients* ». Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, les personnes sont en carence d'étayage. La fonction d'étayage, de soutien du psychomotricien est alors essentielle. Le Gouès, cité par C. Vigier (2009) (43), précise qu'« *un sujet qui souffre d'une défaillance de mémoire recourt instinctivement à la technique d'étayage. Il cherche à prendre appui sur un tiers* ». Le psychomotricien doit donc ajuster sa position pour venir en aide au patient sans pour autant faire à sa place.

3. Rôle du cadre et influence du groupe concernant la mémoire

Dans son intervention, la psychomotricité offre un cadre contenant, favorisant le sentiment d'appartenance et ainsi, les capacités mnésiques. De par sa posture le psychomotricien est garant du groupe qui lui-même est un support à la mémorisation.

3.1. Le cadre : support de la mémorisation

C. Potel (2010) (35) définit la notion de cadre en psychomotricité comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* ». Le cadre possède des effets bénéfiques et rassurants concernant l'accompagnement de personnes souffrant de troubles mnésiques.

Le cadre thérapeutique d'un accompagnement en psychomotricité s'inscrit plus largement dans une institution « *qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée* » (C. Potel, 2010) (35). Le psychomotricien en est le garant, par une qualité de présence, d'écoute, de verbalisation : c'est le cadre interne.

Le cadre nécessite également des conditions physiques concrètes : il pose des règles cohérentes et donne du sens à la situation. En effet, les séances psychomotrices sont inscrites dans un espace – temps établi, favorisant ainsi le sentiment de contenance, de repères et de limites. La régularité des horaires et du déroulement des journées dans le même espace apporte une base de sécurité suffisante essentielle pour des personnes souffrant de troubles mnésiques. En effet, cela permet l'anticipation afin de contenir les angoisses face à l'imprévu, car nous l'avons vu, la capacité à se projeter dans le futur est compromise dans la maladie d'Alzheimer. Les expériences psychomotrices sont alors répétées, anticipées et progressivement mémorisées devenant des habitudes. Dans son livre Un atelier théâtre en CMP, G. Chimisanas, (2015) (3), explique que « *les habitudes constituent un fond de sécurité narcissique* ». Ainsi, la régulation dans le temps et l'espace projette le sujet dans la création et « *relance son désir par-delà les habitudes* » en l'engageant dans de nouvelles expériences.

Par ses repères spatiaux temporels réguliers, le cadre permet au sujet d'être disponible dans « l'ici et le maintenant » afin qu'il s'investisse pleinement dans les expériences proposées. La rythmicité entraîne un sentiment de continuité et d'identité qui, nous l'avons vu, est fragilisé par les troubles mnésiques. Chez les personnes pour lesquelles la mémoire est altérée, recontextualiser la prise en soin permet de les resituer dans l'espace afin de diminuer l'insécurité pouvant survenir face à la méconnaissance du milieu

environnant. De plus, la fonction contenante et limitante du cadre favorise la concentration et l'attention.

L'atelier de gymnastique douce se déroule tous les jeudis matin, après le temps du café. La régularité dans le temps est un premier support à la mémorisation. Il se déroule toujours dans la même pièce et nécessite un aménagement particulier : toutes les chaises sont placées en cercle. Madame C., me demande « Qu'est-ce qu'on fait maintenant ? », et en regardant autour d'elle l'installation de la salle elle me dit « Ah oui, c'est la gym maintenant ! ».

Ainsi, penser le cadre suppose également de penser la fin du stage mémoire en amont. En effet, les personnes sont présentes pendant 6 mois, 2 fois par semaine. Il faut donc les prévenir relativement longtemps en l'avance et de manière répétée que le stage va bientôt prendre fin. L'équipe pluridisciplinaire réfléchit avec les patients à la question de l'après : refaire un stage mémoire de 6 mois, se rendre dans un accueil de jour, participer à des activités mises en place par des associations ou intégrer un EHPAD.

Enfin, le cadre en psychomotricité offre ce que Winnicott appelle un « espace transitionnel » défini comme une « *aire transitionnelle, où le corps est le moyen de communication privilégié* » (J. Durdilly, 2009) (7).

3.2. L'influence du groupe

L'être humain est un être de relations ; et ce malgré la maladie d'Alzheimer.

Un groupe est une entité dynamique et est défini par le Petit Larousse de Psychologie (2008) (1) comme étant le « *rassemblement d'individus fondé sur une interaction mutuelle et au sein duquel s'établissent des relations conduisant à une intégration* ». C'est une dimension éminemment sociale, résultant de la réunion et de l'organisation des membres entre eux.

En psychomotricité, l'accompagnement groupal a un aspect thérapeutique dans le sens où « *chaque membre du groupe est convoqué à exister à part entière, à trouver sa place (au sens propre comme au figuré)* ». C. Potel (2010) (35) explique que « *les échanges dans le groupe sont autant du registre verbal que corporel et sont toujours au service de l'être* ».

L'accompagnement des patients à l'hôpital de jour est groupal. C'est un groupe fermé constitué de 11 membres, dont 9 femmes et 2 hommes, âgés de 73 ans à 88 ans. La constitution du groupe est réfléchi au préalable par l'ensemble de l'équipe du centre mémoire et elle s'appuie sur la connaissance des individus bien au-delà des objectifs thérapeutiques fixés pour chaque personne ; à savoir leurs capacités, mais également leurs comportements, leurs fragilités, leur personnalité, leurs attentes. Il faut penser à la

dynamique de groupe, avec la possibilité pour chacun de trouver sa place. Il se doit d'être plus ou moins homogène selon l'activité proposée afin d'éviter le sentiment d'échec du fait de la disparité des compétences ou du niveau socioculturel.

La majorité des patients accueillis lors du stage mémoire vient pour faire travailler leur mémoire, mais également avec pour volonté de maintenir des relations sociales et rompre l'isolement qu'ils peuvent subir à leur domicile. Le groupe favorise alors la communication, la verbalisation, les interactions et permet aux personnes de sortir de chez elles, pendant un temps, afin de rencontrer d'autres personnes avec qui des liens peuvent se tisser. De plus, être en groupe demande, afin de suivre et prendre part aux conversations, de bonnes capacités d'adaptation, d'inhibition (comportementale et verbale) et d'attention (soutenue et partagée) ; qui sont des qualités favorisant la mémorisation.

Dès le début du stage, Madame L. a pris soin d'apprendre tous les noms et prénoms de chaque personne, grâce au trombinoscope qui leur est fourni avec la photo de chacun (patients et soignants) en début du stage mémoire. Elle est fière de pouvoir tous les appeler par leur prénom. Ici, le fait d'être en groupe la motive d'autant plus à stimuler sa mémoire car c'est valorisant pour elle et pour les autres membres du groupe.

Par ailleurs, j'ai pu observer que les attitudes de chacun changent lorsqu'ils sont pris dans la dynamique groupale : le regard, l'attention, la posture, la voix s'ajustent afin de favoriser les échanges. Le groupe est vecteur d'émotions et rappelons que « *l'émotion est un puissant mobilisateur de la mémoire* » (Y. Gineste et J. Pelissier, 2005) (11). Cet aspect émotionnel est observable au cours des séances : les visages s'illuminent, les regards sont plus appuyés, les contacts tactiles se font plus nombreux. Ces comportements témoignent d'une complicité naissante. La dynamique du groupe alimente le plaisir d'être ensemble et ainsi une confiance en soi peut se restaurer. Cet aspect est très important car la personne souffrant de troubles mnésiques a tendance à se dévaloriser et à penser qu'elle n'est plus capable de rien.

Madame S. est très attentive aux autres. Elle prend plaisir à se sentir utile, par exemple, lorsqu'elle aide les personnes ayant des difficultés à marcher. Cette entraide est l'occasion de favoriser la relation avec l'autre.

Le groupe en psychomotricité représente également un « espace transitionnel » qui permet à chacun d'avoir le sentiment d'appartenance, de reconnaissance et de continuité. Le sentiment d'appartenance à un groupe constitué et identifié est très important pour les personnes souffrant de troubles mnésiques. Appartenir à un groupe favorise une bonne estime de soi et active les neurones miroirs, c'est-à-dire des neurones permettant de se voir

agir à la place de l'autre, comme dans un miroir. C'est un phénomène neurologique qui serait à l'origine d'un apprentissage "par imitation" ; l'autre a une fonction de miroir. Or, « *l'identification par autrui permet que se conserve une forme d'identité, même si elle est « autre ».* » (M. Pearson, 2011) (33).

Ainsi, le groupe thérapeutique « *constitue un étayage identificatoire pour ses membres* » (G. Chimisanas, 2015) (3) qui s'identifient comme pareils mais différents des autres. Cela favorise la construction identitaire de la personne, qui nous l'avons vu, est fragilisée par les troubles de la mémoire.

Le groupe offre un cadre contenant, une écoute propice à la transmission de savoirs, au partage et à l'évocation de souvenirs anciens, heureux ou douloureux. N. Feil (2005) (10) considère que l'écoute empathique crée la confiance, diminue l'anxiété et restaure le sentiment de dignité. Le groupe permet cette qualité d'écoute et de recueil de la parole dans une visée thérapeutique.

Un matin, Madame V. parle de son fils décédé à l'âge de 18 ans. Elle raconte cet évènement de vie avec beaucoup d'émotions. Dans le groupe, tous se sont tus et ont exprimé de l'empathie par leur regard, leur attention, leur posture, leurs mots. À la fin, Madame V. a remercié tout le monde de l'avoir écouté.

Selon C. Potel (2010) (36) « *La dynamique de groupe est un outil très utile en psychomotricité auprès des personnes âgées* ». Cependant, avec l'avancée démentielle, on peut voir apparaître quelques limites à l'accompagnement groupal en psychomotricité, notamment avec des groupes aussi importants (11 personnes). Les suivis en individuel peuvent être alors envisagés en complément des suivis de groupe ou pour venir les remplacer. En effet, les suivis individuels offrent un étayage personnalisé pour des personnes qui ont des difficultés à se rendre acteur du groupe ou souffrant d'importants déficits cognitifs, physiques ou sensoriels. Le psychomotricien peut plus facilement respecter leurs rythmes, leurs capacités attentionnelles et leurs choix. Cependant, que ce soit par le biais d'un accompagnement groupal ou individuel, les objectifs de maintien de l'identité, de valorisation, de soutien de la mémoire restent les mêmes ; ce sont les moyens d'y parvenir qui sont différents.

Ainsi, proposer un accompagnement groupal en psychomotricité c'est restaurer ce besoin de réciprocité, de reconnaissance et d'échanges interpersonnels. À l'hôpital de jour, les expériences se vivent en groupe, ce qui permet au patient de « *rejouer, de revivre, de retrouver l'être social qu'il a été, qu'il est toujours* » (J. Durdilly, 2009) (7) et ainsi de reprendre confiance en lui malgré ses troubles mnésiques et l'avancée de la maladie.

Pour conclure la deuxième partie

N. Feil (10) dans sa méthode de « Validation », décrit les besoins humains de base. Parmi ces besoins fondamentaux on trouve :

- Le besoin de restaurer la sensation d'équilibre quand leur vue, ouïe, mobilité et mémoire leur font défaut ;
- Le besoin d'exprimer ses émotions, d'être entendu, écouté et respecté ;
- Le besoin d'être reconnu, d'avoir une identité et de l'estime de soi ;
- Le besoin de stimulations sensorielles : tactiles, visuelles, auditives, olfactives, gustatives ;
- Le besoin de donner du sens à une réalité qui échappe progressivement à la compréhension, en étant dans un lieu rassurant dans lequel les personnes (soignants et autres patients) leur sont familières ;
- Le besoin d'être aimé, le besoin d'appartenance et de contact humain.

Par l'instauration d'un cadre sécuritaire et contenant, par l'accompagnement groupal et également par la proposition de médiations psychomotrices, la psychomotricité tente au mieux de répondre à ces besoins essentiels. Ce sont des besoins primordiaux pour tout être humain, et ce d'autant plus, pour des personnes dont la désorientation est grandissante car souffrant de troubles mnésiques.

Ainsi, l'intégralité des notions abordées jusqu'ici nous permet de comprendre les enjeux de la prise en soin en psychomotricité avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le sujet comme indiqué précédemment possède des compétences préservées qui sont la mémoire sensorimotrice et le « savoir affectif ». La psychomotricité s'attache, par le biais de différentes médiations, à entretenir un savoir - faire et surtout un savoir - être. Malgré la fragilisation du sentiment de continuité, le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer demeure capable d'être en relation : ses compétences sociales et relationnelles sont encore préservées et sont à stimuler. Le savoir affectif, la sensorialité ainsi que la mémoire corporelle sont des bases en psychomotricité pour aider le sujet à préserver un sentiment de soi et d'identité.

PARTIE 3

Clinique psychomotrice

1. L'atelier « Jeux de théâtre »

Au cours de mon stage, j'ai proposé de mettre en place un atelier de « jeux de théâtre » que j'ai pu animer seule et, jusqu'alors, sur 3 séances. C'est un atelier inspiré de ma pratique psychomotrice de 3^{ème} année de « théâtre » et des pratiques de 2^{ème} année de « clown » et de « voix ». C'est une médiation ludique, corporelle et groupale qui vient placer le sujet sous le regard des autres et fait intervenir la mémoire dans ses diverses formes.

1.1. Présentation théorique : le jeu et le théâtre

Le jeu constitue le socle de toute médiation. Il perdure toute la vie, fait intervenir le « faire – semblant » et permet d'aborder les notions de temps, d'espace, d'identité. C. Potel (2010) explique qu'au travers « *des activités ludiques, c'est toute l'expression du corps et sa fonctionnalité qui se déploient au service d'une maturation et d'une construction « d'être soi »* ». Ainsi, dans l'accompagnement de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, le jeu permet de retrouver un sentiment d'identité fragilisé par les troubles mnésiques. Le jeu peut venir réveiller des sensations anciennes et des éléments antérieurs à la construction identitaire. Ainsi, jouer permet aux personnes souffrant de troubles mnésiques de maintenir ou retrouver un sentiment de continuité. J. Piaget considère que chez l'enfant, le jeu a une place prépondérante dans le développement de l'intelligence et des fonctions cognitives supérieures, dont la mémoire. Le jeu offre, à l'enfant qui en fait l'expérience, une manière d'aborder le monde et d'assimiler la réalité extérieure. Il est alors intéressant de le proposer à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pour lesquelles les repères corporels, spatio-temporels et identitaires s'altèrent.

Etymologiquement, le théâtre provient du grec « theos » et « iatros », soit « dieu » et « guérison ». Le terme « guérison » renvoie ici à une volonté de faire du théâtre un médiateur thérapeutique. En effet, le théâtre permet de mettre en jeu le corps, le langage et les émotions dans leurs dimensions expressives. Selon C. Vigier (2009), c'est l'opportunité « *de jouer à être quelqu'un d'autre, de jouer avec l'autre, de jouer pour l'autre, de jouer pour soi et son propre plaisir* ». Mettre le théâtre au service de cette population c'est offrir un

espace de création et de liberté. Or, la maladie entraîne de nombreuses pertes (de mémoire, de projets, d'identité) sans laisser beaucoup de place à la création et à l'imaginaire. La mémoire, nous l'avons vu, s'enracine dans l'action et la production de gestes ou de mouvements par exemple. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, cette mémoire nécessite de s'appuyer sur du concret, c'est-à-dire sur des éprouvés sensorimoteurs pour s'exprimer, se consolider et se modifier. Par la création et la production qu'implique l'activité théâtrale, le sujet se valorise aux yeux d'autrui et à ses propres yeux. M. Personne (2011) (33) indique qu' « être reconnu par les autres confirme son pouvoir et développe le sentiment fondamental d'être quelqu'un qui compte, pour autrui et pour soi-même ».

C'est pour ces raisons que, dans le cadre de mon stage, j'ai choisi de mettre en place cet atelier de « Jeux de théâtre » afin de solliciter la mémoire, réduire l'impact qu'implique son déclin (concernant notamment l'aspect identitaire) et permettre au patient de s'exprimer.

1.2. Mise en place de l'atelier et ses objectifs

L'atelier s'adresse au groupe fermé des 11 personnes accueillies à l'hôpital de jour et souffrant de troubles cognitifs légers à modérés. Il dure entre 30 et 45 minutes et est réalisé après la gymnastique afin d'avoir une disponibilité psychique et une qualité attentionnelle. La salle, identique à chaque séance, est assez grande pour permettre l'exploration et l'investissement de l'espace.

La structure des séances garantit un cadre dans lequel peut s'opérer un réel travail de psychomotricité. L'instauration du cadre et de ses règles (de respect, d'écoute et de non jugement de l'autre) permet de donner du sens à cette médiation ludique. Ma posture de meneuse de jeu, l'espace scénique et les consignes font office de limites et de contenance. Le groupe invite chaque personne à trouver sa place et le théâtre permet à chacun d'exprimer, sous le regard d'autrui, sa propre singularité.

J'ai pensé l'atelier avec pour objectifs principaux de :

- Stimuler la mémoire corporelle, sensorielle et également sémantique et épisodique ;
- Favoriser l'adaptabilité, la concentration, la vigilance, l'attention portée à soi, à autrui et à l'environnement ;
- Permettre l'expressivité et la mise en jeu du corps afin, entre autres, de lutter contre l'apraxie, la détérioration du schéma corporel et de l'image du corps ;

- Favoriser la communication verbale et non verbale et prévenir les troubles du langage tels que l'aphasie.
- Travailler sur l'expression des émotions et de l'affectivité ;
- Améliorer la confiance en soi et l'estime de soi ;
- Et enfin encourager l'imagination, la créativité et l'humour afin de lutter notamment contre l'apathie.

1.3. Déroulement des séances et observations cliniques

L'atelier est pensé sur plusieurs séances avec une logique dans son déroulement. Ces séances sont constituées d'une succession temporelle bien définie qui produit une structure rythmique favorisant la mémorisation et l'anticipation. Cette anticipation du temps étaye le sentiment de sécurité, rendant la personne disponible et attentive aux propositions.

1.3.1. Le déroulement des séances

1. En premier lieu un tour de groupe est effectué pour verbaliser l'état de chaque personne :

La disposition en cercle inaugure cet atelier où chacun peut faire part de ses affects, de ses pensées et de son état de disponibilité. Je remarque que bien souvent, lors de ce premier temps de verbalisation, les personnes sont vagues à propos de leurs ressentis. J'ai pu relever des paroles telles que « *On fait aller* », « *Ça va* », « *On ne se plaint pas* ». L'emploi du pronom indéfini « on » montre une certaine indifférenciation de ses propres limites parmi le groupe. Effectivement, le pronom « on » peut faire référence à une personne précise, à une entité floue, à un collectif identifiable ou encore à un groupe aux limites vagues. Ainsi, le sujet privé progressivement de ses souvenirs, emploie majoritairement le pronom « on » car il est dépossédé de sa propre identité corporelle et psychique.

2. Ensuite, je propose des jeux de théâtre d'improvisation de 2 types :

- La première proposition est le « jeu de la marche » où les personnes ont pour consigne de se déplacer dans la pièce et de modifier leur marche en fonction de la consigne. Ce premier exercice vise à favoriser l'attention à soi, la concentration et l'intégration corporelle.
- Puis viennent des jeux d'improvisation : seul, en binôme ou par petits groupes, sous le regard des autres.

3. Le temps de clôture de l'atelier « Jeux de théâtre » correspond à un temps de verbalisation.

Chacun est invité à exposer son vécu personnel. Ce temps permet de solliciter la parole du patient afin qu'il puisse s'approprier son vécu et y mettre de l'ordre. Je remarque qu'en fin de séance, les ressentis sont plus personnels et témoignent du propre vécu de la personne : le pronom « on » est remplacé par le « je » attestant d'un sentiment d'être soi, différent de l'autre. Je relève des ressentis tels que « *Je me suis bien amusée* », « *Je suis content d'avoir participé* », « *Je suis fière d'être avec vous* ».

La verbalisation permet également de se remémorer la séance et facilite la mise en mémoire. Lorsque je demande aux patients ce qu'ils ont fait dans la matinée, je peux constater pour chacun quelle forme de mémoire a été particulièrement stimulée pour eux.

Madame L. me répond « j'ai bien rigolé » : ce qu'elle garde en mémoire c'est l'émotion relative à la mémoire émotionnelle. Quant à Monsieur D., celui-ci me dit « On a marché dans la pièce » ; ici on voit l'expression de la mémoire corporelle, kinesthésique.

1.3.2. Les observations cliniques

J'ai choisi de décrire ici quelques jeux de théâtre proposés durant l'atelier.

- Le jeu de la marche

Lors de la 1^{ère} séance, la consigne est de marcher dans la pièce en disant bonjour à chaque personne croisée : au début sans parler et qu'avec le regard, puis avec la gestuelle et les mimiques faciales. Ensuite, la consigne évolue en indiquant de marcher en se saluant comme si on était dans un milieu professionnel ou comme si l'on croisait un(e) grand(e) ami(e).

Cet exercice permet à Madame V. de mettre en scène sa propre personnalité. En effet, de nature joviale et chaleureuse elle a plus de facilités pour faire semblant de « croiser une grande amie » que de jouer le reste des propositions. Tandis que pour Madame S. jouer le fait de dire bonjour « comme dans un milieu professionnel » fait émerger chez elle d'anciens souvenirs : elle explique que cela lui rappelle le temps où elle travaillait dans son entreprise.

L'objectif de ce premier exercice est pour chacun de prendre conscience des autres membres du groupe et également de se sentir regardé et reconnu par tous. Cet exercice permet d'introduire un travail théâtral et d'être plus facilement sous le regard d'autrui. En effet, lors de cette première séance, j'ai remarqué que ce format d'exercices suscite des rires nerveux provoqués sans doute par le fait d'être sous le regard des autres et de ne pas en avoir l'habitude.

Monsieur G. lance au groupe « Personne ne me regarde ! ». En effet, c'est le cas car il ne regarde également personne : il a les yeux rivés au sol. Peut-être que le regard de l'autre est, pour l'instant, difficile pour lui. Progressivement, au cours de l'exercice il relève sa tête et prend plaisir à s'engager dans le jeu en regardant l'autre et en étant regardé.

Au fur et à mesure, les rires nerveux se transforment en de véritables éclats de rire témoignant d'un lâcher-prise et d'un plaisir à être là. De plus, marcher dans toute la pièce permet également de voir comment chacun investit l'espace.

À la 2^{ème} séance, la consigne est de faire semblant d'être en train de marcher sur un sol glissant, collant, brûlant, rebondissant ou encore un sol « en nuage ».

Puis à la 3^{ème} séance, la règle est de marcher en exprimant différentes émotions : la tristesse, la joie ou la colère, par exemple.

À la fin de ces propositions, nous prenons un temps pour que chacun puisse expliquer comment il fait corporellement pour « faire semblant de ». L'objectif étant d'amener les patients à prendre conscience de la modification de leur état tonique, de leur vitesse de marche et de leur gestuelle en termes de fluidité, rigidité, saccade du mouvement, d'ouverture ou de repli du buste.

Madame L. explique avec justesse que lorsqu'elle fait semblant d'être en colère, sa vitesse de marche accélère et qu'elle est « plus tendue » dans son corps. Madame S. relate se sentir « plus molle » et repliée lorsqu'elle joue le fait d'être triste.

Ainsi, ce « jeu de marche » permet principalement de favoriser l'écoute et la conscience corporelle du patient qui, nous l'avons vu, sont impactées dans le cas de troubles de la mémoire.

○ Le jeu du « C'est moi ! »

La consigne est la suivante : à tour de rôle, les participants ouvrent une porte imaginaire et se présentent en disant « C'est moi ! » en mimant le fait de rentrer chez eux le soir. Ce jeu fait appel à l'imaginaire par l'invention d'une situation pour certains patients mais aussi pour d'autres, à des situations présentes ou à d'anciens souvenirs.

Madame V. mime le fait d'ouvrir sa porte et de voir ses petits-enfants. C'est une situation en lien avec sa vie actuelle car elle reçoit souvent la visite de ses petits-fils et nous en parle avec beaucoup de fierté.

Pour Madame S. ce jeu lui permet de rejouer des souvenirs anciens. En effet, elle fait semblant d'ouvrir la porte et de s'adresser à ses enfants de manière stricte et autoritaire en disant « C'est moi, je suis rentrée ! Vous avez fait la cuisine ? Non ?! Vous avez eu des bonnes notes à l'école ? Non ?! ». En effet, Madame S. explique rejouer une situation qu'elle vivait lorsqu'elle avait un haut poste et qu'elle rentrait le soir s'occuper de ses enfants. Cette proposition est directement en lien avec sa mémoire épisodique.

○ La photo de groupe

Pour cet exercice, 3 ou 4 membres forment un groupe qui prend la pose quelques secondes pour mimer une photo de classe, d'une équipe de rugby, d'une troupe de danseurs ou encore des gagnants du loto. Ici, la consigne demande de prendre la pose sans bouger pendant quelques instants ; cela nécessite de réfléchir à la meilleure posture du corps et à l'expression faciale la plus adaptée pour mimer la situation donnée. Je remarque pour la plupart, qu'il est difficile d'inhiber la parole et le geste. Ce jeu permet de leur faire prendre conscience que rien qu'avec la posture, ils peuvent communiquer et exprimer quelque chose. De même que pour l'exercice précédent, cela peut faire appel à la fois à l'imaginaire, ainsi qu'à des souvenirs.

Monsieur D. en me voyant faire les oreilles d'ânes pour la photo de classe explique au groupe qu'il faisait souvent le pitre en classe.

À la fin de ce jeu, chacun pouvait proposer une idée de photo qu'il voulait mettre en scène devant les autres. Ainsi, le fait que je leur propose les premières situations à mimer permet de donner de la matière au jeu, de le structurer et de le contenir pour ne pas laisser directement trop de liberté sur scène. Effectivement, avoir trop de liberté risquerait ici d'avoir l'effet inverse et pourrait générer de l'angoisse due à un sentiment de vide. Ensuite, lorsque je vois que chacun est à l'aise dans le jeu, je leur demande ce qu'ils aimeraient

proposer d'eux-mêmes. Chacun peut alors s'exprimer comme il le souhaite et l'atelier devient alors un véritable espace d'expression.

- L'improvisation de situations

C'est une improvisation en groupe de 2 à 4 personnes. Les acteurs sont déjà installés sur scène lorsque je donne la situation. Les scènes se passent soit au restaurant, soit dans un taxi, soit au cinéma. J'ai fait en sorte que ces situations aient déjà pu être vécues par chacun. Au préalable, je dispose les chaises sur scène afin d'aider à structurer le jeu : pour le cas du restaurant les chaises sont en face à face, pour le taxi elles sont ordonnées de sorte à imiter les sièges d'une voiture et pour le cinéma elles sont côtes à côtes. Ici encore, cela fait appel aux représentations et aux souvenirs que chacun a de la situation.

Madame G. qui joue le rôle du chauffeur de taxi lance à voix haute « ça fait longtemps que je n'ai pas conduit, comment on fait déjà ? Ah oui ! On commence par mettre sa ceinture ! ».

Ce format de jeu demande également d'être attentif et de s'adapter aux autres personnes sur scène. Puis, lorsque l'improvisation s'essouffle, je rajoute un élément qui vient changer la situation initiale : les plats du restaurant sont infects, au cinéma c'est un film d'horreur, le chauffeur du taxi est un chauffard.

Monsieur D. fait alors semblant de recracher tout son plat par terre ; Monsieur G. l'observe et l'imité à son tour. Les deux hommes sont attentifs aux propositions faites par l'autre et cela créé une véritable complicité sur scène.

Ainsi, cette improvisation permet de relancer le jeu, d'observer la flexibilité mentale et les capacités d'adaptation propres à la personne et des personnes entre elles.

1.4. Conclusion de la médiation « Jeux de théâtre »

Au travers de cette partie, j'ai développé cette médiation afin de montrer comment la psychomotricité peut favoriser l'expression corporelle, la confiance en soi et l'expression verbale et non verbale. Des personnes qui ont tendance à être plus réservées au sein du groupe ont pu réellement s'exprimer, y prendre place et éprouver du plaisir à jouer ; j'ai observé de nombreux rires. Cette médiation n'a fait que renforcer la complicité déjà présente entre les patients du groupe et a permis à chacun de favoriser l'estime de soi. Cet atelier les valorise dans leurs potentialités ; il offre un espace d'expression où sont mises en

jeu principalement les mémoires corporelle et procédurale. De plus, les situations corporelles de « faire-semblant » permettent l'accès à la mémoire épisodique. Ainsi, l'atelier « jeux de théâtre » permet de renforcer ces mémoires préservées et de prévenir les troubles résultant de la perte mnésique tels que les troubles de l'identité, du schéma corporel, de l'équilibre, d'anxiété et de désorientation spatio-temporelle. Il serait intéressant de pouvoir faire évoluer cette médiation sur d'autres séances.

2. Le cas de Madame G.

Cette étude de cas porte sur ma rencontre avec Madame G. dans le cadre de mon stage de 3^{ème} année au sein de l'hôpital de jour.

Par le biais de celle-ci, je souhaite mettre évidence les problèmes mnésiques rencontrés par Madame G. atteinte de la maladie d'Alzheimer ; et faire le lien entre ses troubles de la mémoire, son sentiment d'identité ainsi que son rapport au corps, au temps et à l'espace.

Je rencontre Madame G. une matinée par semaine, sur une période de 6 mois, au sein du groupe thérapeutique. J'ai également assisté à son bilan psychomoteur de fin de stage.

2.1. Présentation générale

Madame G. est âgée de 81 ans au moment de notre rencontre. Elle présente un Indice de Masse Corporelle (IMC) de 23 traduisant un état staturo-pondéral dans la norme. Madame G. possède des lunettes de vue pour voir de près. Elle ne les porte que rarement (peut-être dû à des oublis de sa part). C'est une dame coquette, maquillée et portant des bijoux.

Madame G. est atteinte de la maladie d'Alzheimer et bénéficie d'un accompagnement groupal en psychomotricité au sein de l'hôpital de jour. Elle participe au stage mémoire mis en place par ce dernier, car elle présente des difficultés cognitives touchant principalement la mémorisation et l'attention.

2.1.1. Contexte de vie et anamnèse

Concernant son enfance et sa jeunesse, Madame G. a grandi avec ses deux parents et son grand frère. Elle possède un niveau d'étude équivalent au niveau brevet des collèges. Elle travaillait en tant qu'employée dans l'administration publique de la « Poste,

Télégraphes et Téléphones » (P.T.T.). Puis, elle a exercé en tant qu'auxiliaire de puériculture ; métier qu'elle dit avoir particulièrement aimé faire. Elle évoque souvent sa fierté d'avoir eu la responsabilité de garder seule autant d'enfants.

Au sujet de son environnement familial, Madame G. s'est mariée et à la suite de ce mariage, le couple a eu 2 filles. En vieillissant, son mari a développé la maladie de Parkinson, Madame G., alors son aidante, s'est épuisée et a développé un syndrome dépressif. Veuve depuis 2003, elle vit seule dans sa maison de plain-pied. Elle est la grand-mère de 4 petits-enfants et récemment l'arrière-grand-mère d'un arrière-petit-fils. Ses deux filles sont géographiquement proches de son domicile et sont également très présentes et bienveillantes pour répondre aux besoins de leur mère. Madame G. peut également compter sur ses voisins qui sont attentifs et prévenants envers elle.

2.1.2. État de santé

Madame G. souffre de troubles du rythme cardiaque, elle a des antécédents d'épisodes dépressifs et un antécédent de cancer colique soigné à l'heure actuelle. Elle est accueillie à l'hôpital de jour au sein du stage mémoire car elle présente la maladie d'Alzheimer à début tardif car diagnostiquée à l'âge de 80 ans (pour rappel, l'âge d'apparition de la maladie est en moyenne autour de 65 ans). On ne relève pas d'antécédents de maladie d'Alzheimer dans sa famille.

Concernant ses traitements médicamenteux, elle prend un antidépresseur, un antiarythmique, un anticholinestérasique (indiqué pour améliorer certaines fonctions cérébrales), et aussi un vasodilatateur (visant à faciliter la circulation sanguine et) prescrit dans le traitement symptomatique des troubles du comportement et de la mémoire.

Pour ce qui est de ses besoins physiologiques, elle affirme bien manger et bien dormir. Cependant, ces derniers temps, elle explique être plus fatiguée que d'ordinaire.

Elle perçoit l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) et bénéficie du passage d'Infirmiers Diplômés d'Etat (I.D.E.) tous les jours matin et soir pour l'aider dans la prise de ses médicaments. Madame G. est également suivie en orthophonie afin de prévenir les troubles du langage relatifs à la maladie d'Alzheimer.

Madame G. est autonome dans ses actes de la vie quotidienne⁸. Avec l'aide de ses filles, elle maintient ses activités domestiques à savoir : le ménage, la lessive, la cuisine ainsi que ses finances. Cependant, elle a arrêté le jardinage, activité qu'elle pratiquait auparavant. Elle sort de moins en moins seule et elle se juge moins autonome. Ce sentiment de perte

⁸ D'après l'échelle d'évaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL ; Instrumental Activities of Daily Living) et l'échelle d'évaluation de l'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, (Activities of Daily Living (ADL)).

d'autonomie peut être également corrélé à la présence d'une incontinence urinaire et occasionnellement fécale pour lesquelles Madame G. gère toute seule ses changes. En effet, l'incontinence impacte négativement l'estime de soi ainsi que le sentiment d'autonomie chez la personne.

Pour ce qui est de ses déplacements, Madame G. marche sans aide et depuis l'arrêt de la conduite en 2017, elle se déplace principalement avec ses filles ou en taxi pour se rendre à l'hôpital de jour.

2.2. Parcours de soin et évolution de la plainte mnésique

2.2.1. Le suivi au centre mémoire

Madame G. est suivie par le centre mémoire depuis 2012, où elle effectue une première consultation pour des plaintes mnésiques. En effet, de manière spontanée, elle exprime des troubles mnésiques - notamment concernant la mémoire à court terme -, ainsi que des capacités attentionnelles qui s'amenuisent. Ces difficultés sont exacerbées en fin de journée, dues à une certaine fatigabilité. À l'époque, son bilan mémoire met en évidence un score de 26 au M.M.S. de Folstein. Le score de 26 met en lumière de légères difficultés cognitives mais globalement préservées aux vues de l'âge et du niveau socio-éducatif de Madame G. Ce résultat est alors corrélé avec un syndrome anxieux qu'elle présente à ce moment.

À l'issue de cette consultation, Madame G. reviendra au centre mémoire tous les 6 mois, afin de surveiller l'évolution de ses difficultés cognitives et de sa plainte mnésique.

Entre 2013 et 2015, les consultations mémoires font ressortir la persévération de la plainte mnésique de la part de Madame G. Elle a l'impression d'une aggravation de ses troubles. Elle explique chercher de plus en plus ses mots et être sujette à de nombreux oublis. Ses scores au M.M.S oscillent entre 27 et 24, avec des améliorations (ces différences sont à interpréter en fonction de l'état de fatigue et psycho-affectif de Madame G. au moment de la passation). Les résultats ne témoignent donc pas d'une aggravation significative ; et cela ne l'impacte pas au niveau affectif. Madame G. continue de maintenir au quotidien un fonctionnement adapté, elle se rend notamment seule en voiture aux consultations.

En 2016, Madame G. relate trouver sa mémoire « fragile », elle explique « perdre le fil » lors de ses trajets en voiture (progressivement, elle conduira de moins en moins jusqu'à ce que d'elle-même, elle décide d'arrêter totalement la conduite). À ce moment, les conclusions du bilan mémoire ne « permettent pas de parler de maladie neurodégénérative ».

En juin 2016, Madame G. passe une Imagerie par Résonance Magnétique (I.R.M) permettant de déceler une atrophie cortico-sous-corticale, une atrophie hippocampique de grade 2⁹ ainsi que des lésions vasculaires.

En 2017, est évoqué pour la première fois la possibilité que Madame G. présente la maladie d'Alzheimer à début tardif (elle est alors âgée de 80 ans). Ses troubles mnésiques ont de plus en plus de retentissement sur ses activités quotidiennes. Les événements de sa journée lui sont flous. Ainsi, courant 2017, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est posé.

2.2.2. L'entrée dans le « stage mémoire » à l'hôpital de jour

À l'issue de ce diagnostic, Madame G. intègre son premier « stage mémoire » de novembre 2017 à avril 2018 au sein de l'hôpital de jour.

Pour elle, ses principales attentes concernant ce stage sont de maintenir voire d'améliorer ses capacités mnésiques. Il est également très important pour elle de rompre l'isolement qu'elle subit à son domicile, de pallier à son manque d'activités en occupant ses journées et en rencontrant du monde.

En début et en fin de stage, elle passe des bilans psychologiques, psychomoteurs et infirmiers. Les conclusions aux bilans de fin de stage mettent en évidence des compétences cognitives légèrement en amélioration, spécifiquement sur le plan exécutif, langagier et mnésique (ces conclusions sont cependant à nuancer avec peut-être une habitude aux conditions de tests). Elle est consciente de sa désorientation et de ses difficultés attentionnelles et mnésiques mais relativise l'impact de la maladie. Ces résultats amènent l'équipe de l'hôpital de jour à proposer un deuxième stage, que Madame G. accepte, de mai 2018 à octobre 2018.

Ce deuxième stage de 6 mois, permet à Madame G. de continuer à sortir de chez elle, entretenir du lien social et travailler ses compétences cognitives et physiques.

C'est dans ce contexte de soin, que je rencontre Madame G. au commencement de son 3^{ème} stage mémoire s'étalant de novembre 2018 jusqu'à avril 2019.

Actuellement, je remarque que Madame G. a une conscience partielle de ses troubles et les banalise. Effectivement, l'avancée dans la maladie provoque l'apparition de l'anosognosie et donc d'un glissement progressif vers la non-conscience de ses troubles. Elle parle de ses problèmes mnésiques de manière détachée : un matin, au moment du café, l'un des patients parlait de ses souvenirs d'école, Madame G. se tourne alors vers moi et

⁹ L'atrophie cérébrale détectée par l'IRM est corrélée aux dépôts de la protéine Tau et aux déficits neuropsychologiques. C'est un marqueur valide de la maladie d'Alzheimer et de sa progression.

me dit « *c'est bizarre, je ne me souviens pas de mon enfance ; même avec des photos* ». Puis elle continue à boire son café et à écouter la personne parler, ne me laissant pas la possibilité de lui répondre. Elle ne semble pas chercher de réassurance lorsqu'elle parle de ses difficultés.

Parfois, elle est tout de même capable de verbaliser ses troubles et en comprendre la mesure car elle me dit un jour « *je ne dis pas à ma fille que je ne comprends rien* » en parlant de la prise de ses médicaments.

2.3. Les bilans

Au sein de l'hôpital de jour, Madame G. est suivie par un médecin, des psychologues, des infirmières et une psychomotricienne. En plus du bilan psychomoteur, Madame G. effectue un bilan psychologique et infirmier.

Concernant son dernier bilan psychologique, celui-ci rapporte des troubles exécutifs et attentionnels prédominants, associés aux troubles mnésiques. Elle obtient un score de 23 au M.M.S. témoignant de difficultés cognitives et particulièrement mnésiques : ces résultats sont cependant stables dans le temps. Sur le plan thymique, on relève une persistance des affects dépressifs anciens en lien avec son sentiment de solitude et une faible estime d'elle-même. Cependant, Madame G. ne présente pas d'apathie. L'environnement relationnel et social qu'offre le groupe thérapeutique, favorise le sentiment positif que Madame G. a à son égard, si bien que les doses de son antidépresseur ont été diminuées.

Son dernier bilan infirmier témoigne principalement d'une hypertension artérielle entraînant un équilibre fragile (nous reviendrons plus en détails sur l'équilibre dans le bilan psychomoteur).

2.4. Bilan psychomoteur et observations cliniques

Madame G. marche sans aide et sa vitesse de marche est adaptée. Au niveau postural, Madame G. présente une importante cyphose dorsale restreignant son ajustement postural. Elle évoque avoir toujours entendu ses parents lui demander de se tenir droite et rajoute qu'elle aurait dû les écouter. Lors de la gymnastique douce, je remarque que Madame G. a des difficultés à se grandir au niveau de la colonne vertébrale et lève uniquement la tête. **Peut-être est-ce dû à des douleurs dorsales ou à une difficulté dans l'intégration de son axe corporel ?**

Son équilibre est fragile mais stable malgré cette posture voutée et un regard orienté vers le sol. Elle relate une chute sans gravité pendant ses courses en décembre 2018, chute dont elle a été capable de se relever seule (cet incident peut être corrélé avec son

hypertension artérielle et également à ses traitements médicamenteux). Son équilibre reste néanmoins à surveiller et à travailler.

J'ai pu apprécier ses coordinations générales au cours d'un moment de danse où elle arrive à coordonner le haut et le bas de son corps : en frappant des mains sur un mouvement de pieds. Elle parvient également à dissocier les mouvements de ses deux jambes et à les enchaîner avec fluidité et rythme.

Les praxies gestuelles et manuelles sont efficaces chez Madame G.

Pour ce qui est du tonus, je remarque que Madame G. fait preuve d'un bon ajustement tonique ; en effet, elle est capable d'augmenter son tonus sur les moments de gymnastique par exemple, et peut abaisser son niveau tonique sur des moments plus calmes et de détente.

Cependant, j'ai pu observer que dans des moments de stress, Madame G. est emprunte à une certaine instabilité psychomotrice et une hypertonicité de vigilance : elle ne tient pas assise, regarde partout autour d'elle et se raidit. C'est une dame qui est très expressive au niveau de ses mimiques faciales et de sa gestuelle. Lorsqu'elle est préoccupée, elle secoue ses mains, se touche le menton, se frotte les tempes. Quand elle ne sait pas, elle fait des grands yeux et peut gonfler ses joues. Madame G. communique facilement et spontanément, son discours est fluide et adapté à la discussion. La communication non verbale dont Madame G. fait preuve vient étayer ses capacités langagières relativement bien préservées, mais parfois entrecoupées par un manque du mot.

Ses capacités sensorielles sont assez bien conservées, hormis des lunettes qu'elle met peu. Cela ne semble pas la gêner outre mesure dans l'investissement et la compréhension de son environnement.

Pour ce qui est de la sphère temporo-spatiale, son orientation dans le temps est fragile : elle se trompe de quelques années (pense que l'on est en 2015) et sur le jour. Cependant, elle possède encore des stratégies de repères temporels : elle arrive à déduire avec justesse le mois et la saison. Un matin, au moment du café, elle me dit qu'elle s'est rendue compte que la veille elle avait mangé 2 fois pour le déjeuner. Les moments des repas sont temporellement structurants et on remarque ici que ses journées n'ont donc plus de repères temporels. J'observe aussi chez Madame G. des difficultés à se projeter dans l'avenir ; elle parle du futur comme d'un « brouillard ». Il y a un certain désinvestissement du futur. En effet, lorsque je lui demande ce qu'elle va faire l'après-midi une fois rentrée chez elle, elle ne sait pas et semble être dans l'attente du temps qui passe lorsqu'elle revient à son domicile.

Ces observations m'amènent à faire les suppositions suivantes :

Peut-être que le fait de ne pas se projeter dans l'avenir est un mécanisme de défense : Madame G. vit uniquement dans le présent pour ne pas penser à l'avancée de la maladie. Peut-être également que la difficulté mnésique impacte la manière qu'elle a de se représenter le temps et à se projeter dans le futur.

Concernant l'orientation spatiale, elle présente des difficultés à changer son référentiel propre : en effet, elle maîtrise la droite et la gauche sur elle-même et sur autrui mais pas sur l'image. Lors de la reproduction de gestes, je remarque que l'orientation des membres dans l'espace est difficile : par exemple, au lieu de positionner les bras en « L », les siens sont tendus. Je constate également qu'au fil du temps, l'espace graphique utilisé pour ses dessins du bonhomme est de plus en plus restreint. Il est à noter que Madame G. se repère bien dans l'hôpital de jour : c'est un lieu qui lui est familier car elle y vient depuis plus d'un an.

La somatognosie est maîtrisée : Madame G. peut nommer et montrer les parties du corps, elle connaît aussi les relations entre ces différentes parties.

2.4.1. L'aspect identitaire

Autour de son poignet, Madame G. porte un bracelet d'identité médical où il est écrit son nom, son prénom et « Malade d'Alzheimer » avec les coordonnées de la personne à contacter en cas de besoin. Ce bracelet, très pratique et rassurant pour elle et sa famille, la cantonne néanmoins à l'identité de malade d'Alzheimer. Cela pose la question de : **quelle identité possède cette dame vis-à-vis d'elle-même ?**

Concernant la représentation de son schéma corporel, Madame G. produit un dessin du bonhomme assez pauvre au dernier bilan psychomoteur, spontanément elle dit « *je ne me fais pas confiance, je ne sais pas dessiner* ».

En consultant ses anciens bilans psychomoteurs et en comparant l'évolution de ses dessins de soi, on remarque, entre le début et la fin du stage, une amélioration dans l'investissement de son dessin : elle se représente plus féminine (avec des boucles d'oreilles, une coiffure), plus souriante, le trait est plus souple et épais, témoignant d'une meilleure assurance et estime d'elle-même. Cependant, à son dernier bilan, son dessin est désinvesti et appauvri comparé à ses anciennes productions.

Peut-être que l'évolution de ses troubles mnésiques impactent son sentiment d'identité et plus particulièrement concernant la représentation de son schéma corporel, c'est-à-dire la manière dont elle se représente et investit son corps. Cela influence peut-être l'estime qu'elle a d'elle-même.

De plus, lorsqu'elle se rend à l'hôpital de jour, Madame G. vient systématiquement avec son sac à main et une grande valise à roulettes. Cette valise l'encombre beaucoup et contient de nombreux vieux magazines et quelques affaires personnelles (une trousse de stylos, des lunettes de soleil, des mouchoirs en tissu...). Lorsqu'on lui demande si elle a vraiment besoin de tout cela, elle déclare : « *il faut bien ça pour pouvoir transporter toutes mes affaires !* ».

Je peux supposer que l'identité de Madame G. est fragilisée par ses troubles mnésiques. En effet, ce comportement peut être expliqué par la théorie des symboles de N. Feil (2005) (10) qui a démontré que chez des personnes désorientées, des symboles personnels – c'est-à-dire des objets du temps présent - peuvent être utilisés pour représenter des concepts ou des objets du passé chargés d'émotion. Ainsi N. Feil (2005) (10) explique qu'un sac à main – ou dans le cas présent la valise – peut « *symboliser l'identité ou le « Soi* » » de la personne.

Ce comportement ressemble également à ce que certains auteurs ont décrit comme de l'accumulation compulsive, ou en anglais du « *hoarding* ». En effet, certaines personnes accumulent « *une quantité énorme d'objets qui encombrent les espaces de vie* » (17) ; des objets tels que des journaux, magazines par exemple. Certains auteurs (Cherrier et Ponnor, 2010) (17) ont émis l'hypothèse que cette accumulation est liée au déclin cognitif et est notamment en lien avec une anxiété concernant la défaillance de la mémoire ainsi que le besoin d'avoir du contrôle vis-à-vis de ses possessions. Par conséquent « *il semblerait que l'accumulation d'objets de type informatif vise à diminuer les craintes liées à la perte de mémoire* » (27).

Je peux donc supposer que la perte de mémoire semble entraîner chez Madame G. une sensation de vide et de perte, qu'elle comble ici avec la présence de sa valise et d'objets qui lui appartiennent et font partie de son identité.

2.4.2. Ses capacités mnésiques

Chez Madame G. ce sont essentiellement les mémoires épisodique et de travail qui sont les plus touchées. Par conséquent, elle se dévalorise concernant ses compétences mnésiques. Pourtant, elle conserve une très bonne mémoire corporelle, sensorimotrice et procédurale.

Lors d'une épreuve du bilan il s'agissait de mémoriser 4 gestes : un avec les bras, un avec les mains, un avec les jambes et le dernier avec les pieds. Les gestes sont répétés 3 fois dans le même ordre avant la restitution. Après un certain temps, on demande à Madame G. de reproduire ces 4 gestes. Elle retrouve 3 des postures mais ne se rappelle plus de celle des mains. Spontanément, pour réfléchir, elle met ses doigts joints. Puis, elle se rend compte que finalement ce geste était justement avec les doigts joints et que de manière

inconsciente elle réalise le geste à faire. La mémoire corporelle est donc encore efficace pour cette dame.

De même, lors d'un atelier, il s'agissait de piocher une pièce en bois dans une pochette et une fois à la vue, les patients devaient indiquer ce à quoi chacune de leur pièce leur faisait penser. Madame G. déclare que la sienne lui fait penser à une quille. Le second temps de l'exercice consistait à remettre la pièce dans le sac et à la retrouver parmi les autres. Le temps d'arriver à son tour, Madame G. ne se rappelle plus du mot « quille » et me dit également ne plus se rappeler de la forme de sa pièce. Or, dès qu'elle a mis sa main dans la pochette, elle en a ressorti la bonne pièce. Cet exemple nous montre que chez elle la mémoire du mot (c'est-à-dire la mémoire sémantique) est fragilisée mais qu'elle est soutenue par la mémoire sensorielle (ici, la mémoire tactile).

Ces deux situations nous révèlent également l'importance de valoriser et de faire prendre conscience à Madame G. qu'il existe d'autres formes de mémoires encore bien présentes chez elle.

2.5. Accompagnement psychomoteur

2.5.1. Au sein du groupe

Le groupe met en évidence le fait que les compétences sociales de Madame G. sont préservées. Elle est sociable et adaptée à la dynamique de groupe. Le matin, lorsqu'elle arrive, elle exprime aux autres sa joie de les retrouver. Elle fait partie des « personnalités fortes » du groupe prenant souvent et facilement la parole. Elle utilise régulièrement l'humour et fait preuve d'autodérision. Je remarque tout de même une préférence pour les relations duelles où elle est plus attentive à l'autre. Madame G. est facilement distractible et finit souvent par ne plus écouter la conversation au sein du groupe, pour s'adresser à une seule personne (préférentiellement un soignant). **Ce peu d'investissement groupal, peut être dû à des difficultés de compréhensions.**

Du fait de cette forte distractibilité et d'une tendance logorrhéique, Madame G. est sensible au rappel du cadre. Un jour, accompagnée d'un psychologue du centre mémoire, je la croise et la salue ; elle ne me reconnaît pas et me demande « *vous êtes nouvelle ?* ». Ici, le cadre de notre rencontre n'est pas le même qu'habituellement et c'est, sans doute, pourquoi elle ne me reconnaît pas. Ainsi, dans le cas de Madame G. le cadre spatio-temporel est un véritable support à la mémorisation et à la compréhension de son environnement.

2.5.2. L'atelier de gymnastique douce

Nous l'avons vu, son identité corporelle ainsi que la perception de son schéma corporel est affaiblie par sa maladie. Au cours de l'atelier de gymnastique, je remarque que Madame G. n'a pas intégré la logique corporelle relative à l'enchaînement des mobilisations de la tête vers les pieds. De plus, Madame G. est peu attentive à ses propres perceptions avec peu d'écoute corporelle. En effet, elle peut forcer pour faire un mouvement jusqu'à s'en faire mal, malgré la consigne de faire « comme chacun le peut ».

Cependant, lorsque j'attire l'attention sur l'état tonique qu'entraîne chaque mouvement ou posture, progressivement Madame G. a pu me montrer les muscles mis en jeu à ce moment-là.

2.5.3. L'atelier « Jeux de théâtre »

Par le biais de la médiation « jeux de théâtre » j'observe que Madame G. a des difficultés pour inhiber la parole. Lors d'un exercice où il s'agissait de se mettre en scène devant le groupe, elle ne propose pas à passer volontairement, alors qu'elle est de nature extravertie et à l'aise pour prendre la parole. Lorsque je lui propose, elle accepte et me demande « *qu'est-ce qu'il faut faire exactement ?* ». Je remarque alors une difficulté pour maintenir une consigne en mémoire (difficulté relative à la mémoire de travail). Une fois la consigne rappelée, elle prend plaisir à être sous le regard des autres et se sent ainsi valorisée.

Lors de cet atelier, Madame G. peut mettre en scène de nombreuses ressources de communication non verbale et d'expressivité. Ses mimes sont adaptés et témoignent d'une mémoire procédurale préservée en faisant semblant de conduire ou de se laver les dents par exemple. Elle peut jouer différentes émotions avec justesse, au début uniquement au niveau facial puis progressivement en impliquant tout son corps. Cela témoigne d'une meilleure intégration corporelle.

2.6. L'évolution de Madame G. et les perspectives futures

Ayant effectué 3 stages mémoire, Madame G. ne peut refaire un autre stage de 6 mois. Se pose alors pour l'équipe, sa famille et elle-même la question de l'après. Je remarque une absence de projection dans l'avenir et un désinvestissement du futur de la part de Madame G. En effet, elle ne semble pas être préoccupée par la fin du stage qui arrive, ni par ce qu'il va se passer par la suite. **Peut-être est-ce dû à ses troubles de mémoire ne lui permettant pas d'intégrer la fin du stage.**

Cependant, Madame G. comprend certains enjeux de sa situation car en parlant de ses difficultés mnésiques elle me dit un jour : « *je n'en parle pas à ma fille, elle va vouloir me placer* ». Aux vues de ces propos, le projet d'institutionnalisation en E.H.P.A.D. n'est pas une solution à envisager. Effectivement, bien que le maintien à domicile devienne de plus en plus complexe dû à l'avancée de la maladie, il demeure encore possible à l'heure actuelle et c'est ce que souhaite Madame G.

L'équipe pluridisciplinaire, dont la psychomotricienne, lui a donc proposé de faire un essai au sein d'une association accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées et proposant des ateliers mémoire. Le but de l'association étant de maintenir la socialisation dont elle faisait l'expérience à l'hôpital de jour et de favoriser le maintien de l'autonomie dans les gestes de sa vie quotidienne. Il était proposé à Madame G. de venir 1 à 2 fois par semaine pour participer aux ateliers proposés ainsi qu'aux repas du midi. Cependant, le cadre n'a pas plu à Madame G qui n'a pas désiré se rendre dans cette association. En effet, elle a pu dire que le fait qu'il y ait de nombreux participants, que les groupes ne soient pas des groupes fermés et que les personnes encadrant les activités ne soient pas des professionnels de santé la dérangeait. On voit bien ici l'importance qu'attribue Madame G. au cadre et à la régularité du groupe afin de lui procurer un sentiment de sécurité. Il est important de respecter le choix de Madame G. et de la laisser décider pour elle-même afin de l'accompagner en toute dignité.

L'équipe pluridisciplinaire a alors proposé à Madame G. de faire un essai au sein de l'accueil de jour du même établissement que celui de l'hôpital de jour. Il accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées. Il peut réunir jusqu'à 10 personnes en journée et permet de stimuler les participants pour faciliter le maintien à domicile et soulager la fatigue de l'aidant. L'encadrement est dispensé par une équipe pluridisciplinaire composée d'une aide médico-psychologique, d'une psychologue, d'une infirmière, d'une assistante sociale. Cette proposition semble être celle convenant le plus à Madame G. pour le moment.

La fin du stage mémoire entraîne également la fin de l'accompagnement en psychomotricité de Madame G. Ici, la décision d'arrêt du suivi ne dépend pas de la psychomotricienne mais de la politique de l'établissement qui doit pouvoir accueillir à l'hôpital de jour de nouvelles personnes en début de maladie.

Par conséquent, j'ai souhaité montrer, par le biais d'une étude de cas, l'évolution des troubles mnésiques au cours de la maladie d'Alzheimer ainsi que l'expression et les répercussions de ces troubles chez la personne qui en souffre. J'ai choisi de rédiger cette étude de cas car elle illustre bien à mon sens, la question des différentes mémoires plus ou moins bien préservées dans la maladie. En effet, le cas de Madame G. montre l'impact qu'a le déclin mnésique sur l'appréhension du temps, de l'espace et de l'identité corporelle de la personne. Cette étude de cas montre également la problématique que pose

l'inévitable avancée démentielle et nous fait nous interroger (patients, familles et professionnels) sur la question de l'après stage. Enfin, au travers de cette étude de cas, nous pouvons discerner les limites que pose le cadre institutionnel concernant le suivi en psychomotricité.

CONCLUSION

Il existe de plus en plus d'outils palliatifs à la perte de la mémoire ; on parle d'externalisation de la mémoire avec des agendas, des téléphones, des alarmes, des calendriers papiers. Tout cela met à disposition un grand nombre d'informations en temps réel et vient suppléer la mémoire. Cependant, à l'heure actuelle, rien ne pallie totalement au déclin mnésique qui s'opère au cours de la démence d'Alzheimer.

Tout au long de mon argumentaire j'ai tenté de répondre à mes problématiques de départ, à savoir :

Quels sont les intérêts et les enjeux de l'accompagnement psychomoteur auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au sein des ateliers mémoire ?

Comment, dans la maladie d'Alzheimer, la psychomotricité peut-elle intervenir face à l'altération de la mémoire ; et comment peut-elle venir étayer les capacités mnésiques préservées ?

Nous avons vu qu'il existe différentes mémoires et que toutes ne sont pas concernées, au même degré, par l'avancée de la maladie d'Alzheimer. Les souvenirs ne s'effacent pas, cependant, l'encodage, le stockage et la restitution de ces souvenirs deviennent de plus en plus difficiles en raison de la destruction neuronale.

La personne possède des voies d'accès aux souvenirs qui sont émotionnelles, sensorielles, motrices, c'est-à-dire celles qui attirent à la mémoire corporelle. Cette mémoire du corps est présente dès la prime enfance et est conservée dans l'avancée de la maladie d'Alzheimer. C'est le principe de la « retrogenèse », où ce qui apparaît le plus tôt dans le développement du nourrisson est le plus longtemps préservé avec l'âge ou dans le cas de la démence. Ainsi, la psychomotricité s'intéresse à ce qui passe par les sensations et perceptions archaïques car elles sont structurantes pour le sujet. En effet, ce qui est acquis et mémorisé en premier chez le nourrisson sont les expériences sensorimotrices. Par ces expériences, le bébé explore, assimile et construit son sentiment de soi et de continuité de son environnement physique et psychique. C'est donc par la sensorimotricité que la psychomotricité va permettre à la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer de retrouver des sensations connues et contenantes pour elle, et ce malgré l'évolution de la perte mnésique.

Outre le fait de permettre la récupération de souvenirs anciens, la psychomotricité doit intervenir concernant les conséquences de cette fragilisation mnésique. En effet, dans le cas de la maladie d'Alzheimer, les troubles mnésiques ébranlent la construction identitaire, le schéma corporel, les repères spatio-temporels et le sentiment de continuité et de sécurité du monde environnant. Par conséquent, les troubles de la mémoire associés aux déficits cognitifs aboutissent, dans les stades terminaux de la maladie, à une détérioration globale de la conscience de soi : le sujet ne sait plus qui il est. Sans accès aux souvenirs, le sujet ne se représente plus sur un continuum temporel et il est figé dans son présent. Ainsi, sans pouvoir faire des projets d'avenir, ni possibilité de se remémorer des événements marquants de sa vie, la personne perd progressivement son élan vital.

L'intérêt de la psychomotricité est là : lorsque, du fait des troubles mnésiques, tout semble étranger à la personne, l'invariant reste son corps. Celui-ci, bien qu'il soit fragilisé par la maladie, reste un socle solide et constant sur lequel le sujet va pouvoir prendre appui. La psychomotricité vise à redonner des repères corporels et de la cohérence dans les ressentis. Ainsi, en plus de vouloir soutenir la mémoire, elle œuvre pour maintenir le sujet dans une logique corporelle et dans un sentiment de continuité.

Les ateliers mémoire au sein d'hôpitaux de jour se créent de plus en plus afin de répondre à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ainsi qu'à une volonté de « mieux » vivre vieux et ce malgré la démence. La psychomotricité propose un cadre où il n'est pas question de performance mais plutôt d'être là et d'être soi au sein du groupe.

L'objectif va être également de travailler dans ce rapport au sujet et dans cette reconstruction subjective de sens. En effet, avec la perte de la mémoire, le patient va chercher un sens à ce qui lui arrive et va construire une version des faits pour combler l'angoisse de son trouble. Il est donc également important de s'entretenir avec la famille pour faire du lien avec l'histoire du patient.

Aux moyens de médiations corporelles (dont les ateliers sensoriels, la gymnastique douce ou la marche), l'approche psychomotrice permet, pour les patients que j'ai accompagné au sein de l'hôpital de jour, de pouvoir se recentrer sur leur corps et leurs sensations dans ce chaos d'angoisse et de perte que provoque la démence. De plus, par le biais de l'atelier « jeux de théâtre », il s'agit pour le sujet de se réapproprier son histoire et de construire de nouveaux souvenirs. Cela lui donne également l'opportunité de s'exprimer et de retrouver, ce que S. Freud appelle, une pulsion de vie.

Au-delà des ateliers mémoire, nous pouvons imaginer qu'un travail psychomoteur quel qu'il soit, pourra être proposé tout au long de la progression des troubles et cela jusqu'à la fin de la vie de la personne. Finalement, le plus important est de permettre à la personne âgée atteinte de démence, de vivre l'instant présent avec ses possibilités actuelles. N. Feil (2005) (10) explique que la personne aspire à terminer ses jours avec le sentiment du devoir accompli, c'est-à-dire en paix avec elle-même et avec autrui. Ainsi, la psychomotricité vise à favoriser l'estime et la confiance que la personne a d'elle-même, afin de lui offrir la possibilité d'atteindre une forme d'accomplissement et de sérénité jusqu'à la fin de sa vie.

Table des matières

Remerciements	p.1
Sommaire	p.2
Introduction	p.3
PARTIE 1. Mémoire et maladie d'Alzheimer	p.6
1. <u>Présentation du lieu de stage</u>	p.6
1.1. Le Centre Mémoire de Proximité (C.M.P.)	p.6
1.2. Le service de consultation mémoire	p.7
1.3. L'hôpital de jour	p.8
2. <u>La maladie d'Alzheimer</u>	p.9
2.1. Description générale	p.9
2.1.1. Épidémiologie	p.10
2.1.2. Étiologie	p.11
2.1.3. Facteurs de risque et facteurs protecteurs	p.12
2.2. Diagnostic	p.13
2.3. Les manifestations cliniques	p.14
2.4. Les traitements et accompagnements	p.17
3. <u>Le fonctionnement de la mémoire</u>	p.18
3.1. Définition	p.18
3.2. Les processus de la mémorisation	p.18
3.2.1. L'encodage et l'importance des capacités attentionnelles	p.18
3.2.2. Le stockage et l'importance du contexte	p.19
3.2.3. La restitution du souvenir	p.20
3.3. La mémoire n'est pas une mais multiple	p.20
3.3.1. En fonction de la durée de la rétention	p.20
3.3.2. En fonction de la nature de l'information	p.23
3.3.3. En fonction de la restitution	p.25

3.4. Les structures anatomiques et la localisation de la mémoire	p.27
3.5. Niveau d'élaboration : le modèle de E. Tulving	p.29
3.6. Vieillesse et mémoire	p.30
4. <u>La mémoire dans la maladie d'Alzheimer</u>	p.30
4.1. Les phénomènes d'amnésie	p.30
4.2. En reprenant le modèle SPI de E. Tulving	p.32
4.2.1. La mémoire épisodique	p.33
4.2.2. La mémoire de travail	p.33
4.2.3. La mémoire sémantique	p.33
4.2.4. Le système de représentation perceptif	p.34
4.2.5. La mémoire procédurale	p.34
4.3. Une difficulté de mémorisation à différents niveaux : encodage, stockage et restitution	p.35
4.4. Les entraves à la mémorisation	p.36

PARTIE 2. Conceptions psychomotrices de la mémoire dans la maladie d'Alzheimer

1. <u>Le corps et sa mémoire</u>	p.39
1.1. La mémoire sensorimotrice : du nouveau-né à la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer	p.40
1.1.1. Les flux sensoriels chez le nourrisson : première forme de mémorisation	p.40
1.1.2. Les compétences sensorimotrices de la personne âgée	p.41
1.1.3. La mémoire sensorimotrice	p.42
1.2. Les médiations psychomotrices	p.44
2. <u>Mémoire, maladie d'Alzheimer et sentiment de continuité : le rôle de la psychomotricité</u>	p.47
2.1. Identité et mémoire	p.47
2.2. La continuité spatio-temporelle	p.50
2.3. Le sentiment d'unité corporelle	p.51
3. <u>Rôle du cadre et influence du groupe concernant la mémoire</u>	p.53
3.1. Le cadre : support de la mémorisation	p.53
3.2. L'influence du groupe	p.54

PARTIE 3. Clinique psychomotrice

1. <u>L'atelier « Jeux de théâtre »</u>	p.58
--	-------------

1.1.Présentation théorique : le jeu et le théâtre	p.58
1.2.Mise en place de l'atelier et ses objectifs	p.59
1.3.Déroulement des séances et observations cliniques	p.60
1.3.1. Le déroulement des séances	p.60
1.3.2. Les observations cliniques	p.61
1.4.Conclusion de la médiation « Jeux de théâtre »	p.64
2. <u>Le cas de Madame G.</u>	p.65
2.1.Présentation générale	p.65
2.1.1. Contexte de vie et anamnèse	p.65
2.1.2. État de santé	p.66
2.2.Parcours de soin et évolution de la plainte mnésique	p.67
2.2.1. Le suivi au centre mémoire	p.67
2.2.2. L'entrée dans le « stage mémoire » à l'hôpital de jour	p.68
2.3.Les bilans	p.69
2.4.Bilan psychomoteur et observations cliniques	p.69
2.4.1. L'aspect identitaire	p.71
2.4.2. Ses capacités mnésiques	p.72
2.5.Accompagnement psychomoteur	p.73
2.5.1. Au sein du groupe	p.73
2.5.2. L'atelier de gymnastique douce	p.74
2.5.3. L'atelier « Jeux de théâtre »	p.74
2.6.L'évolution de Madame G. et les perspectives futures	p.74
Conclusion	p.77
Table des matières	p.80
Table des illustrations	p.83
Bibliographie	p.84

Table des illustrations

Figure 1. Les mémoires en fonctions du temps de rétention-----p.21

Figure 2. La mémoire émotionnelle : la liaison avec les autres mémoires-----p.26

Figure 3. Structure interne du cerveau avec le système limbique-----p.27

Figure 4. Localisation des mémoires en fonctions des lobes cérébraux----- p.28

Figure 5. Organisation par « emboîtement » des systèmes de mémoire selon
E. Tulving (1995) ----- p.29

Figure 6. La voie affective dans la mémorisation-----p.31

Bibliographie

- (1) **Angel, S., & Antoine, C.** (2008). Petit Larousse de la psychologie. Paris : Larousse.
- (2) **Ankri, J.** (2009). Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, vol. 32, p.128-141.
- (3) **Chimisanas, G.** (2015). Un atelier théâtre en CMP. Toulouse, France : Erès.
- (4) **Djidjel-Hennenfent, B.** (2014) Jouer en corps et ensemble : intérêt de la prise en soin en psychomotricité de personnes âgées atteintes de pathologie démentielle à travers une médiation ludique et groupale. Mémoire de psychomotricité Bordeaux.
- (5) **Dubois, B.** (2009). Quelques réflexions sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, vol. 32, p.128-162.
- (6) **Duquenoy, K.** (2002). Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer. *Pratiques gérontologiques*, Erès.
- (7) **Durdilly, J.,** (2009). Quelle identité pour le psychomotricien en gériatrie ? *Thérapie Psychomotrice et recherches* (2009). La personne âgée et son approche en psychomotricité, n°160.
- (8) **Eustache, M.** (2013). Conscience, mémoire et identité : Neuropsychologie des troubles de la mémoire et de leurs répercussions identitaires. Paris : Dunod.
- (9) **Fedon, M.-E.** (2017). La perte du sentiment de continuité d'existence chez le sujet atteint de démence : perspectives de soin en psychomotricité. Mémoire de Psychomotricité.
- (10) **Feil, N., Klerk-Rubin, V., Roux-Brioude, J., & Munsch, F.** (2005). La validation méthode Feil comment aider les grands vieillards désorientés (Édition revue et corrigée. ed.). Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.
- (11) **Gineste Y., Pelissier J.** (2005). Humanitude, comprendre la vieillesse et prendre soin des hommes vieux, Armand Colin.
- (12) **Grémont C.,** (1997). Mémoire et psychomotricité en gérontologie, *Evolutions psychomotrices*, Vol. 9, n°35, p. 16-22

- (13) **Gzil, F., Hirsch, E., & Cordier, A.** (2012). Alzheimer, éthique et société. Erès. p.174-185
- (14) **Hermant, G., Lallery, H., Desobeau, F., Castets, B.** (1984) Le corps et sa mémoire, Congrès international de psychomotricité, 6e : 1984 : La Haye.
- (15) **Humbert, C.** (2008). L'usage de l'enfance face à la maladie d'Alzheimer : du retour au recours. Recherche en soins infirmiers, p. 63-69.
- (16) <http://apprendre-reviser-memoriser.fr/pollution-attentionnelle-enfants/>
- (17) https://le-cercle-psy.scienceshumaines.com/un-nouveau-trouble-mental-l-accumulation-compulsive_sh_30188
- (18) <http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2008.labeve>
- (19) <https://www.franceculture.fr/emissions/la-grande-table-2eme-partie/comment-preserver-la-memoire-du-futur>
- (20) <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/faire-face-la-maladie>
- (21) <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
- (22) <https://www.oecd.org/fr/sites/educeri/cartesducerveau.htm>
- (23) <https://www.vaincrealzheimer.org/2016/04/19/facteurs-de-risque-facteurs-protecteurs/>.
- (24) **Jouen F. et Molina M.** (2000) Le rôle des flux sensoriels dans les débuts du développement. Enfance, n°3, p. 235-247.
- (25) **Juhel J.-C.** (2016). La psychomotricité au service de la personne âgée : Réfléchir, agir et mieux vivre. PUL et Chronique sociale (2010) 2^e tirage, 2016
- (26) **Kivipelto M. & Hakansson K.** (2017) Comment éviter la démence, Cerveau & Psycho Le Magazine De La Psychologie Et Des Neurosciences. N°92, (oct 2017). p.54 - 60.
- (27) **Mantha M.** (2014) Perception de soi et de l'accumulation d'objets chez les personnes présentant des comportements de Hoarding. Mémoire de Maitre ès en Sciences en Service Social. Université de Montréal.
- (28) **Marsaudon, & al** (2008). 200 questions-clés sur la maladie d'Alzheimer informer, traiter, accompagner, prendre en charge. Paris : Ellébore éd.

- (29) **Meunier, J.** (2015). Mémoires, représentations et traitements (2e édition entièrement revue et actualisée. ed., Psycho Sup Psychologie cognitive). Paris : Dunod.
- (30) **Meyre, F.** (2018) « J'avais conscience de moi... » Quand la démence fragilise l'investissement corporel. Apport de la psychomotricité chez le sujet âgé présentant une démence de type d'Alzheimer. Mémoire de Psychomotricité Bordeaux.
- (31) **Novella, J., et al.** (2009). Le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer modifie l'approche de la maladie. Gérontologie et société, vol. 32, p.128-182.
- (32) **Pellissier, J.** (2010). Ces troubles qui nous troublent, les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels (L'âge et la vie, prendre soin des personnes âgées). Toulouse : Érès éd. p.15-77
- (33) **Personne, M.** (2011). Protéger et construire l'identité de la personne âgée : Psychologie et psychomotricité des accompagnements. Toulouse, France : Érès.
- (34) **Ploton, L.** (2009). À propos de la maladie d'Alzheimer. Gérontologie et société, vol. 32, p. 128-129.
- (35) **Potel, C.** (2010). Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir. Toulouse : Érès.
- (36) **Potel, C.** (2010). Psychomotricité, entre théorie et pratique. Ed in Press. p.225 – 242.
- (37) **Rocher, P. & Lavallart, B.** (2009). Le plan Alzheimer 2008-2012. Gérontologie et société, vol. 32.
- (38) **Romina R.** (2018), Vieillir entre naufrage et renaissance, Le Cercle Psy Le Journal De Toutes Les Psychologies. N°30 (Sept 2018- nov. 2018).
- (39) **Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.** (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1 Concepts fondamentaux (Psychomotricité). Paris : De Boeck-Solal. **Miermon, A.,** et al Chapitre 2, Le développement psychomoteur. p. 17-86.
- (40) **Soubiran G. B.,** (1985). Sur la mémoire en Psychomotricité et Relaxation psychosomatique. La Psychomotricité, vol. 9, n° 4, p. 147-149, Paris, Masson
- (41) **Squire, L., et al.** (2002). La mémoire de l'esprit aux molécules (Neurosciences & cognition). Paris Bruxelles : De Boeck université.
- (42) **Versace, R., Nevers, B., & Padovan, C.** (2002). La mémoire dans tous ses états. Neurosciences cognitives. Marseille : Solal.

- (43) **Vigier, C.**, (2009). La psychomotricité : ou la fonction d'étayage et de lien dans la maladie d'Alzheimer. Thérapie Psychomotrice et recherches (2009). La personne âgée et son approche en psychomotricité, n°160.
- (44) **Zeisel, J., & Dhilly, D.** (2013). Alzheimer, le malade est une personne. Lormont : Le Bord de l'eau.