



HAL
open science

Intérêts d'un atelier de danse pour des personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer

Lucie Koenig

► **To cite this version:**

Lucie Koenig. Intérêts d'un atelier de danse pour des personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02273820

HAL Id: dumas-02273820

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02273820>

Submitted on 29 Aug 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.

Institut de Formation en Psychomotricité
Faculté de Médecine - Sorbonne Université
Site Pitié-Salpêtrière
91 Boulevard de l'Hôpital
75 013 PARIS



Intérêts d'un atelier de danse pour des personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer

Mémoire présenté par Lucie KOENIG
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référents de mémoire :

Aurélie HECTOR

Simon TOURNEUR

Session Juin 2019

REMERCIEMENTS

A l'institut de formation en psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière pour la qualité de ces trois années d'études qui ont été très enrichissantes d'un point de vue professionnel aussi bien que personnel.

A l'ensemble de mes maîtres de stage pour toutes les riches expériences qu'ils m'ont permis de vivre dans leurs structures, et en particulier à Lucille Guerard, Floriane Ducasse et Simon Tourneur pour leur gentillesse, leur désir de transmission, leur savoir-être et leur accompagnement dans mes stages longs ces deux dernières années.

A mes référents de mémoire pour leur soutien, leurs aiguillages et leurs apports dans ma réflexion et l'élaboration de ce travail.

A ma famille, qui m'a soutenue, écoutée, aidée tout au long de cette formation, et notamment aux cours de ces derniers mois plus intenses.

A tous mes amis, qui m'ont permis de près ou de loin d'avancer dans mon parcours, et tout particulièrement à mes amis de psychomotricité, les deux Amélie, Chloé, Julia, Marie-Alix, Sadek et Solène, pour nos discussions, nos réflexions, nos jeux, nos projets, nos failles spatio-temporelles... nos moments partagés ont rendus belles et inoubliables ces trois années de vie parisienne : pour eux je serais prête à faire figurer le terme mocassins à glands dans mon mémoire.

A Gaëtan et Lili, pour leur passion de la danse et leur bienveillance.

Et enfin, aux personnes âgées et moins âgées, pour la confiance qu'elles m'ont donnée au cours de mes différents stages, et toutes les belles expériences vécues ensemble : elles ont participé à ma construction en tant que psychomotricienne.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
PARTIE CLINIQUE.....	7
1) Cadre du stage, Contexte clinique.....	8
A) Présentation de l'institution.....	8
B) Ma place de stagiaire.....	9
2) Un projet d'art contemporain en EHPAD	9
A) Présentation du projet.....	9
a. Les objectifs du projet.....	10
b. Comment est né le projet dans l'EHPAD ?.....	11
c. Mise en place du projet.....	11
B) Contenu des séances.....	12
a. Temps de discussion.....	13
b. Temps de danse.....	14
c. Temps du goûter.....	15
3) Cas cliniques.....	15
A) Rencontre avec Mme N.	16
a. Anamnèse.....	16
b. Évaluation psychomotrice.....	17
c. Projet thérapeutique.....	20
d. Son évolution au sein de l'atelier :.....	21
B) Rencontre avec Mme R.....	22
a. Anamnèse.....	22
b. Évaluation psychomotrice.....	23
c. Projet thérapeutique.....	24
d. Son évolution au sein de l'atelier.....	25
C) Rencontre avec Mme B.....	26
a. Anamnèse.....	26
b. Évaluation psychomotrice.....	27
c. Projet thérapeutique.....	28
d. Son évolution au sein de l'atelier.....	29
D) Rencontre avec Mme M.....	30
a. Anamnèse.....	30

b. Évaluation psychomotrice.....	31
c. Projet thérapeutique.....	32
d. Son évolution au sein de l'atelier.....	33
PARTIE THÉORIQUE.....	34
1) Représentation du corps.....	35
A) Schéma corporel.....	35
a. Définitions.....	35
b. Le schéma corporel, une construction en relation.....	37
B) Image du corps.....	38
a. Définitions historiques.....	38
b. Image composite du corps.....	39
2) Vieillesse et situation de dépendance.....	41
A) Caractéristiques du vieillissement.....	42
B) Situation de dépendance en EHPAD.....	42
C) Quels effets sur le schéma corporel et l'image du corps ?.....	43
3) Maladie d'Alzheimer.....	45
A) Définition, Étiologie.....	45
B) Sémiologie générale et psychomotrice.....	46
C) Quels liens avec le schéma corporel et l'image du corps ?.....	48
4) Atelier de danse comme pratique psychocorporelle.....	50
A) Qu'est-ce qu'une pratique psychocorporelle ?.....	50
B) La danse comme pratique psychocorporelle.....	51
C) Pourquoi danser / faire danser dans un EHPAD ?.....	52
D) Comment travailler l'image du corps et le schéma corporel par une pratique psychocorporelle de la danse ?.....	53
E) Lecture psychodynamique du mouvement de Laban.....	54
PARTIE DISCUSSION.....	58
1) Enjeux d'un groupe de danse quant à la représentation corporelle pour des personnes âgées, dépendantes, atteintes de la maladie d'Alzheimer.....	59
A) Liens entre observations cliniques et représentations corporelles dans le vieillissement et la maladie d'Alzheimer ?.....	59
a. Points de convergence entre les observations concernant les quatre cas cliniques.....	59
b. Cohérence avec les éléments théoriques.....	60

B) Comment le groupe de danse a permis un travail sur les représentations corporelles ?.....	62
a. Une lecture psychomotrice des ateliers proposés.....	62
b. Limites du projet et difficultés rencontrées.....	66
2) Préserver l'identité.....	68
A) Soi, Image de Soi, Identité.....	69
B) Comment l'identité est façonnée par le milieu ?.....	70
a. Façonnée par le lieu de vie.....	71
b. Façonnée par la société.....	73
C) Comment préserver l'identité des personnes qui avancent en âge avec une maladie ?.....	75
CONCLUSION.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	79
GLOSSAIRE.....	82
ANNEXES.....	I

INTRODUCTION

Lors de mon stage long de 3ème année en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), il m'a été donnée l'opportunité de participer à un atelier de danse, proposé par un collectif d'artistes contemporains. Au cours de ce stage, mes observations m'ont amenée à penser que la représentation corporelle et sa préservation étaient un axe important de l'accompagnement psychomoteur des personnes âgées. En effet, la représentation corporelle, constituée par le schéma corporel et l'image du corps, a une incidence sur de nombreux pans de la psychomotricité du sujet.

Je me suis demandée quels pouvaient être les intérêts pour la représentation corporelle d'une pratique psychocorporelle comme la danse, proposée à des personnes vivant au sein d'un EHPAD atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Nous suivrons dans cet écrit, l'évolution de quatre résidentes de l'EHPAD au sein du groupe de danse. Quatre femmes ayant en commun d'être âgées, en situation de dépendance et d'avoir été diagnostiquées de la maladie d'Alzheimer. Nous questionnerons l'incidence du vieillissement, de la dépendance et de la maladie d'Alzheimer sur la représentation corporelle. Avant de réfléchir aux intérêts d'une pratique psychocorporelle telle que la danse pour limiter les effets de cette incidence. Les observations cliniques seront alors discutées au regard de ces éclairages théoriques. Enfin, nous aborderons la question du maintien de l'identité et du sentiment d'identité des personnes âgées et la façon dont ce projet de danse s'inscrit dans cette perspective.

PARTIE CLINIQUE

1) Cadre du stage, Contexte clinique

A) Présentation de l'institution

Un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes. Il y est proposé des soins médicaux et paramédicaux adaptés. L'EHPAD en accord avec la personne accueillie, aidée par sa personne de confiance, met en place un projet d'accompagnement personnalisé comprenant le projet de soins et de vie. L'hébergement peut être permanent ou temporaire. La restauration, l'entretien et les soins sont assurés par les employés de l'établissement. Sauf dérogations particulières, les EHPAD accueillent des personnes de plus de 60 ans, ayant besoin d'aide et de soins au quotidien pour effectuer les actes de la vie courante.¹

L'EHPAD où se déroule mon stage de 3ème année, est un établissement privé à but lucratif. Il a une capacité d'accueil de 80 lits, et dispose notamment de deux unités protégées permettant l'accueil de personnes atteintes de pathologies de type Alzheimer. Celles-ci se nomment CANTOU (Centres d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles), elles comprennent chacune 12 chambres.

L'EHPAD est pourvu d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin coordinateur, d'infirmières, d'un psychomotricien, d'une psychologue, d'une animatrice, d'aides-soignants, d'une gouvernante et d'agents de service hôtelier. Cette équipe permanente est renforcée par l'intervention de professionnels extérieurs (médecins traitants, kinésithérapeutes) choisis librement par les résidents.

Les résidents ont à leur disposition différents espaces, tels qu'une grande salle de restauration, des salons d'étage, une bibliothèque, un salon de coiffure

¹ <http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>, consulté le 20 décembre 2018

servant également de salle de balnéothérapie, ainsi qu'un jardin. Les résidents des CANTOUs ont également accès à ces espaces, notamment durant les horaires d'activités et de groupes thérapeutiques, mais ils ne peuvent pas s'y rendre seuls, ils y sont accompagnés car ils bénéficient d'une surveillance accrue.

B) Ma place de stagiaire

Au cours de mon stage dans cet EHPAD, à raison d'une journée par semaine, je participe aux suivis individuels, ainsi qu'à trois groupes thérapeutiques, en association avec le psychomotricien.

Il y a l'atelier peinture, qui est l'occasion pour les résidents participants de mettre au travail leur motricité fine au travers d'une activité créative. Notre rôle est alors de les accompagner, les soutenir et les stimuler pour qu'ils aillent au bout de l'activité, et qu'ils finissent en étant satisfaits de leur production.

Il est proposé également un atelier d'équilibre, au cours duquel sont travaillés les différentes composantes de la marche dans le but de permettre aux participants d'être plus confiants lors de leurs déplacements. Notre rôle est de proposer des situations variées et progressives, adaptées à leurs évolutions, ce qui permet de les valoriser dans leurs capacités.

Cette année, j'ai pris part également à la mise en place d'un atelier de danse, dont la nature, le déroulement et les objectifs seront traités dans la suite de ce mémoire.

2) Un projet d'art contemporain en EHPAD

A) Présentation du projet

a. Les objectifs du projet

Le projet est proposé par un collectif de « création contemporaine et transdisciplinaire dédié à la recherche, la production, l'accompagnement, la réalisation et la diffusion en art contemporain sous toutes ses formes² ».

Le collectif intervient au sein de différents établissements en plus de notre EHPAD : une Unité de Soins de Longue Durée (USLD), une résidence pour personnes âgées, et une école maternelle.

L'un des objectifs est d'explorer les notions d'identité propre, et d'identité groupale, pour réfléchir à la façon dont l'une et l'autre s'influencent et interviennent dans la construction d'un groupe. Dans chacun des lieux d'intervention du collectif, un groupe est formé. Les membres d'un groupe, en participant aux ateliers, vont réfléchir et échanger ensemble au sujet de différentes thématiques, par la parole et par la danse.

Ces groupes seront amenés à se rencontrer lors d'« ateliers croisés », ce qui permet d'ouvrir les communautés, que constituent ces groupes, les unes aux autres, et de permettre une transmission, un échange réciproque entre elles. C'est dans ce but qu'un répertoire de langage gestuel est construit au fur et à mesure, mémoire des réflexions et de l'identité du groupe à l'origine des gestes. Le répertoire est partagé, et s'enrichit progressivement de nouveaux gestes hérités d'autres groupes.

L'atelier tel qu'il est proposé dans l'EHPAD, est l'occasion pour les résidentes participantes d'expérimenter le mouvement à travers la danse, de travailler les qualités du mouvement. C'est donc une façon de leur « donner la

² C'est ainsi que ce définit le collectif, mais pour des raisons d'anonymat je ne peux pas les référencer.

parole », par les mots et par le corps. Elles peuvent dans ce groupe partager leurs histoires, leurs rêves, leurs opinions, leurs identités. Le répertoire gestuel s'élabore d'atelier en atelier à partir des mouvements expressifs proposés par les participantes. Et ces gestes traduisent par leur expressivité l'aboutissement des partages et des discussions ayant lieu au cours de chacun des ateliers ; une façon de fixer dans la mémoire ce qui est vécu par le groupe.

b. Comment est né le projet dans l'EHPAD ?

Le projet a démarré avec un groupe de résidents d'une USLD, en association avec la psychomotricienne qui y travaille. Durant 2 ans, le projet s'est construit autour de l'exploration corporelle et de l'imaginaire, une communauté a vu le jour au fil des ateliers, et cette communauté a élaboré ensemble un répertoire de gestes-mots propres à leur groupe, fruit de leurs réflexions, imaginations, expérimentations. En avril de cette année, l'atelier doit prendre fin dans cette structure initiale. Et puisque le projet du collectif est de mettre en place une transmission entre différentes communautés, par l'intermédiaire du répertoire gestuel, il fallait trouver de nouvelles structures où proposer le dispositif, construire d'autres communautés, et permettre cette transmission. La psychomotricienne de l'USLD, a donc mis en contact le collectif avec le psychomotricien de l'EHPAD où je suis en stage, dans l'idée d'y prolonger le projet. Cette possibilité a été discutée avec les coordinateurs du projet, et a ensuite été présentée à la direction de l'établissement pour en obtenir l'approbation et le financement. Et c'est ainsi, qu'en novembre 2018 a démarré le premier atelier pour les résidents de l'EHPAD.

c. Mise en place du projet

Les ateliers se déroulent environ 2 fois par mois durant 2h dans la salle de restauration de l'établissement, et sont dirigés par deux chorégraphes (les cofondateurs du collectif). Nous sommes un certain nombre de professionnels à prendre part à ces ateliers : le psychomotricien, l'animatrice, la psychologue, moi-même ainsi qu'une autre stagiaire psychomotricienne. Tous les professionnels ne sont pas présents à chaque atelier, en revanche, il y a toujours

au moins un des chorégraphes et le psychomotricien. J'ai pour ma part été présente à chaque atelier jusqu'à fin mars, par la suite les obligations universitaires m'ont empêchées d'assister à plusieurs séances. Au sein du groupe, nous sommes à la fois observateurs et participants. En effet, nous pouvons nous installer de façon à pouvoir soutenir l'une ou l'autre résidente selon ses difficultés, mais nous sommes également amenés à participer aux propositions au même titre que les résidentes. Ce sont les chorégraphes qui sont meneurs des ateliers. Des réunions de débriefing se tiennent entre nous à la fin de chaque atelier.

Pour constituer le groupe, il y a eu concertation afin de choisir une dizaine de résidentes pour qui ce projet aurait un intérêt. Après plusieurs ateliers au cours desquels les participantes ont varié, il a été décidé que le groupe serait fermé et définitif, pour favoriser la constitution d'un espace de confiance, et donc d'un espace où le groupe se sente libre d'expérimenter sans peur du jugement. Il y a désormais dix participantes : deux viennent des CANTOUS, les autres sont des personnes aux profils variés (maladie d'Alzheimer, syndrome extrapyramidal, syndrome post-chute, atteintes vasculaires, paranoïa, troubles moteurs).

Chaque atelier se divise en trois temps, un temps de discussion autour d'un thème (30min), un temps d'exploration chorégraphique (30min), et un temps de goûter (20min).

B) Contenu des séances

La première séance a débuté par une présentation du projet aux participantes, puis une présentation de chacun des membres du groupe. Cette première étape a permis à chacun d'affirmer son identité. L'objectif de ce groupe étant de permettre de rassembler un ensemble d'individualités et non pas de fondre un ensemble de personnes dans une individualité uniforme de groupe.

Suite à la demande d'une participante d'éclaircissement sur le but de ce

projet, il a été décidé de revenir en début de chaque séance sur la nature et les objectifs du projet, et ce jusqu'à ce que ce soit intégré par le groupe. En effet, cet atelier est différent de ceux qui sont habituellement proposés dans cet EHPAD, dont les objectifs sont plus directement perceptibles. C'est en comprenant les intérêts que peuvent avoir une activité pour eux, que les résidents décident d'y être fidèle.

Dans cette partie, seront abordés le contenu des ateliers.

a. Temps de discussion

Le thème abordé durant le temps de parole collective, est présenté par l'un des deux chorégraphes, mais il peut avoir été collecté auprès des personnes participant au groupe, en effet il a été demandé à chacune d'elles ce dont elle souhaiterait parler durant ces temps-là. Voici les différents thèmes ayant été abordés durant les ateliers :

- « qu'est-ce que le présent pour vous ? » : les réflexions que cette question a fait émerger, portaient sur son lien avec l'histoire passé et les aspirations futures, et sur la perception que l'on a de l'instant présent (par les relations, les sentiments, les sensations).
- « qu'est-ce qu'une femme pour vous ? » : nous a amené à parler de l'identité de femme, mais aussi de l'évolution de la place des femmes dans la société depuis leur enfance jusqu'à aujourd'hui.
- « qu'est-ce que l'identité ? » : il a été discuté des aspects administratifs de l'identité, et des aspects qui forgent l'identité tout au long de la vie. L'identité étant une notion en lien avec l'environnement dans lequel on évolue, notre histoire participe à définir notre identité.
- « qu'est-ce qu'un groupe ? » : cette notion a été beaucoup mise en lien avec la notion d'identité, on s'identifie à un groupe ou au contraire on s'en détache car on ne s'y identifie pas. Ont été abordées également les notions d'amitié, d'affinité, de respect, de famille.

- « Qu'est-ce que l'héritage ? » : les participantes ont parlé de la transmission, l'inné et l'acquis, l'ascendance et la descendance, les valeurs, les biens. La discussion s'est terminée par un temps où chaque personne partageait avec le groupe une chose, un geste, une habitude, un caractère, un trait, hérité d'une personne importante de leur vie.
- « qu'est-ce que l'hybridation ? » : les participantes ont eu du mal à comprendre le concept, à le définir, à savoir où on les emmenait avec cette question. La discussion a abouti au fait que l'hybridation est un mélange entre deux espèces. Or avec cette question, l'objectif était de les pousser vers l'imaginaire, la discussion a donc continué sur la question des chimères : Avec quelle espèce vous hybrideriez-vous ? Qu'est-ce que vous garderiez de vous sur cette chimère ? Quel pouvoir particulier aurait cette chimère ?
- « Qu'est-ce que se nourrir ? » : les participantes ont fait le lien avec la famille, et les souvenirs. C'est un concept très associé au relationnel, à l'aspect social, la transmission, la tradition.
- « Qu'est-ce que le plaisir ? » : chacune a pu partager ce qui lui faisait plaisir dans la vie, puis a été abordé le concept de désir, avec ce que les participantes désirent vis-à-vis de leur présent, de leur futur.

Les moments de discussion ont fait émerger des témoignages intimes, des souvenirs, des aspirations, etc. Ces temps peuvent être investis par les participantes comme l'occasion de faire appel à leur mémoire autobiographique en leur donnant un lieu pour partager leur histoire de vie, constitutive de leur identité actuelle. Ces temps laissent aussi de la place pour débattre ensemble de sujets variés, de partager des opinions, de se questionner.

b. Temps de danse

L'exploration chorégraphique se fait par des propositions de mise en mouvement avec ou sans musique, avec ou sans déplacements, avec ou sans modèles, seul ou en groupe. L'objectif étant de s'appuyer sur le mouvement pour faire réémerger le plaisir de se mouvoir, et ensuite le potentiel

d'expressivité du corps. L'objectif parallèle est de créer un répertoire gestuel propre au groupe, et pour ce faire chaque thématique discutée en première partie est représentée en mouvement en deuxième partie d'atelier. A partir des représentations de chacun des membres du groupe, on construit un geste commun qui est conservé comme mémoire de l'atelier.

Certaines propositions ayant trait au répertoire gestuel construit à l'USLD précédemment, ou celui en construction à l'EHPAD, s'axaient autour de l'imitation, de la mémorisation, de l'association et de la création de mouvements signifiants.

Les autres propositions en lien avec l'enrichissement de l'expressivité gestuelle, amenaient à l'exploration de diverses postures, de différents niveaux et plans de l'espace, ainsi que des variations possibles de qualité de mouvements.

L'ensemble de ces propositions seront traitées plus en détails dans la discussion de ce mémoire, selon une lecture psychomotrice que j'en fais.

c. Temps du goûter

Le temps du goûter permet de discuter des impressions après l'atelier, mais aussi de partager un moment de convivialité autour d'une boisson chaude et d'une friandise. C'est une façon aussi de renforcer la cohésion des membres du groupe entre elles, mais également avec nous, représentant du cadre de l'atelier.

3) Cas cliniques

Je vais à présent décrire le parcours de quatre résidentes de l'EHPAD, depuis leurs évaluations psychomotrices jusqu'à leurs évolutions au sein du groupe de danse. Chacune d'elles présente des difficultés particulières m'ayant amené à me questionner quant à leur représentation corporelle, et l'intérêt représenté par l'atelier de danse vis-à-vis de ces difficultés.

A) Rencontre avec Mme N.

a. Anamnèse

Mme N. est née en 1946 en Espagne, elle a 72 ans. Elle a eu 2 enfants avec son mari, qui est aujourd'hui décédé. Elle a été diagnostiquée d'une maladie d'Alzheimer, cependant le MMSE³ n'a pas pu être passé en raison de la barrière de la langue, qui est un critère d'exclusion pour ce test. Dans son dossier, il n'est pas précisé quels tests ont été réalisés pour aboutir au diagnostic.

Mme N. est une dame avenante, soucieuse de faire bonne impression, et de répondre aux attentes de ses interlocuteurs. Elle est vigilante au bien-être de ses pairs, auxquels elle vient en aide promptement lorsqu'elle a le sentiment qu'ils sont en difficulté. Elle est discrète et réservée, souvent inquiète de déranger.

Elle présente une désorientation spatio-temporelle importante. Elle n'a pas conscience de vivre à l'EHPAD, en tout cas, ce n'est pas présent dans son discours. Au contraire, elle parle souvent du fait qu'elle doit rentrer s'occuper des enfants. Le français n'étant pas sa langue maternelle, lorsqu'elle est fatiguée, ou désorientée, elle parle en espagnol ; en revanche elle comprend lorsqu'on lui répond en français. C'est donc pour l'émission du langage qu'il lui est devenu difficile de retrouver le vocabulaire français (fonction de la récupération*), qui pourtant remonte à un apprentissage lointain. Lors de la réception des informations auditives (du langage), ce qu'elle entend semble agir comme un indice* : le mot qu'elle entend sert d'indice pour que la récupération du souvenir se fasse et que le sens qui s'associe au mot entendu soit retrouvé.

Elle est entrée à l'EHPAD il y a un an. Le motif de son entrée n'est pas précisé dans le dossier médical, mais c'est sans doute lié à l'évolution des symptômes de la maladie d'Alzheimer.

³ FOLSTEIN et coll. (1975)

En septembre 2018, elle fait une chute qui l'amène à être hospitalisée.

Elle n'a pas de prise en charge individuelle, mais participe à différents groupes thérapeutiques : équilibre, peinture, gymnastique douce et danse.

b. Évaluation psychomotrice

L'évaluation est effectuée en début d'après-midi. Mme N. me dit qu'elle est fatiguée aujourd'hui, et elle me semble effectivement moins en forme qu'habituellement. Ceci explique peut-être en partie certaines des difficultés de compréhension que Mme N. a rencontré face aux consignes orales. En effet, dans plusieurs épreuves, des difficultés importantes de rétention mnésique et de compréhension des consignes l'ont mise en échec.

Les épreuves réalisées sont les suivantes :

- Test de Tinetti⁴ : Évaluation quantitative et qualitative de l'équilibre et de la marche, des performances d'équilibre statique et dynamique du sujet âgé dans différentes situations. A pour but d'évaluer la mobilité, l'équilibre statique, la marche et de prédire le risque de chutes⁵ par un score sur 28 points. Entre 24 et 27 points, il y a un risque peu élevé ; entre 20 et 23 points, le risque est élevé ; et enfin pour un score en dessous de 20 points, le risque de chute est très élevé.
- Examen du Tonus⁶ : Étude du tonus de fond par les épreuves de ballant et d'extensibilité, et du tonus d'action à travers les diadococinésies. Il permet de mettre en évidence la latéralité neurologique, et la répartition tonique.
- Évaluation de la motricité gnosopraxique distale⁷ (EMG) : Évaluer la mise en place du schéma corporel et de la coordination motrice qui sont en interaction réciproque, dans la fonction « practo-gnosique ».

⁴ TINETTI (1986)

⁵ ALBARET, SCIALOM et GIROMINI (2018), p.264

⁶ THOMAS et AJURIAGUERRA DE (1949)

⁷ VAIVRE-DOURET (1997)

- Épreuve d'orientation droite-gauche de Piaget-Head⁸ : Évaluer différentes composantes de l'orientation : la connaissance des notions de droite et de gauche sur soi, sur autrui et par rapport aux objets.
- Somatognosies de Bergès-Lézine : Évaluer la connaissance du vocabulaire et de la topographie de son corps, et de celui d'autrui. Outil d'évaluation de l'intégration du schéma corporel.
- Dessin du Bonhomme de F. Goodenough⁹ : Évaluation de la capacité de représentation du corps. Renseigne sur le développement psycho-affectif, sur l'intégration du schéma corporel et peut permettre d'élaborer des hypothèses sur l'image du corps.
- Orientation spatio-temporelle du MMSE : Évaluation de la capacité d'une personne à se situer par rapport au temps et au lieu.

Voici les hypothèses et les conclusions que je tire de cette passation :

Mme N. comptabilise pour le test de Tinetti, un score de 22 points, ce qui signe un risque de chute élevé. La double tâche* est préservée dans la marche. Elle peut répondre à des sollicitations en continuant son déplacement (ceci fait référence à une observation du Walking While Talking Test¹⁰). Ce qui signe le maintien de l'automatisation de la marche en tant que praxie*. De plus, du point de vue qualitatif, malgré un polygone de sustentation* légèrement élargi (largeur du pas), et une asymétrie avec une hauteur de pas abaissée du côté droit, la longueur du pas est maintenue. Et les transferts assis-debout se font de façon fluide avec l'aide des accoudoirs. En revanche le demi-tour est effectué par des petits-pas avec peu de dissociation des ceintures, et d'orientation du regard vers la destination.

En ce qui concerne son équilibre, tout d'abord en situation statique

⁸ GALIFRET-GRANJON (1958), pp. 49-85

⁹ GOODENOUGH (1957)

¹⁰ AYERS, TOW, HOLTZER et VERGHESE (2013)

bipodale, il est stable avec les yeux ouverts et fermés. Elle se place en situation unipodale sur le pied gauche avec l'aide d'un appui manuel, sans lequel elle ne s'en sent pas capable. Elle présente un bon réflexe de rééquilibration à l'épreuve de la poussée sternale, dans laquelle sa jambe d'appui comme en situation unipodale, est la gauche, et la jambe d'action est la droite.

Ces observations sont cohérentes vis-à-vis de la latéralité repérée par l'examen du tonus. Mme N. est droitrière. Elle présente une hypertonie* de fond, caractéristique chez les personnes âgées.

L'épreuve d'imitation de gestes de l'EMG révèle des difficultés pratiques dans l'organisation des gestes fins qui impliquent les doigts, d'autant plus lorsque les deux mains sont en coopération. Ce qui laisse penser à une faible capacité de coordination bimanuelle. La notion de profondeur n'a pas été perçue.

Mme N. se repère par rapport à la droite et la gauche, et a la capacité de réversibilité*. La suite de l'épreuve de Piaget-Head est échouée, du fait d'une incompréhension des consignes, que je mets en lien avec ses troubles cognitifs, notamment l'aphasie*, et une difficulté de manipulation des notions spatiales.

En matière d'orientation spatio-temporelle, elle n'a pu ni donner la date, ni le lieu ; elle a uniquement fait une proposition en espagnol pour la saison, mais ce n'était pas la bonne. Cette absence de réponse signe une désorientation spatio-temporelle, caractéristique dans l'évolution de la démence de type Alzheimer.

On peut noter une bonne connaissance du vocabulaire et de la localisation des parties du corps, avec une réussite totale à l'épreuve des somatognosies de Bergès-Lézine. Cependant dans la représentation du corps, sur laquelle l'épreuve du dessin du bonhomme (annexe 1) peut nous renseigner, Mme N. représente un personnage incomplet, sans bras, ni jambes. Ceci pourrait être expliqué soit par une perte de sens de la tâche en cours qui se solde par un arrêt prématuré, soit comme le signe d'un désinvestissement corporel, avec une perte

d'intérêt pour les membres qui permettent en partie d'interagir avec l'environnement. Les bras et les mains permettent les fonctions instrumentales, et les jambes et les pieds permettent les déplacements. Je peux également faire l'hypothèse d'un lien entre les difficultés praxiques et le manque de représentation corporelle. En effet, l'intégration du schéma corporel permet l'organisation des gestes dans l'espace.

Enfin, dans son attitude générale, je constate que Mme N. se tient en léger enroulement qu'elle soit assise ou debout, regard vers le bas, dos et épaules enroulés, avec les mains entrelacées, et elle a tendance à tirer sur le bas de son gilet, ce qui semble être un geste rassurant.

c. Projet thérapeutique

Axes thérapeutiques tirés du bilan psychomoteur :

- réinvestissement corporel, image du corps à valoriser,
- renforcement du schéma corporel et de la conscience corporelle,
- stimulation des fonctions cognitives,
- maintien des compétences motrices.

Mme N. a besoin d'exploiter ses compétences motrices pour favoriser leur conservation. Il semble important de l'amener à mettre en mouvement son corps pour le plaisir, non plus seulement dans un but fonctionnel, mais également dans un but expressif, permettant un enrichissement de son schéma corporel et de son image du corps. Pour éviter un repli social (elle est plutôt isolée, de par la barrière de la langue principalement, mais également à causes de ses troubles cognitifs), une prise en charge groupale semble indiquée. Enfin la stimulation de ses habiletés cognitives (langage, compréhension, attention, mémoire, etc.) paraît essentielle. Le groupe de danse permettrait de travailler sur ces axes thérapeutiques au travers d'une activité valorisante.

d. Son évolution au sein de l'atelier :

Le temps de discussion reste compliqué pour Mme N. du fait de l'aphasie, qui perturbe sa compréhension de ce qui se dit et la possibilité de s'exprimer oralement. Il me semble que pour suivre les échanges, il lui faut faire preuve de beaucoup d'attention. L'effort cognitif que nécessite ce temps la fatigue, alors par moment elle semble avoir décroché. Il se peut également qu'elle soit en difficulté pour prendre la parole en public en raison de sa personnalité réservée. En tous les cas, elle ne prend pas d'elle-même la parole. En revanche, si l'un des chorégraphes la questionne directement, elle peut répondre brièvement. Il me semble qu'il lui est plus aisé de répondre lorsqu'il s'agit d'évoquer des souvenirs, que lorsqu'il lui est demandé de partager son point de vue.

Dans le temps de danse, j'ai perçu une évolution positive dans sa participation. Lors des premières séances, reproduire en imitation les gestes proposés par les chorégraphes était une tâche difficile et peu réussie, empêchée par ses difficultés praxiques. Là encore, ça lui demandait un effort attentionnel important, et elle se décourageait rapidement. Désormais, les difficultés praxiques sont toujours présentes, mais à force de répétition, elle parvient à mieux suivre les enchaînements de mouvements, et s'il lui arrive encore de se décourager, elle reste plus attentive, plus éveillée tout au long de la séance. D'autre part, elle avait beaucoup de mal à proposer d'elle-même des mouvements lorsque c'était demandé, et désormais, elle peut initier d'elle-même un geste simple et bref, qui peut être vu comme le début d'une expressivité corporelle volontaire qui réémerge. Ses gestes restent réalisés avec une petite amplitude, mais les propositions de danse debout en déplacement peuvent l'amener à explorer un espace de mouvements plus éloigné du corps, avec plus d'amplitude. Le fait d'aborder l'extension, les enroulements, les torsions permet de stimuler l'axe corporel*, et donc d'amener à explorer plus sereinement les différents plans et niveaux de l'espace. Ces notions seront traitées plus en détail dans la partie théorique de cet écrit.

Pour le temps du goûter, au départ Mme N. ne restait que très peu, car

elle était soucieuse de corvées qu'elle disait avoir à faire (chercher les enfants, faire le repas, le ménage, etc.). Maintenant, en fin de séance, elle semble détendue, souriante, ne semble plus envahie par ses préoccupations. Je mets cela en lien avec le fait qu'elle ait pris ses repères dans cet atelier, qu'elle se sente à sa place au sein du groupe.

B) Rencontre avec Mme R.

a. Anamnèse

Mme R., est née en 1932, elle a 86 ans. Elle a été mariée et a eu deux enfants. Son fils est décédé, et sa fille est partie vivre en Suède. Elle a exercé la profession d'institutrice, un métier qui lui tient beaucoup à cœur, et qui continue d'être une fierté pour elle.

Elle a fait des chutes à répétitions lorsqu'elle habitait chez elle. Cela lui a valu d'être hospitalisée un mois dans une unité de soins de suite et de rééducation, avant d'entrer à l'EHPAD en octobre 2016.

Mme R. est une femme affirmée, qui n'a pas peur de partager ses opinions. Elle est déterminée et s'investit pour maintenir ses capacités et faire des progrès. Elle a un groupe d'amies avec lequel elle passe beaucoup de temps à l'EHPAD, c'est un groupe de dames qui n'ont pas des troubles cognitifs trop envahissants. Mme R. tient à ce groupe d'amies, qui est un soutien pour elle. Elle s'est bien faite à la vie en EHPAD et semble bénéficier de la sécurité et du confort de vie qu'il lui offre.

En juin 2018, son score au MMSE était de 24/30, ce qui signe des troubles cognitifs légers. Elle est sujette aux vertiges et a des difficultés dans la marche, elle a donc une prise en charge en kinésithérapie trois fois par semaine. Elle souffre de dépression depuis de nombreuses années, et avait un suivi en psychothérapie qu'elle a souhaité arrêter.

En psychomotricité, il lui est proposé différents groupes, celui qui est axé

sur l'équilibre, celui de gymnastique douce ainsi que le groupe de danse.

b. Évaluation psychomotrice

Son bilan psychomoteur a consisté en la passation du Test de Tinetti, des somatognosies, du Dessin du Bonhomme de Royer¹¹, de l'EMG, du Piaget-Head et de l'examen du tonus.

Le test de Tinetti a été réalisé par Mme R. avec sa canne comme aide technique. Le résultat est de 16/28, ce qui se traduit par un risque de chute très élevé. La principale difficulté de Mme R. dans les déplacements, est due à ses troubles de l'équilibre. En effet, on constate un élargissement important du polygone de sustentation, une instabilité de l'équilibre statique, une incapacité à se rééquilibrer suite à la poussée sternale et une discontinuité par manque de dissociation des ceintures dans le demi-tour. Ces difficultés peuvent être en partie expliquées par ses vertiges.

Le test des somatognosies montre une bonne connaissance de la topographie et du vocabulaire du corps. On peut relever différents éléments dans le dessin du bonhomme (annexe 2) de Mme R. :

-tout d'abord, on peut remarquer l'absence de mains et de jambes. Si l'absence de jambes s'explique par un manque d'anticipation de l'espace restant sur la feuille ; l'absence de mains n'a pas été commenté, on peut donc penser que ça lui semblait trop complexe à représenter, ou bien, qu'elles ne lui ont pas semblé indispensables à représenter.

-de plus, on peut noter la présence de détails au niveau du visage et de l'habillement. On peut penser que ça traduit l'importance aux yeux de Mme R. de l'apparence, l'image de soi que l'on donne à voir.

La passation de l'EMG révèle des difficultés de motricité fine, notamment d'organisation praxique digitale. Du point de vue visuospatiale, elle n'a pas eu de difficultés à reproduire les mouvements dans l'espace, cependant la

¹¹ ROYER (1977)

profondeur n'a été perçu qu'une fois sur deux.

L'évaluation de Piaget-Head met en lumière une fragilité quant à l'orientation droite-gauche de Mme R., en effet, ça lui a demandé un effort cognitif important. Elle connaît la droite et la gauche sur elle et sur autrui. Cependant pour utiliser cette connaissance afin d'orienter des objets entre eux, ou d'orienter son geste dans l'espace, elle a eu beaucoup plus d'hésitations, jusqu'à finalement être trop fatiguée pour faire l'effort de réversibilité, et tout reproduire en miroir. L'orientation dans l'espace se construit avec l'intégration du schéma corporel, et se renforce par les expériences motrices et sensorielles, ainsi un désinvestissement ou une limitation des activités motrices et sensorielles peut expliquer la diminution des capacités d'orientation spatiale.

Enfin, l'examen du tonus révèle une hypertonie de fond et une dominance tonique à droite, ce qui est cohérent avec l'âge de Mme R. et avec sa latéralité.

c. Projet thérapeutique

Les éléments relevés dans le bilan psychomoteur permettent d'envisager les axes thérapeutiques suivant pour Mme R. :

-renforcement de l'axe corporel, de la conscience corporelle (appuis et postures) pour limiter le risque de chute,

-stimuler et renforcer le schéma corporel, ainsi que l'orientation spatiale.

Il paraît important de permettre à Mme R. d'investir le mouvement dans une activité expressive et créative que les groupes auxquels elle a l'habitude de participer. L'exploration des différents plans de l'espace, et des possibilités motrices pour petit à petit accéder à plus d'aisance gestuelle. L'amélioration de son image d'elle-même serait à rechercher par une reprise de confiance en elle dans le mouvement, et dans les déplacements. L'atelier de danse sera l'occasion d'explorer ses différents axes.

d. Son évolution au sein de l'atelier

Mme R. est un des piliers du temps de discussion, du fait de la légèreté de ses troubles cognitifs et de son assurance pour prendre la parole en public. Il a parfois même été nécessaire de lui demander de laisser de la place à la parole des autres, car elle pouvait monopoliser la parole. Elle investit ce temps en partageant ses souvenirs, son histoire, ses opinions. Très vite, il a été évident que son métier d'enseignante et son rôle de mère avait une place très importante dans son identité, et donc dans son image d'elle-même.

Dans le temps de danse, au départ, elle ne comprenait pas la finalité du projet, elle l'a d'ailleurs questionné plusieurs fois. Au fur et à mesure, elle a semblé ne plus se préoccuper du but, et s'investir de plus en plus. J'en conclus qu'elle y a trouvé de l'intérêt à force d'y venir, elle doit sentir que ça lui fait du bien. L'imitation de gestes est toujours difficile à suivre pour Mme R., mais la répétition semble l'aider à prendre des habitudes dans l'organisation des gestes. Il est intéressant d'observer que les mouvements proposés par Mme R. sont toujours soutenus par une histoire qu'elle raconte en même temps que se déroule son mouvement. Pour d'autres, le mouvement est soutenu plutôt par le dynamisme spontané du corps et pour d'autres encore, c'est l'émotion qui semble soutenir la création du mouvement.

La station debout, et le fait de danser en se déplaçant semble être une source de plaisir pour Mme R., ça lui donne le sourire, elle va à la rencontre des autres. En effet, les occasions sont rares dans le quotidien, d'expérimenter le mouvement expressif et créatif en station debout, plutôt utilisé comme un moyen de déplacement.

De manière générale, j'ai le sentiment que Mme R. au fur et à mesure des séances trouve de plus en plus de plaisir à bouger et à expérimenter sa mobilité, son expressivité dans les différentes propositions de danse.

Dans le groupe, lors des premières séances, Mme R. avait tendance à rester uniquement avec l'une de ses amies, désormais elle s'ouvre à d'autres

personnes. Elle reste cependant assez dure dans ses propos quant aux manifestations des difficultés cognitives de certaines des personnes du groupe. Je mets cela en lien, avec une inquiétude de Mme R. vis-à-vis de l'évolution de la maladie d'Alzheimer, et la perte de ses capacités cognitives qu'elle suppose pour l'avenir.

C) Rencontre avec Mme B.

a. Anamnèse

Mme B., est née en 1931, elle a 87 ans. Elle a été mariée et a eu deux enfants. Elle est veuve depuis 1993. Elle a été professeure d'allemand dans le secondaire. Actuellement, elle fait quotidiennement une balade dans le jardin de l'EHPAD, c'est une activité qui est importante pour elle.

Mme B. est une femme introvertie qui peut donner l'impression d'être renfermée. Elle parle peu mais elle est volontaire lorsqu'on la sollicite, et ouverte à la discussion. C'est une personne calme, qui aime la tranquillité.

En 2009, elle est hospitalisée suite à un AVC¹², des examens complémentaires sont réalisés et révèlent une hypertension artérielle et une hypothyroïdie. En 2016, un MMSE est réalisé et Mme B. obtient un score de 18/30, ce qui signe des troubles cognitifs modérés. Depuis, la psychologue de l'EHPAD lui a fait repasser le test, pour lequel elle a obtenu un score de 13/30 (mars 2019). En mars 2017, elle est hospitalisée pour un syndrome confusionnel compliqué de nombreuses chutes à domicile. Une investigation est faite pour expliquer les chutes à répétition, il en ressort que Mme B a développé une peur de la chute (syndrome post-chute*), et que les facteurs de risque de chute sont l'ostéoporose et les troubles de la coagulation dont elle est atteinte. A la fin du mois de mars, après un mois d'hospitalisation, elle entre à l'EHPAD.

Mme B. ne voit ni les kinésithérapeutes, ni la psychologue. Elle participe en

¹² Accident Vasculaire Cérébral: correspond à l'obstruction ou à la rupture d'un vaisseau qui transporte le sang dans le cerveau, provoquant des dommages parfois irréversibles au cerveau.

revanche au groupe proposé par le psychomotricien : groupe équilibre, gymnastique douce, et danse.

b. Évaluation psychomotrice

A l'occasion de son évaluation psychomotrice, Mme B. a participé au test de Tinetti, à l'épreuve d'orientation spatio-temporelle du MMSE, à l'EMG, au test des somatognosies de Bergès, au dessin du bonhomme de Royer et à l'examen du tonus. L'examen du tonus révèle une hypertonie de fond, et une dominance tonique droite. Ce résultat est cohérent avec sa latéralité manuelle et pédestre.

Au test de Tinetti, Mme B. atteint un score de 18/28, ce qui signe un risque de chute très élevé. On peut noter que Mme B. a besoin de s'arrêter de marcher pour répondre à une question, elle ne peut pas associer les deux tâches, ce qui laisse penser à une perte d'automatisation de la praxie de la marche. On peut également émettre l'hypothèse que l'absence de balancement du bras droit durant la marche, est le signe d'un agrippement tonique dû à une anxiété en situation de marche. Du point de vue de l'équilibre, Mme B. présente un élargissement important de son polygone de sustentation, ainsi qu'une posture du torse en légère rétropulsion (caractéristique chez les personnes présentant un syndrome post-chute). Lors du demi-tour, elle a besoin de prendre appui sur le mur pour garder son équilibre, ceci peut être expliqué par la survenue de sensations de vertige.

Dans l'épreuve des somatognosies, Mme B. montre une bonne connaissance du vocabulaire et de la localisation des parties du corps sur soi et sur autrui. Quant au dessin de personnage qu'elle fait (annexe 3), il montre une bonne capacité de représentation des différentes parties du corps entre elles, l'ensemble est cohérent. Le visage est peu expressif et plutôt minimaliste étant donné les compétences de représentation pour le reste du corps. Je mets cela en lien avec l'amimie* et l'apathie* que l'on peut voir chez Mme B., qui peuvent se manifester dans la difficulté pour la représentation des émotions. Le fait que le personnage soit nu s'explique par le fait que Mme B. a participé à des classes

de dessin avec des modèles nus, c'était donc un choix esthétique de représenter son personnage sans vêtements. On constate également l'absence des mains, ce qui interroge quant à l'investissement de la motricité manuelle et des fonctions instrumentales par Mme B.

Dans son attitude en position assise, Mme B. a tendance à se tenir légèrement avachie, avec une main portée au niveau de ses clavicules et l'autre sur le ventre ou la cuisse, là encore on peut noter une légère rétroimpulsion du buste.

Mme B. présente une désorientation spatio-temporelle, en effet elle n'a pu énoncer aucun repères sur le lieu ou sur la date. Cette désorientation apparaît au stade modéré de démence de type Alzheimer, c'est donc cohérent vis-à-vis de son score au MMSE (13/30).

Dans l'EMG, Mme B. réalise les mouvements avec une petite amplitude, elle montre de nombreuses hésitations pour organiser spatialement les gestes impliquant les mains. De plus, elle présente des difficultés d'organisation pratique pour la reproduction des gestes digitaux. Là encore, c'est cohérent avec l'avancement des troubles cognitifs de la maladie d'Alzheimer : au stade modéré de démence, des troubles pratiques commencent à être observés, et évoluent jusqu'à l'apraxie* au stade sévère.

c. Projet thérapeutique

Les axes thérapeutiques tirés des observations et des résultats au bilan psychomoteur sont les suivants :

- lutter contre le retrait et l'isolement,
- réinvestir son corps dans le plaisir, réexplorer sa motricité et les possibilités du corps pour le maintien des compétences,
- stimuler les fonctions cognitives,

- travail de l'équilibre (appuis, axe corporel, conscience corporelle),
- stimuler son expressivité corporelle.

Pour Mme B. un axe relationnel semble primordial, pour stimuler la socialisation et lutter contre l'isolement, c'est pourquoi une prise en charge groupale semble indiquée. L'exploration de ses possibilités motrices dans le mouvement serait un autre axe thérapeutique à envisager, afin qu'elle reprenne confiance dans son corps et dans ses déplacements. L'expérimentation de différentes qualités de mouvement, différents plans et niveaux de l'espace, permettrait d'enrichir son expressivité du corps. Dans l'atelier de danse, Mme B. pourrait être amenée à travailler sur ces différents axes.

d. Son évolution au sein de l'atelier

Mme B. est discrète, voire en retrait dans le temps de discussion. Elle ne participe pas d'elle-même, et si les questions ne sont pas assez précises, elle ne répond pas : elle a besoin de soutien pour organiser ses pensées, ses idées à l'oral. Elle est de plus en plus souriante et attentive bien que sa participation active à la discussion reste limitée.

Il lui a fallu quelques séances pour investir le temps de danse, au départ elle semblait s'ennuyer et participer aux propositions comme par politesse. Désormais, elle semble plus enthousiaste dans sa participation, elle a montré de bonnes compétences motrices. Elle propose des mouvements avec des variations de rythme, elle peut associer des mouvements des bras à la posture debout, et peut onduler du bassin. Elle a particulièrement apprécié les propositions à deux, dans lesquelles elle est plus à l'aise qu'en groupe complet.

Dans les propositions d'imitation de gestes, elle se fatigue rapidement, et croise les bras pour observer la suite. Ses difficultés pratiques impliquent un effort attentionnel important lors de ces propositions, ce qui explique sa fatigabilité.

D) Rencontre avec Mme M.

a. Anamnèse

Mme M., née en 1930, est aujourd'hui âgée de 88 ans. Elle a été mariée à un homme d'origine haïtienne, avec lequel elle a eu trois enfants, et duquel elle a divorcé il y a longtemps. Elle a exercé la profession d'institutrice.

Mme M. est une dame avenante et enjouée, tout en étant de nature timide. Elle est très soucieuse de bien faire et de ne pas causer de dérangement. Elle aime aider, et partager avec ceux qui l'entourent.

Dans son dossier il est donné un score au MMSE de 15/30 (décembre 2018), ce qui signe un avancement de la maladie d'Alzheimer au stade modéré de démence.

Elle a des prothèses totales de hanche gauche (2014) et de genou droit (2013). De plus, le releveur de son pied droit est défaillant, limitant la mobilité de sa jambe. Ces altérations de l'appareil locomoteur lui causent des troubles de la marche, et si elle peut encore se lever avec de l'aide humaine, elle ne se déplace plus qu'en fauteuil roulant.

En septembre 2017, elle est hospitalisée pour une forte fièvre, et après 2 semaines à l'hôpital, elle entre à l'EHPAD, où elle intègre une unité protégée (CANTOU). La famille signale, que Mme M. a fait de nombreuses chutes à son domicile dans le mois précédant son hospitalisation. Ces chutes sont associées à la fois à ses troubles cognitifs, et à ses troubles moteurs : en effet Mme M. n'ayant pas conscience de ses troubles d'ordre moteur en raison de ses troubles mnésiques (anosognosie*), oublie qu'elle ne peut pas marcher sans déambulateur, et chute.

Elle a des séances de kinésithérapie au sein de l'EHPAD, à raison de trois fois par semaine. En psychomotricité, elle participe aux groupes de peinture et de danse.

b. Évaluation psychomotrice

Les épreuves passées dans le cadre du bilan sont l'EMG, les somatognosies de Bergès, et le dessin du Bonhomme de Goodenough.

Pour l'EMG, Mme M. a une bonne amplitude pour la réalisation des gestes, et oriente correctement ses mains du point de vue spatial, en revanche elle ne perçoit pas la profondeur. Dans les mouvements des doigts, elle présente des difficultés pour le déliement digital et l'organisation praxique des gestes lorsque la complexité gestuelle augmente. Les difficultés praxiques s'expliquent par l'avancée des troubles cognitifs liés à la maladie d'Alzheimer.

Mme M. a une bonne connaissance du vocabulaire et de la topographie corporelle autant sur elle, que sur autrui. Elle connaît sa droite et sa gauche, et a la capacité de réversibilité.

Pour la représentation du corps dans le dessin du bonhomme (annexe 4), Mme M. est très hésitante, elle a peur de mal faire, il lui faudra 10 minutes pour réaliser l'épreuve et aura besoin de beaucoup d'étayage pour ne pas abandonner. Elle est droitère, et dessine avec un trait très peu appuyé, sans trop de mobilité du poignet. Son trait est discontinu, mais ça semble être un effet de style, de dessiner par petits traits, qui se recouvrent pour faire un trait un peu « flou ». Elle s'interroge longuement sur le fait de dessiner un garçon ou une fille. Elle dit que les garçons sont plus faciles à faire au niveau de la forme (au niveau du buste montre-t-elle). Elle a beaucoup de difficulté à prendre la décision. Elle commence son dessin, en représentant la tête avec des yeux, un cou, des bras, puis des jambes, sans buste (je crois qu'elle n'était pas décidée entre homme ou femme). Elle nous demande si c'est fini, on lui renvoie la question, elle continue en se demandant ce qu'il peut manquer : elle ajoute des cheveux, une bouche, des mains, et des pieds. Enfin elle ajoutera un pantalon et le trait pour relier les deux jambes. Finalement elle réalise un tout petit personnage (5 cm) dans le coin supérieur gauche de la feuille, sans buste. Elle dira de lui : « c'est plutôt un petit garçon ».

Elle semble manquer de confiance en elle, et se mettre des barrières en s'en remettant à la volonté des autres pour prendre les décisions, elle a du mal à s'affirmer. Ce dessin me fait m'interroger quant à son investissement de l'espace, sa capacité à prendre sa place. On voit qu'elle situe bien les parties du corps les unes par rapport aux autres. En revanche, le peu de détails apportés au dessin peut laisser penser qu'il y a peu d'élaboration quant à la représentation du corps. Il aurait été intéressant de voir sa réalisation de cette tâche sans la pression de l'observateur, en la laissant seule ; seulement ses troubles cognitifs ne l'auraient pas permis.

c. Projet thérapeutique

Les axes thérapeutiques que je tire de ces observations sont les suivants :

- renforcer la confiance en elle,
- stimuler la prise d'initiative et la capacité de décision,
- stimuler ses capacités cognitives,
- stimuler ses compétences motrices, pour qu'elles ne soient pas désinvesties du fait du trouble moteur qui limite ses membres inférieurs.

Pour Mme M., un axe de stimulation relationnelle semble intéressant pour préserver ses aptitudes en matière de langage et de communication. D'autre part l'exploration des possibilités d'expression et de mouvements adaptées à ses capacités corporelles me paraît important à soutenir. Enfin, l'affirmation de soi, notamment par la prise de décision et la possibilité d'être actrice de ses choix, devra être favorisée par la prise en charge en psychomotricité. Le groupe de danse lui permettra d'une part de sortir de l'unité protégée, et de rencontrer des personnes nouvelles, et d'autre part l'expérimentation et l'imagination de mouvements lui permettront d'avoir plus conscience de ses possibilités gestuelles, et de mettre au travail sa capacité de prise de décision.

d. Son évolution au sein de l'atelier

Mme M. fait partie des piliers du temps de discussion, en effet ses capacités de raisonnement lui permettent d'enrichir l'échange. Elle participe régulièrement, mais de manière générale, elle s'arrange pour que ce soit la personne à côté d'elle qui soit son porte-parole, ou alors que sa parole soit interceptée par hasard. Lorsque l'attention du groupe est sur elle, elle parle avec une faible intensité vocale et a du mal à assumer ses idées. Elle a des capacités d'écoute et d'attention importantes. Dans ses prises de paroles, elle parle peu d'elle-même, en général elle parle de choses extérieures sans s'impliquer elle-même. Ceci peut être un signe de pudeur, ou alors encore un signe de difficulté d'affirmation de soi.

Dans le temps de danse, bien qu'elle soit en difficulté pour tout ce qui fait intervenir les membres inférieurs, elle fait de son mieux et prend plaisir à participer. Elle a des difficultés pour suivre en imitation les mouvements proposés, mais ne se décourage pas. Pour les propositions dans lesquelles il faut créer son propre mouvement, elle a tendance à s'inspirer du mouvement de la personne précédente, en le modifiant légèrement ; c'est le signe que jusqu'ici sa capacité à exprimer quelque chose qui vient d'elle reste difficile. Dans une proposition qui la mettait en position de « chef d'orchestre » (modèle à suivre), elle a pu libérer un peu sa créativité grâce au temps qui lui était imposé, et proposer des mouvements originaux, qui allaient dans différents plans et niveaux de l'espace (vers le bas, vers l'arrière).

Enfin, dans le groupe, elle semble être à l'aise, mais elle va plus facilement être en interaction avec les « encadrants » qu'avec les autres participantes, si ce n'est avec Mme R. avec laquelle elle commence à tisser des liens.

PARTIE THÉORIQUE

1) Représentation du corps

Le concept de représentation du corps ou représentation corporelle regroupe ce qui a trait au schéma corporel et à l'image du corps. Ces notions sont liées l'une à l'autre aussi bien dans leurs constructions respectives que dans leurs implications au quotidien. Cette partie traitera donc de ces deux concepts, en en présentant leur définition et leur rôle dans le fonctionnement psychomoteur.

A) Schéma corporel

a. Définitions

Afin de définir le concept de schéma corporel, les conceptions théoriques de différents auteurs seront exposées.

Julian DE AJURIAGUERRA, neurologue et psychiatre s'étant consacré à comprendre le développement des fonctions mentales, perceptives et motrices chez l'humain, a proposé une définition du schéma corporel. La voici : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »¹³.

On en comprend, que cette fonction se construit à partir de perceptions extéro- comme intéroceptives, et qu'elle se réactualise au fur et à mesure de la réception de ces informations. Celles-ci donnent lieu à des sensations de contenance, de déplacement, de localisation. Le schéma corporel serait à la fois la fonction, le processus permettant de créer à partir des données perçues à chaque instant une représentation fidèle du corps, et à la fois il est le terme désignant cette représentation.

¹³ DE AJURIAGUERRA, 1970

Le schéma corporel sert de référentiel spatial aux actions et aux perceptions. En effet, il définit le cadre spatial dans lequel peuvent être mises en œuvre les actions, et ainsi définit les possibilités de mouvement qui s'offrent à un individu. En même temps, il permet la compréhension et la structuration de l'espace comme lieu de déploiement des actions. De plus, les informations sensorielles perçues s'y inscrivent, ce qui permet d'en localiser la source, d'y donner une signification.

Jean LE BOULCH, qui était professeur d'éducation physique, médecin et fondateur de l'éducation psychocinétique¹⁴, donne en 1971 dans son livre, une définition du schéma corporel en tant qu'« intuition d'ensemble ou [...] connaissance immédiate que nous avons de notre corps à l'état statique ou en mouvement, dans le rapport de ses différentes parties entre elles et surtout dans ses rapports avec l'espace et les objets qui nous environnent »¹⁵. Dans cette définition, qui parle également de la réactualisation en chaque instant du schéma corporel, l'on apprend que cette fonction si elle a besoin de s'inscrire dans l'espace, nécessite également d'avoir une connaissance des rapports topographiques et fonctionnels des différents segments qui composent le corps. Cette connaissance permet de pouvoir imaginer la façon dont les parties du corps s'articulent entre elles, et ainsi être en capacité de percevoir l'étendue des possibilités de mouvement et de pouvoir les organiser, les coordonner.

Le psychiatre Paul SCHILDER, nous permet grâce à sa conception de l'image du corps, de faire le pont entre les deux concepts. Il définit l'image du corps par « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »¹⁶, il explique qu'un ensemble de sensations, de perceptions nous parviennent et nous permettent d'éprouver une unité du corps. Il ajoute que « cette unité est perçue, mais [qu']elle est plus qu'une perception, [...] elle est un schéma de notre corps, ou schéma corporel, [ou encore, comme l'appelle Head], un modèle

¹⁴ Éducation psychocinétique : Elle vise la conduite motrice d'adaptation au milieu physique et social et tend à la rendre le plus consciente et le mieux contrôlée chez un individu engagé totalement dans chacun de ses actes moteurs.

¹⁵ LE BOULCH (1971)

¹⁶ SCHILDER (1968), p.35

postural du corps »¹⁷. C'est « l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même »¹⁸; elle est vivante, c'est à dire soumise à un « processus continu de différenciation et d'intégration »¹⁹. Le schéma corporel en plus d'être le ressenti du corps comme unité, est aussi une représentation psychique du corps en trois dimensions (longueur, largeur, profondeur) et cette représentation est remaniée en même temps que l'individu évolue dans son environnement.

P. SCHILDER dit que « tout désir et toute tendance libidinale changent immédiatement la structure de l'image du corps et c'est précisément par ce changement que désirs et tendances libidinales prennent leur signification réelle »²⁰. Ici, il définit l'image du corps, qui serait l'investissement libidinal du schéma corporel en tant que modèle tridimensionnel du corps.

b. Le schéma corporel, une construction en relation

Il existe un lien entre intégration du schéma corporel, et capacité de structuration spatiale. Lorsqu'un individu est conscient de sa capacité d'action dans l'espace, ce dernier prend du sens, il est intégré psychiquement. Or, c'est la conscience qu'un individu a de son corps, et de ses possibilités de mouvements, qui lui permet d'agir dans et sur son environnement.²¹

Il faut également mentionner l'importance de l'environnement sur l'intégration du schéma corporel. L'action extérieure sur le corps d'une personne, va permettre de renseigner son schéma corporel, permettant ainsi son intégration progressive. D'autre part, les sensations internes ont aussi leur rôle, elles apportent notamment la sensation de profondeur à l'image tridimensionnelle. Et à partir de ces données intégrées au schéma corporel, la personne agit sur son espace de façon active, et continuant par son action propre à renseigner son schéma corporel, qui s'enrichit au fur et à mesure des

¹⁷ Idem

¹⁸ Idem

¹⁹ Ibid, p.40

²⁰ Ibid, p.218

²¹ MORIN (2013), p.24

expérimentations.

La représentation que l'on se fait de son propre corps est liée à la perception que l'on a du corps des autres, notamment en mouvement. L'imitation a son rôle à jouer dans le processus d'intégration du schéma corporel : voir quelqu'un réaliser un geste, une praxie, un ensemble de mouvements, etc ... permet de comprendre que puisque la structure corporelle est la même, ce même geste est réalisable. L'expérience de la reproduction de ce geste enrichit notre schéma corporel.²²

L'intégration du schéma corporel se fait donc en relation avec l'environnement interne et externe (physique et humain).

B) Image du corps

a. Définitions historiques

Le terme d' « image du corps » est proposé par P. SCHILDER en 1968; dans la partie précédente nous avons entrevu ce que ce terme impliquait pour lui. D'autres psychanalystes ont défini ce concept, Jacques LACAN en parlait en terme d' « image spéculaire » et Françoise DOLTO en terme d' « image inconsciente du corps ».

Spéculaire est un adjectif et un nom féminin dérivant du mot latin *speculum* signifiant « miroir ». Il désigne quelque chose de « relatif au miroir, produit par un miroir »²³. J. LACAN a élaboré une théorie autour du stade du miroir*, stade durant lequel le jeune enfant prend conscience que l'image qu'il voit se refléter dans le miroir est son image. Cette prise de conscience du jeune enfant est considéré par J. LACAN comme la prise de conscience de son existence en tant qu'individu, en tant que sujet. On comprend donc, que l'image spéculaire représente non seulement une image réelle du corps, mais surtout une image dans laquelle la subjectivité* d'une personne prend son sens.

²² Ibid, p.27

²³ Le Petit Robert (1992)

Elle est « un dehors constitutif d'un dedans »²⁴.

Le concept d'image inconsciente du corps, avancé par F. DOLTO, repose sur une construction à partir du vécu relationnel, qui s'actualise sur le corps de façon dynamique suivant les investissements libidinaux du sujet dans ses expériences individuelle ou en relation. F. DOLTO en fait la définition suivante : « L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimiques et gestes »²⁵.

b. Image composite du corps

Pour Eric PIREYRE, psychomotricien, « l'image du corps se développe par étapes chronologiques, elle se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés, elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses, elle est investie par la libido qui laisse des traces partout où elle est passée et où elle peut se trouver encore »²⁶. Cette conception permet d'approcher l'image du corps en psychomotricité à partir d'éléments concrets. L'image composite du corps comprend neuf composantes.

Le *sentiment de continuité d'existence*²⁷ consiste en la conviction en tout instant que la vie se prolongera dans l'instant suivant. Il apporte une sécurité interne à partir de laquelle s'élabore la subjectivité.

L'*identité* traduit l'inscription d'un individu dans une temporalité : au présent (l'ici et le maintenant) s'ajoutent la mémoire du passé et l'anticipation du futur. L'élaboration de l'identité passe par le processus d'individuation*. Ce dernier se déploie à partir de la continuité d'existence en s'étayant sur la conscience du corps. D'une part, la sensorialité permet une actualisation de la

²⁴ JULIEN (1990)

²⁵ DOLTO (1984), p.23

²⁶ PIREYRE (2011), p.47

²⁷ WINNICOTT (1969)

limite entre milieu interne et milieu externe, et donc la distinction entre soi et non-soi : E. PIREYRE dit que « la sensorialité détermine les contours de la personne »²⁸. D'autre part, le dialogue tonique* amène également cette distinction. Enfin, l'acquisition de la préhension et de la locomotion, importe pour la construction de l'individualité en tant qu'elles signent une possibilité d'autonomisation.

L'*identité sexuée* que l'on peut voir comme l'identité de genre d'une personne, se fonde sur des sensations corporelles, l'assignation consciente et inconsciente et des croyances subjectives et sociales.

Ces trois composantes participent à la mise en place et l'appropriation de l'image de soi et apparaissent successivement au cours de développement.

La *peau* fait également partie de l'image du corps, en tant que peau physique, nous délimitant corporellement, nous donnant notre apparence, et nous différenciant de l'environnement ; ainsi qu'en tant que peau psychique. Didier ANZIEU, par le *Moi-peau* « désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert [...] pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »²⁹. Enfin, la peau comme lieu d'investissements libidinaux, influe sur la perception et la représentation corporelle.

L'*intérieur du corps* joue sur les postures, formes corporelles. Sa compréhension influe sur nos représentations. L'intérieur du corps, composé de différents systèmes permet le fonctionnement de la vie humaine. Le système osseux permet la verticalisation, et donne de la solidité, une architecture au corps. Le système musculaire a trait au tonus et à la consistance. Le système respiratoire aère la structure « rigide », lui apporte du mouvement. Le système digestif participe à la compréhension d'intérieur et d'extérieur du corps.

Le *tonus* participe au contrôle de la posture et de l'équilibre. Il existe un

²⁸ PIREYRE (2011), p.63

²⁹ ANZIEU (1995), p.64

lien entre tonus, émotions et environnement humain qui se repère dans le dialogue tonique, « chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature ; la variation gagnant d'un muscle à l'autre, il en résulte que, pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus le caractérise »³⁰.

La *sensibilité somato-viscérale* comme les canaux sensoriels privilégiés varie d'une personne à une autre. La perception correspond au traitement affectif et/ou cognitif de l'information sensorielle. Les perceptions sont elles aussi variables donnant lieu à une perception et une représentation du corps propre à chacun.

Les *communications corporelles** est un terme proposé par Christian BALLOUARD³¹. Entre autre, le dialogue tonique intervient en tant que canal de communication. Les émotions peuvent être lisibles également corporellement, Antonio DAMASIO à ce sujet dit que « les émotions se manifestent sur le théâtre du corps »³². Cette composante renvoie au fait que l'image du corps se construit en relation et au fait qu'elle a une valeur expressive.

Les *angoisses archaïques**, si elles sont le plus souvent inconscientes, sont également résurgentes dans la vie. Elles interviennent dans l'image du corps à différents degrés selon la façon dont elles ont été surmontées au cours du développement.

2) Vieillesse et situation de dépendance

Dans cette partie, nous verrons en quoi la représentation corporelle des personnes âgées peut être soumise au processus de vieillissement et à la perte d'autonomie.

³⁰ DE AJURIAGUERRA (1974)

³¹ BALLOUARD (2006), pp. 56-57

³² DAMASIO (2005), p.34

A) Caractéristiques du vieillissement

Dans leur ouvrage, Eric AUBERT et Jean-Michel ALBARET exposent les caractéristiques physiologiques du vieillissement perceptif et psychomoteur.³³

Avec l'avancée en âge, les organes sensoriels se détériorent, et le traitement des informations sensorielles se fait plus lentement et avec moins d'efficacité. Cela concerne les organes de la vue, de l'audition, de l'olfaction et la gustation, du tact, de la proprioception, et du vestibulaire. La perception s'en trouve modifiée, ce qui a pour conséquence de changer les interactions d'une personne âgée avec son environnement physique et relationnel, et peut causer une diminution de son autonomie.

Le vieillissement entraîne une réduction de la force, de l'endurance, de la souplesse, ainsi que de la vitesse et de l'amplitude des mouvements. Les capacités de traitement de l'information, comme l'attention et la programmation motrice sont également moins efficaces. Et le sujet voit ses capacités d'équilibre diminuer, lui causant un manque de stabilité posturale.

Les coordinations dynamiques générales nécessitent alors plus d'attention et d'effort pour être réalisées, puisqu'elles font intervenir à la fois les fonctions motrices et exécutives mentionnées précédemment. La personne âgée peut chercher à les éviter en limitant ses déplacements, ce qui va progressivement entraîner une perte d'amplitude articulaire et de masse musculaire.

Les fonctions visuospatiales sont impactées aussi, avec pour conséquences une chute des performances en termes de latéralité et de réversibilité, mais aussi en termes de programmation gestuelle (cohérence et adaptation du plan moteur avec les éléments spatiaux du corps et de l'environnement).

B) Situation de dépendance en EHPAD

La situation de dépendance dont il est question dans cette partie, fait

³³ AUBERT et ALBARET (2001), pp. 15-37

référence à la conséquence de modifications qui ne permettent plus à la personne âgée d'être autonome³⁴ dans les tâches de la vie quotidienne. La personne passe (progressivement ou brutalement) du statut de personne autonome à personne dépendante, ce qui peut aboutir à son entrée dans un EHPAD.

Les modifications peuvent être d'ordre physique, lorsque l'intégrité et le fonctionnement du corps sont altérés. Et/ou d'ordre cognitif, lorsque les facultés mentales sont dégradées. Les capacités à réaliser les actes, ou à prendre les décisions nécessaires à l'organisation du quotidien sont alors insuffisantes pour vivre sans aides extérieures.

Dans un EHPAD, les personnes peuvent être accompagnées selon leur niveau de dépendance, pour les soins d'hygiène, l'habillement, l'alimentation, les transferts et les déplacements, ainsi que pour la prise de leurs traitements. Et de manière générale, le fonctionnement de l'EHPAD prévoit un service de restauration, un service de lingerie et un service de ménage. De ce fait, toutes les tâches ménagères sont prises en charge par le personnel, ne laissant pas aux résidents qui le souhaiteraient, la possibilité d'y participer.

C) Quels effets sur le schéma corporel et l'image du corps ?

Dans cette partie, il sera question de la façon dont le vieillissement et la situation de dépendance impactent les personnes âgées quant à leurs représentations corporelles.

« Le déclin progressif des structures et des fonctions perceptives peut jouer un rôle dans la détérioration des fonctions motrices et psychomotrices. Ainsi les difficultés d'équilibre et de contrôle postural peuvent être liées à une mauvaise réorganisation des informations visuelles, proprioceptives et vestibulaires »³⁵. Il est question ici, de l'effet du vieillissement, sur le schéma corporel d'une personne âgée, et son retentissement dans la vie quotidienne.

³⁴ Autonomie : droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet.

³⁵ WOOLLACOTT et SCHUMWAY-COOK (1989), p.15

Dans l'ouvrage de Jean-Charles JUHEL, il est d'ailleurs dit que « pour une bonne coordination, il faut avoir une représentation mentale du mouvement, une bonne représentation de son schéma corporel, être capable de s'ajuster dans le temps et avoir une bonne perception visuelle »³⁶. On comprend donc que le vieillissement, avec le ralentissement moteur et la détérioration perceptive qu'il suppose, associé à ses effets sur la réactualisation du schéma corporel, sont responsables des difficultés en matière de coordinations.

L'image du corps, au sens de l'aspect extérieur du terme, est impactée par l'avancée en âge, en effet, les changements corporels, s'ils sont nombreux tout au long de la vie, sont particulièrement redoutés lorsqu'ils signent le passage de l'âge adulte à la vieillesse.

D'autre part, la situation de dépendance lorsqu'elle implique des soins comme la toilette, ou l'aide au repas, à l'habillage influe sur le rapport au corps. En effet, ce type de soin suppose une interaction dans l'espace intime de la personne. La personne âgée peut être amenée « à subir des situations où le respect de son individualité est menacé, cumulant la difficulté d'être soi à celle d'être exposée »³⁷. Pour préserver la subjectivité de la personne, et ne pas la transformer en « objet de soins », il convient de la faire participer autant que possible à ses soins, de lui laisser son rôle d'acteur dans la relation.

Quant aux capacités de déplacement, de locomotion, il n'est pas rare qu'elles soient soutenues par des aides techniques (cannes, déambulateurs, fauteuils roulants). Ces outils permettant de continuer à se déplacer malgré les difficultés motrices, sont intégrés au fur et à mesure de leurs utilisations au schéma corporel de la personne, et en tant qu'extension du corps, ils peuvent être investis au sein de l'image du corps.

Au niveau social, le sujet passe d'un statut d'acteur, participant au fonctionnement sociétal, au statut de personne âgée, voire dans le cas des EHPADs, de personne âgée dépendante. Or la situation de dépendance quelle

³⁶ JUHEL (2010), p.25

³⁷ PERSONNE (2011), p.39

qu'en soit la cause, est crainte et dévalorisée. Ainsi quand une personne voit son corps vieillir, ses capacités physiques et cognitives diminuer et son autonomie limiter, son estime d'elle-même peut être impactée et avec elle l'image qu'elle a de son corps. André LEDOUX dit à ce sujet, « une piètre estime de soi amène un repli sur soi-même et peut conduire à des difficultés dans la vie quotidienne. Or, avec l'âge, ces deux composantes, l'identité, l'image de soi et l'estime de soi, risquent beaucoup d'être ravagées. Devant une apparence physique touchée par l'érosion des années, l'image de soi se transforme nécessairement et l'atteinte plus ou moins grave des fonctions cognitives ou les pertes de statut ou de rôles peuvent miner l'estime de soi »³⁸.

Après avoir étudié les enjeux du vieillissement et de la dépendance quant à la représentation corporelle des personnes âgées, nous présenterons dans la partie suivante, la maladie d'Alzheimer, ses implications sur le fonctionnement de la personne et notamment sur le schéma corporel et l'image du corps.

3) Maladie d'Alzheimer

A) Définition, Étiologie

La maladie d'Alzheimer, est une pathologie neurodégénérative progressive incurable à ce jour, qui affecte progressivement les fonctions cognitives et l'autonomie.

La cause de la maladie est indéterminée, mais les chercheurs soulignent que ce serait une pathologie résultant de plusieurs facteurs de risque (l'âge, le sexe, génétique, diabète de type 2, trisomie 21, traumatismes crâniens, niveau socioculturel et scolaire bas, etc.).³⁹

En 2014, 44 millions de personnes dans le monde étaient touchées par la maladie d'Alzheimer, ou par un trouble apparenté. Et en France, 880 000 personnes vivaient avec la maladie d'Alzheimer, 5 % d'entre elles avaient plus de 65 ans, et 15 % avaient plus de 85 ans. Il est estimé qu'en 2030, il y aurait deux

³⁸ LEDOUX (2006)

³⁹ JUHEL (2010), pp.95-97

fois plus de personnes atteintes.⁴⁰ Ainsi la prise en charge, des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer est un enjeu de santé publique.

B) Sémiologie générale et psychomotrice

La maladie d'Alzheimer se manifeste par des lésions dans certaines zones cérébrales, dans lesquelles les neurones dégénèrent et meurent. J-C. JUHEL⁴¹ expose les différentes atteintes cérébrales et les conséquences du dysfonctionnement des zones lésées.

La destruction des neurones du système limbique, en particulier ceux de l'hippocampe, responsable de la mémoire verbale et visuelle, signe le commencement de la maladie. Le dysfonctionnement du système limbique est responsable du développement d'un sentiment de méfiance, d'une dérégulation émotionnelle (irritabilité, anxiété, et état dépressif), de difficultés de reconnaissance (visages, objets, et endroits connus), des troubles de la mémorisation et de l'apprentissage, et enfin, elle force la personne atteinte à, petit à petit, ne vivre que dans le moment présent (modification de la temporalité du sujet). On constate l'association d'une amnésie antérograde* et rétrograde*.

Lorsque le lobe temporal est affecté, la personne va présenter des difficultés pour se remémorer où sont les choses, des troubles de mémoire à court terme, et elle va perdre ses aptitudes lexicales.

Lorsque le fonctionnement du lobe pariétal est altéré par la maladie, la personne se trompe dans ses choix de mots, présente des difficultés de compréhension, remplace dans son discours les détails par des généralités, présente des difficultés d'orientation et de repérage dans l'espace, a des difficultés graphiques, perd de son sens pratique pour la résolution des problèmes simples du quotidien.

⁴⁰ BASTIEN ET MICHEL (2014), p. 191

⁴¹ JUHEL (2010), pp.97-101

Le dysfonctionnement du lobe frontal engendre la répétition de gestes, de façon incontrôlable, des difficultés à s'adapter aux variations de l'environnement, un repli sur soi associé à une perte d'envie et de plaisir (apathie, indifférence).

Le dysfonctionnement du lobe occipital génère des difficultés d'évaluation des notions de distance et de profondeur ; des difficultés dans la représentation de son schéma corporel et à comprendre la gestualité de l'autre.

La maladie d'Alzheimer n'affecte pas toutes les personnes atteintes de la même façon, les symptômes ne se déclarent pas toujours à la même vitesse. On peut néanmoins repérer des éléments communs. Ces derniers sont décrits par J-C. JUHEL⁴² de la manière suivante :

-Fonctions cognitives : il y a une incidence sur la capacité à comprendre, penser, se souvenir et communiquer. En revanche, le décodage de la communication non-verbale persiste longtemps après l'apparition des premiers symptômes. L'organisation spatio-temporelle est rapidement altérée, donnant lieu à ce qu'on appelle la désorientation spatio-temporelle, cause d'anxiété pour la personne qui ne se repère plus. La capacité à prendre des décisions est limitée.

-Affectivité : les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer sont souvent d'apparence apathique, elles perdent l'intérêt pour les choses qu'elles aimaient. Il peut être constaté une labilité de l'humeur et des émotions. La dépression est courante, surtout dans la phase de prise de conscience de la dégradation cognitive. -Sommeil : la désorientation spatio-temporelle a pour conséquence de perturber les notions de jour et de nuit associées au cycle veille-sommeil.

-Habiletés physiques : la maladie d'Alzheimer entraîne un déclin physique graduel, altérant l'autonomie. Les coordinations, la motricité fine et la mobilité de la personne sont impactées. Les actions volontaires automatisées ou

⁴² JUHEL (2010), pp. 101-103

spontanés sont atteintes également. Il peut être observées des difficultés de planification ou programmation gestuelle, et des difficultés d'exécution par la commande neuromotrice, qui sont difficiles à distinguer.

C) Quels liens avec le schéma corporel et l'image du corps ?

« Dans la maladie d'Alzheimer, les atteintes de la représentation de soi sont un des éléments prépondérants, du fait de l'évolution des fonctions cognitives, mnésiques, mais aussi de ses effets sur la motricité »⁴³. À partir des éléments de sémiologie vus dans la partie précédente, nous chercherons à expliquer les implications de la maladie d'Alzheimer concernant la représentation corporelle de la personne atteinte.

La construction des repères spatiaux, comme il a été dit précédemment, sont liés à l'intégration du schéma corporel. La désorientation spatio-temporelle est donc à mettre en lien notamment avec une altération du schéma corporel.

De plus, l'individu en perte d'autonomie du fait du caractère neurodégénératif de la maladie, produit de moins en moins de mouvements. Il expérimente moins de sensations du corps, diminuant la quantité des stimulations de son schéma corporel.

La dégradation du schéma corporel chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, a des répercussions sur la perception et l'orientation, sur l'organisation des gestes dans l'espace, sur l'efficacité motrice, sur le plan relationnel et sur les soins d'hygiène personnelle.⁴⁴

Du fait de son appartenance à la catégorie des démences, la maladie d'Alzheimer « appelle des métaphores de folie et de dégénérescence, [...] l'enracinement culturel de cette vision négative peut induire à différents degrés un processus de dévalorisation, menant au rejet social »⁴⁵. Les personnes atteintes, elles-mêmes, peuvent dire « se sentir inutiles, stupides,

⁴³ BASTIEN ET MICHEL (2014), p.109

⁴⁴ JUHEL (2010), p.21

⁴⁵ MICHEL ET BASTIEN (2014), pp.191-192

embarrassantes »⁴⁶. En effet, dans notre société pour laquelle la cognition a une valeur centrale, « « perdre la tête » apparaît comme l'atteinte par excellence de notre humanité »⁴⁷. Ainsi l'image de soi des personnes démentes se trouve dévalorisée du fait des représentations qui lui sont renvoyées de sa maladie.

D'autre part, nous avons vu précédemment que l'une des composantes de l'image du corps, l'identité, se construit notamment par l'inscription de la personne dans une temporalité. Or l'altération de la mémoire efface peu à peu les souvenirs ayant façonné cette identité, amenant la personne à vivre dans l'instant, sans repères temporels. L'investissement de la personne dans ses relations, dans son environnement s'en trouve modifié. En effet, les interlocuteurs connus sont associés à une impression d'être familier à la personne malade, mais celle-ci ressent aussi une impression de flou, d'incompréhension quant à cette familiarité. Il y a un besoin d'adaptation de l'interlocuteur à cette réalité pour que l'échange se passe au mieux. Il doit y avoir une adaptation aux modalités relationnelles de la personne malade pour qu'elle puisse être placée en position de créer quelque chose au sein de cette relation, d'en être actrice.

L'apathie, l'amimie, la dépression, l'anxiété, ont un effet sur l'engagement corporel, sur la façon dont on se présente à autrui, et sur le regard que l'autre pose sur soi. Les communications corporelles s'en voient modifiées.

Enfin, l'image du corps des personnes démentes, avec l'évolution des troubles mnésiques, ne correspond plus à l'image actuelle de leur corps. Elles peuvent alors expérimenter des moments d'étrangeté, où les sentiments d'identité et de cohérence interne sont altérés.⁴⁸ Ces expériences sont dues à l'« impossibilité [pour la personne] d'établir un lien entre les sensations qu'elle ressent et l'image qu'elle a de son corps »⁴⁹. Elle éprouve donc une « difficulté à

⁴⁶ Ibid, p.193

⁴⁷ RIGAUX (2012), p.761

⁴⁸ BASTIEN ET MICHEL (2014), p.109

⁴⁹ JUHEL (2010), p.21

avoir une représentation mentale de l'image de son corps »⁵⁰.

Ainsi la représentation corporelle des personnes âgées se trouve altérée par le processus de vieillissement, la situation de dépendance et également par la maladie d'Alzheimer. J. LE BOULCH explique que l'approche psychomotrice auprès de personnes âgées, par un travail de conscience corporelle a pour objectifs le renforcement et la réappropriation du schéma corporel et la valorisation de l'image du corps. Ceci pour leur permettre d'organiser leurs mouvements dans l'espace, d'enrichir et de reprendre confiance en leurs capacités motrices et leur équilibre.⁵¹ Nous verrons dans la partie suivante en quoi une pratique corporelle telle que la danse, peut permettre d'avoir une action sur l'altération de la représentation corporelle.

4) Atelier de danse comme pratique psychocorporelle

A) Qu'est-ce qu'une pratique psychocorporelle ?

Une pratique psychocorporelle est une approche partant du corps, ou se servant du corps comme médiation, ayant pour objectif de maintenir ou d'amener l'individu à un état de bien-être, d'équilibre. Le corps est alors appréhendé selon une « vision uniciste corps-esprit, [il] n'est pas seulement physique et fonctionnel, il est aussi lieu d'affects, de représentations, d'émotions et outil de relation »⁵².

L'approche psychocorporelle permet un « travail sur la relation du sujet au monde [en] plaçant le corps, la sensorialité, au centre de l'émotionnel, du mental, de l'intellectuel »⁵³. Il suppose un travail de prise de conscience et de mise en relation des sensations, des émotions, des pensées nous traversant au cours de l'expérimentation, dans l'ici et le maintenant en relation avec ce et

⁵⁰ Ibid, p.21

⁵¹ LE BOULCH (1971), p.22

⁵² CELESTIN-LHOPITEAU et WANQUET-THIBAUT (2018), p.10

⁵³ Ibid. p.11

ceux qui nous entourent.

B) La danse comme pratique psychocorporelle.

La danse se définit comme une « suite expressive de mouvements du corps exécutés selon un rythme, le plus souvent au son de musique et suivant un art, une technique ou un code social plus ou moins explicite »⁵⁴. C'est une pratique qui « facilite le partage, la communication, la convivialité »⁵⁵.

Paul VALERY explique sa conception de la danse comme un art se déduisant de la gestualité usuelle par son rapport particulier au temps et à l'espace : « la danse [...] n'est que l'action de l'ensemble du corps humain [...] transposée dans un monde, dans une sorte d'espace-temps, qui n'est plus tout à fait le même que celui de la vie pratique »⁵⁶.

Ainsi, la danse partant du corps et de sa dynamique met en forme l'espace et le temps dans lesquels les mouvements dansés se déploient avec une valeur d'expression, de représentation. Ces caractéristiques peuvent faire d'elle une pratique psychocorporelle. En tant que telle, la danse permet de travailler à la fois sur les aspects kinesthésiques (poids du corps, chute, envol, etc.), spatio-temporels, relationnels, sensoriels (regard, écoute, toucher) et symboliques.⁵⁷

Benoît LESAGE distingue la danse-thérapie de l'expressivité corporelle par le fait qu'en danse-thérapie on cherche à susciter un état corporel pour faire émerger des émotions, des images, des représentations ; en expressivité du corps, on cherche à permettre l'expression d'éprouvés nécessitant d'être représentés.⁵⁸

⁵⁴ Le Petit Robert (1992)

⁵⁵ CELESTIN-LHOPITEAU et WANQUET-THIBAUT (2018), p.201

⁵⁶ VALERY (2015), p. 10-11

⁵⁷ CELESTIN-LHOPITEAU et WANQUET-THIBAUT (2018), p.202

⁵⁸ LESAGE (2014), p.67 et p.89

C) Pourquoi danser / faire danser dans un EHPAD ?

L'EHPAD est une institution de vie et de soins, adaptée à l'accueil de personnes âgées dépendantes. Le fait d'amener la danse aux résidents au sein de l'institution permet de leur offrir un accès à une activité culturelle portant vers l'imaginaire, de partager avec les soignants des moments conviviaux et de rendre ainsi le quotidien plus agréable. Elle favorise aussi la socialisation entre résidents amenant à la rencontre des identités de chacun, et permettant une confrontation à l'altérité.⁵⁹

De plus, la pratique de la danse implique des stimulations sensorimotrices, participant au maintien de la perception du corps, de l'équilibre, de la souplesse et des capacités de déplacements, des repères spatio-temporels, autant d'enjeux pour une adaptation au processus de vieillissement.

Du point de vue des fonctions cognitives, la danse peut stimuler l'attention, la mémoire et la créativité. La créativité est la capacité à réaliser quelque chose de nouveau, d'inédit. L'inhibition est la fonction qui permet la mise en réserve des potentialités. Elle peut être le résultat de l'évitement répété de certaines activités (rendues compliquées par les difficultés cognitives), notamment dans le cadre de maladies neurodégénératives telle que la maladie d'Alzheimer. La créativité peut être inhibée, empêchant l'imaginaire de fonctionner. C'est en levant cette inhibition que la créativité peut s'exprimer et se développer, ouvrant des perspectives nouvelles dans l'expressivité.⁶⁰ Michel PERSONNE dit à sujet : « les capacités créatives [...] sont source d'étonnement, un mouvement quasi anodin devenant une véritable chorégraphie »⁶¹.

Ainsi, la danse favorise le maintien de l'estime de soi en permettant de se sentir acteur dans la relation, de maintenir les compétences motrices et cognitives, et de partager de soi avec le groupe.

⁵⁹ CELESTIN-LHOPITEAU et WANQUET-THIBAUT (2018), pp.202-203

⁶⁰ CELESTIN-LHOPITEAU et WANQUET-THIBAUT (2018), p.228

⁶¹ PERSONNE (2011), p.13

D) Comment travailler l'image du corps et le schéma corporel par une pratique psychocorporelle de la danse ?

B. LESAGE décrit cinq axes de travail à aborder par la danse selon les personnes à qui cette pratique est proposée. Il y a l'objectif d'« édification du corps », avec un travail sur la conscience de la structure du corps et de son rapport au monde, ce qui permet notamment l'intégration ou le renforcement du schéma corporel. Il y a également l'axe de « construction et expressivité du geste », qui amène à une connaissance de la richesse gestuelle offerte par la modulation des caractéristiques et des qualités du mouvement. Cet axe, à mon sens, a un effet sur l'image du corps, en permettant de renforcer une de ses composantes, les communications corporelles, par l'enrichissement de l'expressivité corporelle. B. LESAGE propose également l'axe de « l'étagage psychocorporel », comme travail de mise en lien entre les éprouvés du corps au cours du mouvement (sensations, affects, images) pour accéder à leur symbolisation, leur représentation. Là encore, à mon sens, cet axe a un effet sur l'image du corps, car les éprouvés sont corrélés à l'investissement, les représentations des différentes parties du corps. Ensuite, il y a un axe relationnel, et un axe poïétique.⁶²

E. PIREYRE considère le travail de l'image du corps en psychomotricité comme « la prise de conscience du corps, [qui] mobilise le patient aux niveaux sensoriel, émotionnel, affectif et relationnel, conscient et inconscient. [Qui] facilite l'identification des perceptions, l'émergence et la reconnaissance d'émotions et de représentations. [Et] propose la mise en mots des vécus corporels [permettant de] relier ces vécus à d'autres pans de la vie du patient. Elle accompagne la mise ou remise en route de capacités d'introspection. Elle encourage la subjectivité. »⁶³ Cette conception est en accord avec la façon dont B. LESAGE propose ses axes de travail. Il semble donc cohérent de passer par la pratique psychocorporelle de la danse pour amener un travail de l'image du corps.

⁶² LESAGE (2014), pp.141-152

⁶³ PIREYRE (2015) pp.19-20

E) Lecture psychodynamique du mouvement de Laban.

« Chaque posture, chaque geste, est une façon d'être, de recevoir, de se présenter. Le corps, dont la création est aussi celle du sujet, n'est pas un instrument de l'être, un objet qu'il manierait, mais son écrin, sa présentation »⁶⁴. La création en danse -et en général dans l'expressivité corporelle- est une présentation de soi par le corps. De ce fait, il semble intéressant de disposer d'un outil pour pouvoir lire quelque chose de l'image du corps d'une personne, à travers la dynamique des mouvements qu'elle donne à voir.

Rudolf LABAN a proposé une « lecture psychodynamique du mouvement », qui est présenté par B. LESAGE dans son ouvrage⁶⁵. Il qualifie le mouvement à l'aide des 4 facteurs de l'effort (renvoyant à la motivation d'une action) : le flux, le poids, l'espace et le temps.

Commençons par définir le flux en tant que facteur de l'effort. Il qualifie la façon dont s'écoule le mouvement dans le corps, et dépend des qualités de concentration musculaire. On peut utiliser la métaphore de l'écoulement de l'eau pour expliquer les deux modalités de flux : le flux condensé serait l'eau d'une rivière qui se densifie avant un barrage, alors que le flux libre serait l'eau qui jaillit après que le barrage soit levé.⁶⁶ Pour faire le lien avec l'aspect émotionnel que peut impliquer la modalité du flux, on peut dire que « la tristesse et la pudeur se vivent à travers un flux généralement retenu, qui s'accroît dans la dépression »⁶⁷. Or cette dernière est une pathologie que l'on retrouve fréquemment chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il paraît intéressant de leur permettre d'accéder à du flux libre pour pouvoir « assumer une diversité de situations quotidiennes, émotionnelles et relationnelles »⁶⁸. En effet, l'accès aux deux modalités de chacun des facteurs

⁶⁴ LESAGE (2014), p.67

⁶⁵ LESAGE (2014), pp 66-91

⁶⁶ Ibid. pp.72-73

⁶⁷ Ibid. p.72

⁶⁸ Ibid. p.72

est nécessaire pour adapter son mouvement aux situations rencontrées.

Le facteur du poids qualifie l'intention associée à un geste. Il est témoin dans le mouvement du rapport à la pesanteur. Pour être dans le poids fort, l'intention est donnée en direction du bas, du sol, en s'ancrant dans ses appuis. Et pour être dans le poids léger, l'intention est portée vers le haut, vers le ciel, avec des appuis peu marqués mais pourtant solides. P. VALÉRY évoquait ce rapport du poids entre la pesanteur et le sol : « Il semble bien [que le corps qui danse] n'ait affaire qu'à soi-même et à un autre objet, un objet capital, duquel il se détache ou se délivre, auquel il revient, mais seulement pour reprendre de quoi le fuir encore »⁶⁹. Ces deux modalités du poids ont des connotations et des retentissements émotionnels différents : la joie, la délivrance ou l'insouciance seront plutôt associées au poids léger, et le désespoir, l'assurance, l'implication seront plutôt associées au poids fort.⁷⁰ Bien que le poids léger soit notamment celui de l'insouciance et de la joie, « accepter de peser, accepter son poids, c'est aussi assumer son existence »⁷¹, il est donc important de ne pas négliger l'expérience du poids fort. Enfin, la dépression est en général associée à un sentiment de lourdeur, d'être écrasé par le poids de la maladie, il peut donc être intéressant pour ses personnes, en danse de refaire l'expérience du poids léger.

Le facteur du temps qualifie la rythmicité du mouvement. Les deux modalités de ce facteur sont le temps soutenu dans lequel le rythme est continu, et le temps soudain dans lequel le rythme est ponctué de suspensions et de reprises. La « différenciation des instants qui distingue des phases [dans le mouvement] est un premier niveau d'organisation temporelle »⁷². Le temps, comme les autres facteurs, a une valeur expressive. Le temps soutenu pouvant être qualifié de doux, coulé, languissant, serein, tranquille, sûr, est plutôt associé au registre émotionnel de la tendresse, du plaisir, ou de la tristesse. Le temps soudain pouvant être qualifié de nerveux, anxieux, précipité, urgent,

⁶⁹ VALÉRY (2015) p.27

⁷⁰ LESAGE (2014) pp.73-79

⁷¹ Ibid. p.73

⁷² Ibid. p.86

excité, est quant à lui associé au registre émotionnel de la joie, de la peur, de la colère, ou de la surprise. De ce fait, ils soutiennent des qualités de relation différentes.⁷³

Le facteur de l'espace qualifie l'attention portée à l'espace dans le mouvement. Il définit la façon d'investir et de se déployer dans l'espace. Les deux modalités d'attention à l'espace sont : directe, dans laquelle elle s'adresse à un point précis définissant la direction du mouvement, et indirecte, dans laquelle l'attention est portée sur des points toujours changeants, caractérisant le mouvement par une direction non lisible. Dans la qualité directe, le sujet propose une présence déterminée, focalisée, alors que dans la qualité indirecte l'attitude du sujet est adaptative, acceptant les modifications de trajectoires, disponible à l'échange.⁷⁴

La notion d'espace avant d'être abordé du point de vue de l'effort, revêt des aspects plus antérieurs qu'il est important d'explorer pour la structuration psychocorporelle. Tout d'abord, ce qui constitue le squelette de l'espace, et donne un repérage spatial, support du geste : les plans et les niveaux de l'espace. B. LESAGE dit qu'« il n'est pas indifférent d'investir un niveau plutôt qu'un autre »⁷⁵. Par exemple, pour les personnes âgées, le niveau bas (aller au sol) est moins accessible, et peut faire peur en raison de son rapport à la chute, à la mort. Le niveau moyen (assis), est le plus utilisé au quotidien. Et le niveau haut (debout) est souhaité, recherché, plaisant car c'est celui de l'autonomie, mais il est rare au quotidien pour la plupart des personnes âgées vivant en EHPAD.

Ensuite, il y a trois plans : sagittal, frontal et horizontal. Il existe 6 directions fondamentales et 3 axes : haut/bas, devant/derrière, droite/gauche. Tous sont connotés du point de vue social, culturel, spirituel. Il n'est donc pas

⁷³ Ibid. pp.86-88

⁷⁴ Ibid. pp.84-85

⁷⁵ Ibid. p.77

anodin de favoriser l'un ou l'autre dans notre expressivité. « Les plans supportent des émotions et des relations spécifiques »⁷⁶, en effet, l'usage d'un plan en particulier influence la dynamique de la relation et les émotions qui y seront associées.

On trouve aussi la notion de kinesphère en tant que « partie de l'espace qui peut être atteinte par les extrémités des membres »⁷⁷. B. LESAGE explique que la kinesphère est « l'espace d'investissement personnel »⁷⁸. On pourrait dire que c'est l'enveloppe externe du corps définie par l'espace potentiel de déploiement du mouvement. Cette enveloppe externe est séparée par la peau de la zone interne du corps. Elle se divise en la kinesphère proche (de proximité immédiate avec la peau), l'espace intermédiaire et enfin au maximum de déploiement, les limites de la kinesphère lointaine. Enfin les kinesphères peuvent être partagées, se rencontrer (kinesphère commune). « La représentation de la kinesphère a quelque chose à voir avec l'image du corps, en tant qu'elle formalise un processus d'investissement »⁷⁹. Selon l'investissement que l'on en fait, la kinesphère peut permettre d'étendre nos mouvements ou y imposer des limites. L'observation du déploiement du mouvement d'un individu permet de questionner les problématiques de place, de limites et d'interactions.

En jouant sur les différentes qualités, caractéristiques du mouvement, « on conduit les partenaires à s'éprouver différemment, à explorer des expressions, sensations, et émotions qu'ils ignorent parfois totalement. »⁸⁰. Par cette conclusion, B. LESAGE explique que l'expérience psychocorporelle est enrichie par cette exploration.

⁷⁶ Ibid. p.81

⁷⁷ LABAN (2003), pp. 67-218

⁷⁸ LESAGE (2014), p.82

⁷⁹ Ibid. p.83

⁸⁰ Ibid. p.88

PARTIE DISCUSSION

1) Enjeux d'un groupe de danse quant à la représentation corporelle pour des personnes âgées, dépendantes, atteintes de la maladie d'Alzheimer.

A) Liens entre observations cliniques et représentations corporelles dans le vieillissement et la maladie d'Alzheimer ?

a. Points de convergence entre les observations concernant les quatre cas cliniques.

Des points de convergence peuvent être repérés dans les observations cliniques concernant les quatre personnes présentées en tant que cas cliniques.

Le schéma corporel reste préservé du point de vue de la localisation et de la dénomination des différentes parties du corps sur soi comme sur autrui. De plus, l'identification à l'espèce humaine que permet le schéma corporel, elle aussi semble préservée, permettant l'accès à l'imitation. En revanche, en ce qui concerne le schéma corporel en tant que cadre spatial de référence, il semble qu'il soit altéré chez ces quatre personnes. En effet, les difficultés d'organisation praxique, en termes de motricité fine et de coordinations dynamiques générales, et les troubles d'orientation spatiale peuvent être mises en lien avec cette altération du schéma corporel. De plus, l'intégration de l'axe corporel faisant partie du schéma corporel, si ce dernier est altéré, l'axe corporel peut ne plus être support interne de l'équilibre, et de ce fait renforcer le risque de chute.

A partir des dessins du bonhomme réalisés, on peut relever différents éléments. En premier lieu, s'il persiste une cohérence dans l'organisation de la représentation, je note en revanche une pauvreté du point de vue des détails (pour trois des dessins), et l'absence des éléments nécessitant une maîtrise plus fine du geste graphique (comme les mains). Cette pauvreté me questionne quant à l'investissement que ces dames font de leur image du corps : elle pourrait être

le reflet d'un désinvestissement du corps dans son expressivité, sa valeur relationnelle. Je remarque également que les dessins prenant très peu de place sur la feuille sont ceux de dames dont la kinesphère est peu ample, plutôt proche du corps. Or la corrélation de ces deux éléments indique une potentielle difficulté à prendre et à assumer sa place, ce qui renvoie à la notion d'image du corps. Concernant l'expressivité corporelle, je constate que chacune des quatre dames présente des difficultés quant à l'initiation de gestes expressifs à partir de leur imagination et leur créativité. Une altération de l'image de soi peut expliquer cela : ne plus se percevoir comme sujet capable de décision et d'action sur son milieu, capable d'esthétisme. Le corps, empreint de représentations négatives, ne peut plus être esthétique, bénéfique, capable.

b. Cohérence avec les éléments théoriques.

La vieillesse, la dépendance et la maladie, nous l'avons vu précédemment, sont associées à des représentations négatives, ce qui peut avoir une incidence sur l'image de soi des personnes âgées malades et dépendantes. Mais ces trois états ont aussi des incidences intrinsèques sur la représentation du corps des personnes, c'est ce que nous tâcherons d'exposer à partir des observations cliniques et des éléments théoriques relevés.

Pour commencer, le vieillissement, du fait des altérations perceptives et psychomotrices, entraîne une diminution des expériences, par leur évitement. Les stimulations du schéma corporel s'en voient réduites, ce qui avec le temps se répercute sur les fonctions qui en dépendent. L'image du corps se modifie avec l'évolution de l'apparence physique. Les détériorations de certaines fonctions peuvent être responsables d'accidents, tels que les chutes. Les quatre personnes présentées dans la partie clinique ont fait l'expérience de la chute, on peut donc imaginer que leur corps est vécu de façon insécure dans les déplacements, avec l'impression de ne pas pouvoir s'y fier, de ne pas pouvoir se faire confiance⁸¹.

La situation de dépendance est vécue par les quatre personnes exposées en

⁸¹ KORFF-SAUSSE (2014), p.28

cas clinique, dans la soumission au rythme, au fonctionnement de l'EHPAD. Dans le fait également de dépendre des autres pour sortir de l'établissement. Il y a donc une réduction significative des occupations, des activités possibles à réaliser pour ces résidentes. Pour l'une d'entre elles, qui est en fauteuil, la situation de dépendance se traduit également par l'accompagnement pour les soins d'hygiène et les transferts d'une position à une autre. Du fait de ces constatations, on peut supposer une diminution des expériences actives et donc des stimulations corporelles renseignant et enrichissant le schéma corporel. Quant à l'image du corps elle peut être emprunte de négativité : l'absence de rôle à jouer dans le quotidien procure un sentiment d'inutilité, voire d'être un poids. Elles ont également moins d'opportunité de prendre des décisions, des initiatives, etc., ce qui peut avoir un effet sur le sentiment d'être sujet.

Enfin, la maladie d'Alzheimer que chacune des quatre dames présente à un stade de démence plus ou moins avancé, est aussi cause d'altérations ayant de l'incidence sur la représentation du corps. Les troubles cognitifs notamment quand ils commencent à se manifester (l'anosognosie n'étant pas encore présente) peuvent fragiliser l'estime de soi, et donc l'image que l'on se fait de soi. Cela peut entraîner un repli sur soi, diminuant les expériences motrices, sensorielles et relationnelles. Le schéma corporel peut en être fragilisé, impliquant peu à peu une perte des repères spatiaux, des capacités d'orientation et d'organisation spatiale. Les répercussions de ses difficultés se constate au niveau praxique pour ces quatre dames. Enfin, la perte de la mémoire fait que la temporalité dans laquelle la personne malade se situe, n'est pas celle dans laquelle elle est perçue, connue par son entourage. Il leur est renvoyé une identité construite sur une histoire dont elles n'ont plus le souvenir clair. Cette identité n'est pas en accord avec celle dont elles ont le sentiment, ce qui peut être déroutant, incompréhensible, inintégré vis-à-vis de l'image de soi.

B) Comment le groupe de danse a permis un travail sur les représentations corporelles ?

Dans cette partie, nous chercherons à expliquer comment les propositions qui sont faites lors de la partie de danse des ateliers, permettent de travailler sur la notion de représentation corporelle.

a. Une lecture psychomotrice des ateliers proposés.

Une partie des propositions de cette deuxième partie d'atelier, sont en lien avec le répertoire gestuel, celui mis au point à l'USLD, et continué à l'EHPAD. Il y a les propositions de reproduction de gestes par imitation à partir des mouvements des chorégraphes, ou par l'intermédiaire de supports visuels (photo, vidéo). Cela implique les habiletés visuo-spatiales et praxiques, et l'attention. Également, du point de vue du schéma corporel, cela nécessite de pouvoir se reconnaître en l'autre pour pouvoir envisager la manière de reproduire les mêmes gestes avec son propre corps. Il a été évident que pour certaines des résidentes le traitement des informations gestuelles perçues, l'organisation de leur propre motricité pour parvenir à reproduire le geste souhaité, a demandé beaucoup d'attention, et a été compliqué. De plus, les gestes pour certaines étaient reproduit de manière très éloignée, et elles ne semblaient pas toujours s'en apercevoir. Ce type de proposition permet de renforcer la conscience du corps et le schéma corporel.

Ensuite, il a été proposé d'associer plusieurs gestes du répertoire et de partager la phrase créée avec le groupe. La plupart n'ont pas pu mémoriser les trois gestes choisis. En effet, la maladie d'Alzheimer dont plusieurs des dames du groupe sont atteintes, implique une détérioration de la mémoire, et en particulier déjà dans les premiers stades de la maladie, la mémoire à court terme, et la mémoire de travail sont touchées, or ce sont deux composantes de la mémoire qui sont nécessaires pour ce type de proposition. La consigne de réaliser une « hybridation » de deux des mouvements du répertoire a aussi été proposée : seule l'une d'entre elles en a été capable, les autres ont eu du mal à se souvenir des mouvements (défaut d'encodage au niveau mnésique ou

d'attention ou de compréhension de la consigne). Par la danse, les compétences mnésiques peuvent donc également être stimulées, ce qui peut ralentir leur dégradation, et ainsi de façon indirecte limiter les effets sur la représentation corporelle.

Enfin, il y a la proposition qui revient régulièrement et qui consiste à construire les gestes de notre répertoire. Chacune propose son mouvement, ce qui suppose de laisser libre cours à sa créativité, à son imagination, pour, à partir d'un mot, mettre en œuvre une suite de geste qui pour soi symbolise le sens du mot. On donne alors à voir de soi au reste du groupe, qui reprend le mouvement proposé. J'ai pu observer que pour certaines, il était difficile d'avoir une idée ou même de comprendre que la consigne était de transformer le concept en un mouvement. Certaines reprennent plus ou moins les mouvements proposés par celles qui les précèdent, d'autres utilisent des mouvements de type « gym douce », certaines s'appuient sur une histoire qui raconte leurs mouvements, et enfin certaines saisissent un geste « instinctif » et le font évoluer. Le travail de la créativité permet de renforcer le sentiment d'être acteur, et par là-même le sentiment d'être sujet.

Lors d'un atelier, pour construire le geste commun du concept discuté la semaine précédente, on a rappelé les mouvements que chacune avait proposés. J'ai eu le sentiment qu'elles étaient touchées que l'on se souvienne pour elles, de ce qu'elles avaient produit. Je crois que ça mettait en évidence la valeur que leur implication dans le groupe représente à nos yeux.

Plus on avance dans les ateliers et moins il y a de phénomène de copiage, plus les mouvements proposés sont authentiques. Je pense que le groupe est désormais constitué, que les participantes se sentent en confiance au sein du groupe, ce qui permet une levée de l'inhibition et d'accéder à plus de créativité et donc d'authenticité.

D'autres propositions sont pensées dans le but de soutenir l'expressivité en explorant les possibilités du corps dans le mouvement.

Notamment, ont été expérimentées les variations entre les dynamiques d'enroulement et d'extension par des mouvements qui amenaient à passer des postures de fermeture à des postures d'ouverture. Cette proposition a permis aux résidentes qui comme beaucoup de personnes âgées, ont tendance à prendre des postures plutôt enroulées, de réexpérimenter des postures opposées. L'enroulement, s'il permet de se rassurer, de se recentrer sur soi en retrouvant ses appuis internes, implique aussi une fermeture au monde environnant. Il peut être associé notamment au calme, au repos, au repli sur soi, à la tristesse, au fait d'être écrasé par un poids. L'extension quant à elle, permet une ouverture au monde, en libérant le regard, et en impliquant une posture affirmée, assurée. Le fait de réexpérimenter les postures possibles, permet de repasser par les différentes sensations qui peuvent y être associées. Du point de vue de l'image du corps, c'est une proposition qui peut participer au fait de retrouver au moins transitoirement une sensation de confiance en soi, d'assurance.

Pour travailler le repérage et la distinction des différentes parties du corps, il y a eu des propositions dans lesquelles chaque partie du corps citée devait être sollicitée de façon indépendante, puis en association avec une autre partie du corps. Certaines propositions amenaient au contact : commençant par des parties du corps, dont l'on devait prendre soin en les massant, citées les unes après les autres par le chorégraphe. Puis la même consigne a été reprise mais en binôme. Dans ces propositions, le schéma corporel était travaillé par les sensations perçues associées et repérées par le nom des différentes parties du corps, et l'image du corps a été abordé par les aspects du prendre soin par le corps, et du corps en relation, acteur de bien-être pour soi et pour un autre. J'ai remarqué que ces propositions impliquant le toucher, étaient plus surprenantes pour celles qui étaient en binôme entre résidentes, que pour celles qui étaient en binôme avec un professionnel. En effet, si elles ont l'habitude d'être touchées dans le cadre des soins, le sens tactile n'est que rarement employé dans le cadre social à l'EHPAD.

Lors des ateliers les plus récents, les notions d'axialité⁸², de niveaux de l'espace et de qualité de mouvements ont été abordées. En effet, si les séances se déroulaient principalement en position assise jusqu'en mars, depuis, la position debout (pour celles qui le peuvent) est de plus en plus présente permettant de vivre l'expressivité associée à la verticalité. Il est important d'exploiter les différents espaces du corps, de ne pas se figer par habitude dans une posture, qui finit par nous limiter dans nos possibilités. Les niveaux bas, médian et haut de l'espace ont été explorés, les espaces proche et lointain également, ce qui permet de travailler sur les variations d'amplitude et sur la conscience de l'espace dans lequel le corps peut déployer ses actions, ses mouvements, la kinesphère. Enfin, il a été proposé d'ajouter une qualité spécifique aux mouvements, pour ajouter une dimension temporelle à la dimension spatiale du geste. Les deux qualités que nous avons vues jusqu'ici sont les mouvements « liquide » et « électrique ». La qualité « liquide » est plutôt caractérisée par un rythme lent et continu ; alors que la qualité « électrique » est caractérisée par un rythme soudain, fait de secousses. Comme pour les différents plans de l'espace, l'intérêt d'explorer les différentes qualités de mouvements permet d'amener de la nuance et de la variation dans ses gestes, dans son expressivité.

Il y a eu une autre proposition, qui consistait à ce que tout le monde suive les mouvements proposés par un chef d'orchestre désigné, qui changeait régulièrement. Ce qui demandait au chef d'orchestre d'improviser, de faire preuve de créativité, et aux autres de mobiliser leurs capacités d'imitation, et d'être attentives.

Enfin, lors d'un atelier, deux sous-groupes se sont formés, s'installant en deux cercles. La proposition consistait en reprendre le geste caractéristique (trouvé par chacun dans un premier temps) de la personne précédente et d'y ajouter le sien. Cette consigne d'accumulation de gestes à retenir a été trop compliquée pour les dames de mon sous-groupe, on a donc modifié les choses en

⁸² Axialité : fonction renvoyant à la façon dont l'axe corporel est intégré et ce qu'il soutient comme vécu. LESAGE (2012), p.149)

retirant la consigne du « chacune son tour », toutes ensemble on a fait le geste de chaque personne dans l'ordre du cercle, en associant le geste au prénom de la personne qu'il caractérisait. Finalement, cette proposition modifiée a eu l'effet à mon sens, d'affirmer l'identité de chacune au sein du groupe, renforçant ainsi le sentiment d'appartenance. La division en sous-groupes a été bénéfique : j'ai eu l'impression que ça permettait plus d'implication et de dynamisme - chacun étant sollicité plus régulièrement, et face à un cercle plus intimiste que l'assemblée habituelle - mais aussi que la proximité physique amenait de la cohésion au groupe.

b. Limites du projet et difficultés rencontrées.

Dans cette partie, je vais évoquer les limites et les difficultés rencontrées au cours de ce projet de danse.

Tout d'abord, nous avons été soumis à des contraintes de cadre. Le lieu où se déroulent les ateliers est un lieu de passage du personnel de l'EHPAD, notamment au moment de la préparation du goûter. De ce fait, régulièrement il nous a fallu demander à ce que l'intimité du groupe soit respectée par les autres professionnels. Cette contrainte spatiale est complétée par des contraintes temporelles. En effet, les horaires de l'EHPAD et la fatigabilité des résidentes, limitent le temps de la séance. Les ateliers ont lieu en moyenne deux fois par mois, ce rythme peu soutenu implique des temps de coupures importants, en particulier pour des personnes avec une mémoire défaillante. Nous avons pu remarqué de façon flagrante, que le mois où les chorégraphes ont pu être présents une fois par semaine, la cohésion du groupe et l'investissement des participantes durant les ateliers se sont renforcés. Enfin, le groupe est hétérogène, ce qui suppose une variation dans les compétences et les difficultés de chacune des participantes. Et bien qu'un principe de bienveillance et de non-jugement ait été énoncé au départ, et rappelé plusieurs fois depuis, certaines remarques désobligeantes à l'encontre des personnes avec plus de difficultés sont encore à surveiller. La variation de disponibilité, d'état, d'une séance à une autre, est également à prendre en compte ; cependant cette contrainte fait

partie de tout travail impliquant l'humain.

De plus, le projet de danse est un projet artistique auquel nous nous sommes associés en tant que soignants. Cette rencontre d'objectifs artistiques avec des objectifs thérapeutiques a supposé quelques ajustements de part et d'autre. Dès les premiers ateliers, le tutoiement ainsi que l'utilisation des prénoms ont été amenés par les chorégraphes dans l'idée de créer un espace d'expression intime. Or, pour nous, soignants, il n'a pas été évident de tutoyer et d'appeler par leurs prénoms des personnes que nous vouvoyons et appelons par leurs noms de famille le reste du temps. Mais force est de constater qu'avec le temps, l'emploi des prénoms participe à faciliter la rencontre entre les différentes participantes et à la constitution d'une atmosphère conviviale. Un autre exemple de cette confrontation entre objectifs artistiques et réalité du milieu de l'EHPAD, est le fait que le répertoire gestuel, quelque soit le nombre de répétition, ne pourra pas être intégré par la plupart des participantes. En effet, cet outil a été repensé depuis, pour être un facteur d'interactions et de communication dans l'instant des ateliers, mais également pour être une trace concrète des expériences vécues au sein des ateliers, gardant en mémoire l'histoire du groupe et pouvant être transmis à d'autres. Enfin, il y a également la difficulté de faire comprendre le projet à l'établissement, pour en obtenir les financements. De ce point de vu là, le soutien du projet par le psychomotricien permet de faire valoir les effets thérapeutiques pouvant être attendus pour les résidents.

En plus de cette adaptation entre les différents porteurs du projet, il a été nécessaire également de faire évoluer le groupe en fonction de ce que montraient les participantes. Au départ, le temps du goûter servait de pause entre le temps de discussion et celui de danse, mais finalement cette transition coupait la dynamique. Désormais avec le temps du goûter en fin d'atelier, l'enchaînement permet une plus grande cohérence entre les deux temps, et une meilleure participation durant le temps de danse. Le temps de discussion lors des premiers ateliers étaient plus longs que le temps de danse, dans lequel les participantes ont eu du mal à s'investir. Mais le groupe se constituant, ce temps

de danse a petit à petit gagné en intensité, jusqu'à faire le même temps que le temps de discussion. Et enfin, au début, les participantes cherchaient beaucoup à comprendre le but de ce qui leur était proposé. Cette nécessité de rechercher un but a finalement peu à peu laissé place à la dimension de plaisir de se retrouver, et de danser, de créer ensemble.

Ainsi, il a été nécessaire de s'adapter aux limites, de comprendre les difficultés rencontrées, mais aussi simplement de laisser le temps au groupe de se constituer à force de se rencontrer, de s'appréhender. L'important a été de continuer à réfléchir ensemble au projet, et de prendre en compte la réalité du groupe dans ces réflexions.

Nous avons vu au cours de ce travail, que la représentation du corps des personnes âgées, si elle est impactée par différents facteurs, peut être renforcée par une approche psychocorporelle (ici la danse). J'aimerais ouvrir le sujet sur la question de l'identité, et sur la façon dont on peut œuvrer pour réduire l'effet négatif des facteurs extérieurs sur l'image de soi des personnes âgées.

2) Préserver l'identité.

L'identité à tout âge est une donnée importante, constitutive du sujet. Il sera exposé dans cette partie le rôle de l'identité notamment dans l'image de soi. Puis nous parlerons de l'influence sur l'identité des personnes âgées exercée par l'environnement dans lequel elles évoluent. Pour terminer, nous verrons en quoi le projet de danse, étudié dans ce mémoire, se place dans une perspective plus globale de préservation du sentiment d'identité et de l'image des personnes âgées.

A) Soi, Image de Soi, Identité.

Le Self, ou Soi en français, est un « organisateur multidimensionnel de référence à soi et de relation à soi »⁸³. Il est conceptualisé comme fait de deux types de sous-processus. Les uns d'ordre dit inférieur permettant la distinction soi/non-soi par la conscience d'agir, aboutissant à la subjectivité et au sentiment de continuité d'existence. Les autres d'ordre dit supérieur permettant de se situer dans le temps subjectif (passé, présent, futur) construit par les souvenirs personnels, les sentiments, les états mentaux et concourant à la constitution de l'identité. S'il fonde la continuité d'existence et l'identité, le Soi nous permet aussi de diriger nos actes et nos pensées. Il évolue tout au long de la vie, permettant la perception et l'évaluation de soi, ainsi que la conscience et l'autorégulation de ce que nous sommes.⁸⁴ Il est lié à la mémoire, « plus particulièrement autobiographique, à nos souvenirs épisodiques et sémantique »⁸⁵.

On se forge une image de soi, « au fur et à mesure des expériences et des interactions avec l'environnement »⁸⁶. Cette image de soi prend forme dans la représentation corporelle, donc dans l'ensemble schéma corporel et image du corps, mais elle est également liée à l'estime de soi et la représentation de ses capacités réelles. Cette représentation de soi se module, s'ajuste avec l'âge pour « mieux prévoir, anticiper les réactions environnementales et pouvoir y répondre de la manière la plus adaptée »⁸⁷.

Michelle JOULAIN⁸⁸ définit l'identité comme une construction évoluant dans le temps selon une certaine continuité. Elle est l'unité qui rassemble les multiples identités d'un individu (civile, sexuelle, familiale, corporelle, liées à nos appartenances sociales, idéologies, compétences, goûts, positions sociales,

⁸³ BASTIEN ET MICHEL (2014), p.57

⁸⁴ Ibid, pp.57-58

⁸⁵ Ibid, p.58

⁸⁶ Ibid, p.60

⁸⁷ Idem

⁸⁸ PERSONNE (2011), pp.23-24

aspirations, etc.) et s'élabore avec et à travers autrui. Le sentiment d'identité traduit un besoin d'appartenance, de se reconnaître dans d'autres, conjointement à un besoin de différenciation, de se sentir unique.

L'identité s'expérimente concrètement (et non pas uniquement cognitivement), par la réalisation d'actes, la production d'œuvres au sens large. C'est d'ailleurs de cette façon que l'individu trouve de la valeur à ses yeux, et aux yeux d'autrui. Cela fait référence à l'estime de soi, qui « implique à la fois la reconnaissance de ses ressources, l'acceptation de ses limites, la capacité à canaliser ses angoisses et à assumer ses échecs »⁸⁹.

Pour Mme R. par exemple, j'ai pu constater que son identité d'institutrice et de mère lui tenaient vraiment à cœur, elles font partie de ce qui la définit, ce qui lui apporte de la fierté. En effet, Mme R. évoque très fréquemment des anecdotes rappelant son passé d'institutrice, ou ses enfants. Ce sont les premières choses que l'on apprend d'elle dans son discours. D'une part, son identité d'institutrice, représente un statut qui a de la valeur pour elle et qui est reconnu par la société, elle semble s'y rattacher comme pour contrebalancer le statut de personne âgée dépendante, et préserver son estime d'elle-même. D'autre part, son identité de mère est également très importante à ses yeux, on comprend que sa famille est un accomplissement pour elle et participe en tant que tel à son estime d'elle-même.

B) Comment l'identité est façonnée par le milieu ?

Cette partie traitera de la façon dont des influences extérieures, telles que le lieu de vie et la société, façonnent une identité particulière aux personnes âgées. Camille BLED⁹⁰ en 2016 a rédigé un mémoire sur l'étude des facteurs impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées. Cette étude apporte un éclairage plus large du sujet que j'aborde dans cette partie.

⁸⁹ Ibid, p.24

⁹⁰ BLED (2016), pp. 33-56

a. Façonnée par le lieu de vie

Le lieu de vie (choisi ou non) d'une personne tient un rôle dans son identité, en tant qu'il est le reflet de nos goûts, de notre classe sociale, etc., et qu'il relève de notre espace personnel et intime. On parle d'ailleurs de « chez-soi ».

L'EHPAD, comme il a été dit en tout début de ce mémoire, peut être un lieu d'hébergement permanent. La personne accueillie y réside, on l'appellera d'ailleurs « résidente ». Elle paye pour la location de sa chambre, qui est donc son espace personnel au sein de l'EHPAD.

J'ai pu constater que certaines chambres de résidents étaient personnalisées avec du mobilier venu de l'extérieur, des photos, des tableaux, des bibelots, des fleurs, des livres ou des magazines, des habits. Dans la petite salle-de-bain étaient disposés des parfums, des produits de beauté, etc. Le tout donnant une allure habitée, chaleureuse à la chambre. D'autres chambres en revanche donnent l'impression d'être impersonnelles, elles ne contiennent que le mobilier de base, le strict minimum en matière d'habillement et d'hygiène, et souvent tout de même quelques photos. Ces chambres-ci ont une apparence plus froide, donne l'effet de ne pas être habitées, mais seulement occupées. On peut se dire que les personnes vivant dans ces chambres impersonnelles, ne les ont pas intégrées comme un lieu de vie leur appartenant, mais plutôt comme une chambre d'hôtel, un espace temporaire. D'une certaine façon, ces personnes n'ont plus d'espace personnel, puisque leur chambre ne semble pas représenter cela pour elles. Ces espaces personnels « neutres » peuvent être favorisant dans le sens d'un désinvestissement identitaire.

On a parlé de l'espace personnel représenté par la chambre, on peut désormais relever que ce même lieu est également un espace social étant donné que l'on peut y recevoir des visites et des soins. Finalement, à l'EHPAD les espaces définis par Edward T. HALL⁹¹ dans sa théorisation sur la proxémie, sont confondus, et de ce fait peuvent être difficilement distinguables pour les

⁹¹ HALL (2014)

résidents et les professionnels. Les résidents n'ont pas toujours la sensation d'être chez-eux dans leur chambre, puisque le personnel de l'EHPAD n'agit pas toujours comme si en entrant dans les chambres, il passait de l'espace public à un espace privé.

D'autre part, le fonctionnement de l'EHPAD suppose que les résidents se soumettent à un rythme commun. Rythme lui-même imposé au personnel par des exigences de tâches à réaliser dans un temps donné. Comme il a été dit plus tôt, le fonctionnement actuel ne permet pas de faire participer - dans la mesure de leurs capacités - les résidents aux tâches du quotidien (sans compter que cette participation, du point de vue éthique serait discutable, puisque les résidents payent pour des services qui comprennent les tâches du quotidien). Ce fonctionnement conduit à une dépossession du pouvoir de décision sur sa propre existence, qui revient à rendre dépendante la personne en lui gommant ses possibilités d'autonomie. Bernard ENNUYER⁹² dit d'ailleurs que l'on parle de dépendance pour les personnes âgées de façon presque abusive, lorsque le terme plus exact serait de dire qu'elles sont en situation de handicap*. Pierre CHARAZAC ajoute à cette idée que « les représentations qu'une équipe se donne de la dépendance structurent la théorie du soin sous-jacente à son action »⁹³, en d'autres termes, il s'agit-là de dire qu'une certaine conception de la dépendance justifie le fonctionnement de l'institution. En effet, la définition de handicap n'est pas limitée à un âge de survenue de l'incapacité. La situation de handicap peut supposer une part de dépendance quant à certaines choses du quotidien, mais laisse également l'opportunité que cette dépendance ne soit pas perçue comme totale et qu'au contraire il faille chercher à soutenir les possibilités d'autonomie. Agir par soi-même sur son quotidien, avoir un effet sur son environnement, c'est aussi une part de ce qui atteste de notre subjectivité. Or c'est en n'ayant plus conscience de cette subjectivité que le phénomène de dépersonnalisation peut se mettre en place.

Enfin, je parlerai de l'isolement qu'entraîne l'entrée à l'EHPAD quant à la

⁹² ENNUYER (2001), pp.09-25

⁹³ CHARAZAC (2016), p.31

vie extérieure. En effet, l'EHPAD, du fait de sa responsabilité vis-à-vis des personnes qu'il accueille, supervise les sorties de ses résidents bien qu'il ne soit pas un établissement fermé. Il s'agit d'une mesure de protection pour les résidents. Il n'empêche que ce cocon protecteur, constitué par l'établissement, crée une séparation des résidents avec le monde extérieur. Cette séparation peut être vécue comme une exclusion de la société ou un enfermement dans la catégorie des personnes âgées dépendantes, et va marquer l'identité des résidents.

b. Façonnée par la société

Nous nous construisons en relation avec notre environnement, et notamment le regard porté sur nous, les représentations qui nous sont attribuées, jouent un rôle sur l'identité.

Les représentations sociales sont définies par M. JOULAIN comme « un ensemble de connaissances, jugements, opinions, croyances, qui sont partagées socialement, construites et véhiculées par le langage, [...] les conduites et les pratiques, au cours de nombreuses situations quotidiennes en interaction avec autrui »⁹⁴. Il existe une tendance à classer les individus en « groupes distincts sur la base de caractéristiques communes, mais pas nécessairement objectives »⁹⁵, c'est ce qu'on appelle la catégorisation sociale. Elle permet de se situer par rapport aux autres, et de s'en différencier, elles aident à se définir en fonction de ses appartenances.

En revanche, aux groupes, aux catégories sociales, l'on adjoint des représentations spécifiques et communes. Et cette généralisation a pour effet de gommer les différences interpersonnelles au sein d'une même catégorie, laissant penser à une identité unique, groupale. Jean-Philippe PIERRON dit à ce sujet que l'« on estompe progressivement les singularités , les petites différences propres

⁹⁴ PERSONNE (2011), p.20

⁹⁵ PERSONNE (2011), p.22

aux histoires de vie pour construire une sorte d'imagerie anonyme »⁹⁶. Anonyme⁹⁷ c'est ce qu'est une personne dont on ignore le nom, c'est aussi le qualificatif de quelque chose d'impersonnel, de neutre. On retire l'identité propre aux individus en la limitant à l'identité catégorielle, souvent stéréotypée.

Les personnes âgées appartiennent à une catégorie qui « globalement fait l'objet de représentations négatives stéréotypées [qui] sont associés à la maladie, à la lenteur, à l'isolement, à la tristesse, à la faiblesse, mais aussi à la sagesse et à la connaissance »⁹⁸. Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, aux stéréotypes de la vieillesse s'ajoutent ceux de la maladie, liés « aux pertes d'identité, de dignité, d'humanité »⁹⁹. Ce regard social négatif et dévalorisant pour la personne « vient alourdir son vécu de la vieillesse »¹⁰⁰ en réduisant son estime d'elle-même, et en influençant négativement sa perception d'elle-même.

Du point de vue de l'image corporelle de la personne âgée et de sa perception sociale, je fais le parallèle avec ce qui est à l'œuvre à l'adolescence, lors du passage du corps d'enfant au corps d'adulte, qui apporte également son lot de changements physiques et émotionnels pouvant avoir un impact sur l'image du corps de la personne. La différence est que l'âge adulte s'il peut être redouté, n'est pas perçu comme négatif par le prisme de la société, alors que le grand âge serait le passage entre l'âge adulte et la mort ; en tout cas, les changements physiques à cette période, peuvent être perçus comme le signe du cheminement vers la mort. Le corps de la personne âgée fait peur en cela qu'elle nous rappelle notre finitude. Anne LAHAYE dit que « les stéréotypes, la négation, la dévalorisation des personnes âgées » ont la fonction de « renforcer le déni collectif qui est censé nous épargner les angoisses de vieillir »¹⁰¹, la

⁹⁶ PIERRON (2014), p.103

⁹⁷ Le Petit Robert (1992)

⁹⁸ BASTIEN ET MICHEL (2014), p.45

⁹⁹ Ibid, p.193

¹⁰⁰ LAHAYE (2014), p.48

¹⁰¹ LAHAYE (2014), p.61

vision des « images de cette déchéance annoncée dont nous ne voulons pas »¹⁰². « Les corps des personnes âgées disparaissent ainsi du champ de visibilité sociale, pour n'être plus guère perçus qu'à travers le prisme déformant de la rationalité instrumentale »¹⁰³, à l'œuvre dans les médias et les discours, par les chiffres, les normes, les statistiques, etc.

C) Comment préserver l'identité des personnes qui avancent en âge avec une maladie ?

Après avoir discuté des facteurs extérieurs pouvant participer à une dépersonnalisation des sujets âgés, nous parlerons dans cette partie, d'initiatives permettant de préserver l'identité des personnes en limitant l'impact des facteurs évoqués précédemment. Nous verrons également en quoi le projet de danse discuté dans ce mémoire peut se placer dans cette perspective de préservation de l'identité.

Une volonté se dessine d'ouvrir les EHPADs, de permettre des échanges entre l'intérieur et l'extérieur de ces établissements. On peut également noter des créations de projets d'habitation favorisant l'intégration des personnes âgées malades ou non au reste de la société. Parmi eux, j'en citerai deux :

- le Village Landais Alzheimer¹⁰⁴, qui est un village implanté dans la ville, pensé pour accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce village permet un accompagnement sécurisant, tout en offrant un accès libre à des activités du quotidien, ou de loisirs. Il cherche à préserver l'autonomie des personnes, en respectant leur rythme et leurs styles de vie. Il fait intervenir des professionnels, mais aussi des bénévoles venant des villes alentours, pour favoriser le lien social.

-l'habitat intergénérationnel solidaire¹⁰⁵, tel qu'il est proposé par Serge LE

¹⁰² Idem

¹⁰³ PIERRON (2014), p.109

¹⁰⁴ <https://villagealzheimers.landes.fr/>, consultée le 25 avril 2019

¹⁰⁵ LE BOULCH S. (2018), vidéo consultée le 25 avril 2019

BOULCH, consiste en des « résidences dans lesquelles le rapport humain [est] au cœur de tout »¹⁰⁶. Ce sont des résidences où cohabitent des personnes de tout âge, de toute classe sociale, afin de lutter contre l'isolement et la solitude. Des espaces sont aménagés pour permettre des échanges, du partage et des rencontres entre les différents habitants.

Ces lieux de vie pensés avec une perspective d'ouverture, permettent de faire se rencontrer les différentes générations, et d'ainsi permettre une meilleure compréhension entre elles. En effet, l'autre ne se résume plus une catégorie sociale abstraite à laquelle on associe des représentations stéréotypées, il est une personne dont on connaît l'identité, à laquelle on associe des représentations qui lui sont propres. De plus, tout en luttant contre l'isolement, l'inclusion sociale des personnes âgées leur donne l'opportunité d'avoir un rôle à jouer, ce qui influe sur la préservation de l'estime de soi.

L'atelier de danse s'inscrit également dans cette perspective d'ouverture. Tout d'abord, c'est une ouverture qui invite à la rencontre des résidents pour les personnes extérieures : différents artistes viennent partager des moments avec des résidents, et les performances réalisées sont ouvertes au public. D'autre part, c'est une ouverture qui donne accès à l'extérieur aux résidents : ces derniers vont à la rencontre des autres groupes participants au projet, et par leurs témoignages retranscrits, des photos, des films d'eux, ils partagent un peu de leur histoire avec ceux de l'extérieur qui auront ces œuvres entre les mains. Les ateliers croisés sont l'occasion de rencontres avec les personnes des autres groupes du projet, ils ont une dimension intergénérationnelle, et ont pour objectif la rencontre, le partage, la transmission. Enfin, par le partage de leur histoire de vie, de leurs opinions, et l'exploration de leur créativité, les participants au projet affirment leur identité au sein du groupe. Ainsi le projet de danse participe à la volonté de préserver le sentiment d'identité des personnes âgées vivant en EHPAD.

¹⁰⁶ Ibid, 7min22-7min28

CONCLUSION

Nous avons constaté au cours de ce travail, que la vieillesse, la situation de dépendance et la maladie d'Alzheimer ont chacune une incidence sur la représentation corporelle des personnes concernées. Et en particulier, dans le cas des quatre femmes présentées dans ce travail, il a été relevé que la cohérence du schéma corporel persistait mais qu'en revanche ses fonctions dans le repérage spatiale, dans l'organisation praxique et dans le maintien de l'équilibre perdent en efficacité. Il a été noté pour ces quatre femmes que l'image du corps aussi était affectée par ces phénomènes. Cette atteinte se manifeste par une diminution des initiatives, des interactions et de l'expressivité.

Au regard de ses difficultés liées à l'atteinte de la représentation corporelle, nous avons discuté des effets du projet de danse. Les ateliers ont été des moments d'expérimentation et d'échanges, qui ont présenté de l'intérêt pour stimuler le schéma corporel, pour développer la créativité, pour enrichir l'expressivité, mais aussi pour aider les participantes à affirmer leur identité au sein du groupe. Tout cela concourant à cheminer vers une image d'elles-mêmes plus positive.

Ces réflexions m'ont amenée à approfondir la question de l'image de soi, notamment sur le risque de perte de l'identité dans le grand âge. Ainsi, nous avons vu comment l'inscription d'un projet dans une perspective d'ouverture des lieux d'accueil pour personnes âgées malades, participe au remaniement des représentations liées à l'âge et donc à renforcer l'estime de soi des personnes âgées en évitant le phénomène de dépersonnalisation.

Pour conclure, ce mémoire a été l'occasion pour moi de réfléchir à l'élaboration d'un groupe et de me questionner sur la manière dont une médiation peut venir enrichir la prise en charge de patients en psychomotricité. Au vu de l'évolution du projet de danse, je pense que la suite de ma réflexion s'axera sur les apports du groupe quant au soutien de l'identité. En effet,

maintenant que le groupe s'est constitué, il va être intéressant de s'interroger sur la place prise par chacun et sur la manière dont on peut mettre à profit la dynamique de groupe pour que chacun puisse s'y affirmer et s'y épanouir ; en particulier, sur la manière dont le groupe peut être un soutien pour l'expression de soi par la danse.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA J. DE et THOMAS A. (1949). *Étude sémiologique du tonus musculaire*. Paris : Flammarion

ALBARET J.-M., GIROMINI F. et SCIALOM P. (2018). *Manuel d'Enseignement de psychomotricité, Examen psychomoteur et tests* (Tome 5). Louvain-la-Nouvelle : De Boeck Supérieur.

ANZIEU D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Éditions Dunod.

AUBERT E. et ALBARET J.-M. (2001). *Viellissement et Psychomotricité*. Marseille : Éditions Solal.

AYERS E., TOW A.C., HOLTZER R. et VERGHESE J. (2013). Walking While Talking and Falls in Aging. *Gerontology* (vol.60). 10.1159/000355119.

BALLOUARD C. (2006). *Le travail du psychomotricien*. Paris : Éditions Dunod.

BLÉD C. (2016). *Le vieillard, cet autre d'autant plus menaçant qu'il est notre semblable. Étude des facteurs impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées* (Mémoire de Psychomotricité, Sorbonne Universités). dumas-01359497

CELESTIN-LHOPITEAU I. et WANQUET-THIBAUT P. (2018). *Guide des pratiques psychocorporelles*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier Masson.

CHARAZAC P. (2016). *Le groupe dans l'institution gériatrique*. Paris : Éditions Dunod.

DAMASIO A.R. (2005). *Spinoza avait raison. Le cerveau de la tristesse, de la joie et des émotions*. Paris : Éditions Odile Jacob.

DOLTO F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*. Paris : Éditions Le Seuil.

ENNUYER B. (2001). Ces vieux que l'on dit « dépendants ». Dans *Vivre au grand âge,angoisses et ambivalences de la dépendance* (pp.09-65). Paris : Éditions Autrement Essais.

FOLSTEIN et coll. (1993). *Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level*. Etats-Unis : Éditions JAMA (269 : 2386-91). Traduit par Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B (1999) *Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien*. Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier La Presse Médicale (28 : 1141-8).

GALIFRET-GRANJON N. (1958). Batterie Piaget-Head. Dans ZAZZO R. (dir.), *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant* (3è éd, tome1). Paris : Éditions Delachaux et Niestlé.

HALL E.T. (2014). *La dimension cachée*. Paris : Éditions Points.

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

JULIEN P. (1990). *Pour lire Jacques Lacan, le retour à Freud*. Paris : Éditions EPEL.

KORFF-SAUSSE S. (2014). Le corps vécu et la vie psychique des personnes âgées et des personnes handicapées. Dans ANCET A. (dir.), *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* (pp.15-34). Paris : Éditions Dunod.

LABAN R. (2003). Choreutique. *Nouvelles de danse, Espace dynamique* (vol.51).

LAHAYE A. (2014). Le corps vieillissant et sa perception par les soignants. Dans ANCET A. (dir.), *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* (pp.47-61). Paris : Éditions Dunod.

LE BOULCH, J. (1971). *Vers une science du mouvement humain*. Paris : Éditions ESF.

LE BOULCH S. [TEDx Talks]. (25/07/2018). L'habitat intergénérationnel solidaire au cœur de la Cité [Vidéo en ligne]. <https://www.youtube.com/watch?v=RqrKpaTyUaU>, consultée le 25/04/2019.

LEDOUX A. (2006). *Vivez mieux, vivez plus vieux*. Québec : Éditions de Mortagne.

LESAGE B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Toulouse : Éditions Érès.

LESAGE B. (2014). *La danse dans le processus thérapeutique, Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Toulouse : Éditions Érès.

MICHEL B-F. et BASTIEN C. (2014). *Représentations et maladies neurodégénératives*. Paris : Éditions De Boeck-Solal.

MORIN C. (2013). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire*. Toulouse : Éditions Érès.

PIERRON J.P. (2014). Corps vieillissant, corps vil ? Dans ANCET A. (dir.), *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* (pp.101-119). Paris : Éditions Dunod.

PIREYRE E.W. (2011). *Clinique de l'image du corps, Du vécu au concept*. Paris : Éditions Dunod.

REY A. et REY-DEBOVE J. (1992). *Le Petit Robert, dictionnaire de la langue française*. Paris : Éditions Dictionnaires Le Robert.

RIGAUX N. (2012). Représentations médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer. *Études*, tome 416(6), pp761-770. <https://www.cairn.info/revue-etudes-2012-6-page-761.htm>.

ROYER J. (1957). *Dessin du bonhomme, la personnalité de l'enfant dans tous ses états*. Paris : Desclée de Brouwer.

SCHILD P. (1968). *L'Image du Corps, Études des forces constructives de la psyché*. Paris : Éditions Gallimard.

TINETTI M.E. (1986). *Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients*. États-Unis : Journal of the American Geriatrics Society.

VAIVRE-DOURET L. (1997). *Évaluation de la Motricité Gnosopraxique distales, EMG, adaptation du teste d'imitation de gestes de BERGES-LEZINE*. Paris : ECPA.

VALERY P. (2015). *La Philosophie de la danse*. Paris : Éditions Allia.

WINNICOTT D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Éditions Payot.

WOOLLACOTT M.H. et SCHUMWAY-COOK A. (1989). *Development of posture and gait across the life span*. Columbia : University of South Carolina Press.

GLOSSAIRE

Amnésie antérograde (ou de fixation) : Elle se manifeste par l'impossibilité de fixer de nouveaux souvenirs, de nouvelles connaissances.

Amnésie rétrograde (ou d'évocation) : se caractérise par l'impossibilité de plus en plus prononcée de se rappeler les faits passés ; ceux-ci sont bien enregistrés, mais le malade ne parvient pas à les amener à la conscience au bon moment.

Amimie : réduction de la mobilité du visage, indépendante de toute paralysie, entraînant une réduction de l'expressivité du visage.

Angoisses archaïques : Ces angoisses sont dites archaïques car présentes de façon normales, avant l'installation du langage chez le nourrisson. Elles apparaissent de manière plus ou moins invalidante au cours de la vie d'un individu.

Anosognosie : Incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint.

Aphasie : affection neurologique caractérisée par une perturbation de l'expression ou de la compréhension du langage parlé et écrit, à la suite d'une lésion du cortex cérébral.

Apathie : syndrome clinique se manifestant par la perte ou la diminution des comportements dirigés vers un but (comportements auto-initiés ou stimulés par l'environnement), de l'activité cognitive dirigée vers un but (perte des idées et de la curiosité spontanées ou provoquées par les événements routiniers et nouveaux) et des émotions (émotion spontanée et réactivité émotionnelle face à des événements positifs ou négatifs).

Apraxie : Trouble de la réalisation de gestes volontaires, indépendant de toute atteinte des fonctions motrices et sensitives et de tout trouble de la compréhension.

Axe corporel : représenté anatomiquement par la colonne vertébrale. L'axe corporel permet d'atteindre la verticalité, si le contrôle postural est suffisant pour lutter contre la pesanteur. Il se construit par un processus intégratif au fur et à mesure des expériences du sujet. L'axe corporel peut devenir le lieu d'inscription d'une sécurité affective interne, qui permet au sujet de faire des expériences par lui-même.

Communications corporelles : terme remplaçant celui de communications non-verbales ; il s'applique à des gestes, des postures, des orientations du corps, des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise.

Dialogue tonique (ou dialogue tonico-émotionnel) : défini par Henri WALLON, repri et approfondi par J. DE AJURIAGUERRA, c'est le reflet des états émotionnels des deux partenaires d'une interaction, avec une possibilité de transmission de ces états par l'intermédiaire du tonus notamment.

Hypertonie : augmentation de la résistance du muscle à son allongement.

Situation de handicap : constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Stade du miroir : concept proposé par Jacques LACAN en 1936, qui correspond au moment où l'enfant se reconnaît dans le miroir, moment où il a une représentation de son corps distincte des sensations internes de sa motricité - représentation rendue possible par le caractère d'extériorité de l'image. Ce stade correspond à la naissance du moi. Cette image spéculaire est un dehors constitutif d'un dedans.

Le miroir renvoie au jeune enfant une image unifiée de son corps qui, de surcroît, est nommée par un autre, le parent. Grâce au miroir, le corps jusque-là fragmenté devient une unité. Paradoxe : écart entre soi-même (jamais perceptible) et image de soi (jamais saisissable), lié par le langage.

Polygone de sustentation : surface au sol délimitée par le contour et l'emplacement des appuis.

Fonction de récupération : processus permettant d'extraire une information stockée dans la mémoire à long terme.

Fonction d'indiçage : processus permettant par l'association d'un indice à un souvenir, de faciliter la fonction de récupération.

Double tâche : repose sur la capacité de division de l'attention sur deux tâches réalisées simultanément. Pour que ce soit possible, il faut que les tâches simultanées aient fait l'objet d'une automatisation, ce qui limite les ressources attentionnelles nécessaires à leur réalisation respective.

Syndrome Post-Chute : se développe suite à une ou des chutes, il se caractérise par une perte d'autonomie progressive et majeure. Des modifications posturales peuvent s'observer, rendant la position debout non-fonctionnelle pour la marche.

Individuation : processus reposant sur la distinction soi/non-soi, donc sur la capacité à se percevoir comme une entité séparée de l'autre.

Subjectivité : résulte du processus de subjectivation par lequel un individu devient sujet, c'est à dire conscient de sa capacité à agir par lui-même sur son environnement.

Praxie : ensemble de mouvements coordonnés en fonction d'un but.

Réversibilité : capacité à s'orienter dans l'espace à partir de repères exocentrés.

ANNEXES

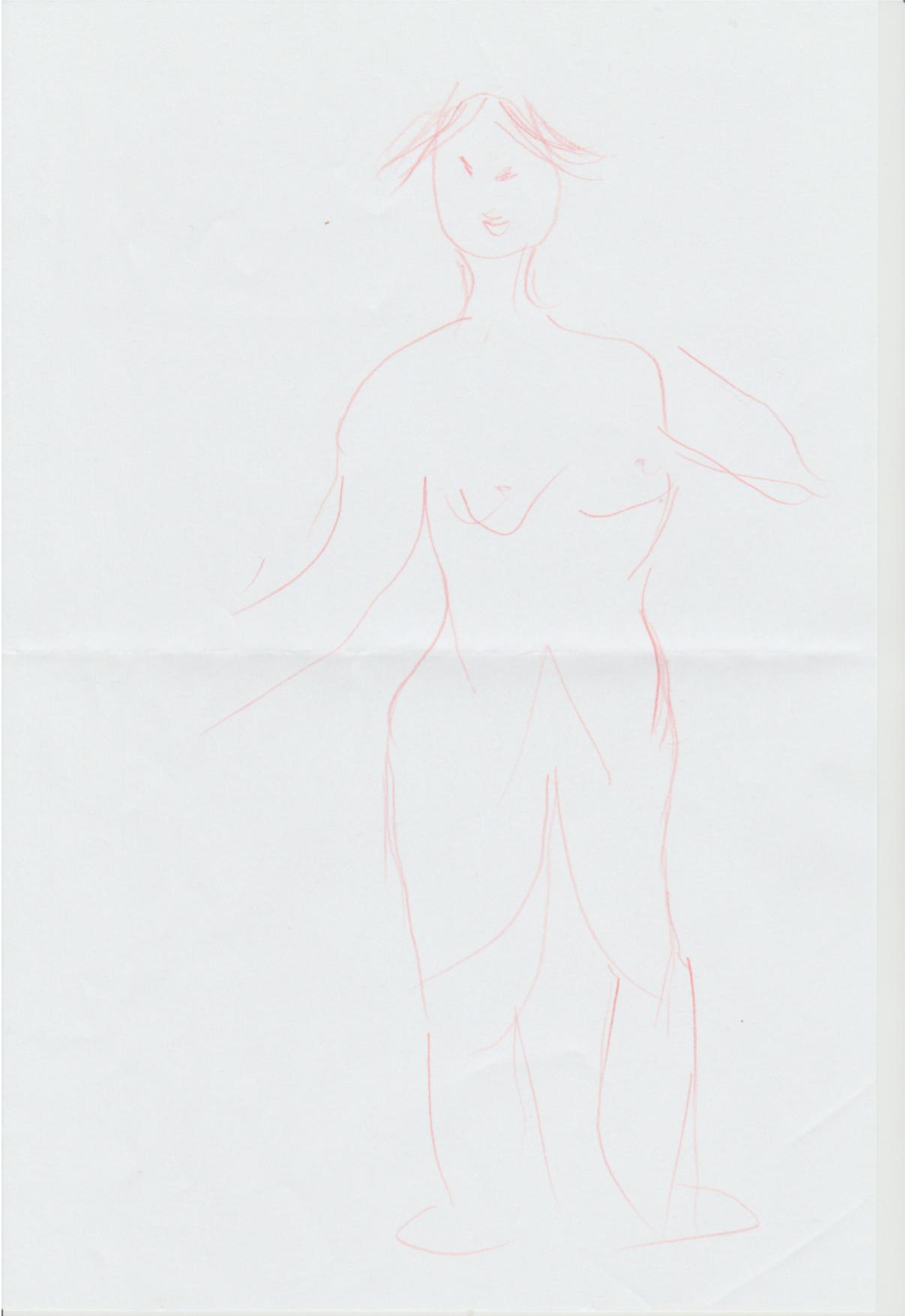
Annexe 1 : Dessin du Bonhomme de Mme N.



Annexe 2 : Dessin du Bonhomme de Mme R.



Annexe 3 : Dessin du Bonhomme de Mme B.



Annexe 4 : Dessin du Bonhomme de Mme M.



RÉSUMÉ

A travers l'évolution au sein d'un atelier de danse contemporaine, de quatre femmes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant en EHPAD, j'ai cherché à réfléchir aux enjeux de cette pratique psychocorporelle sur la représentation du corps. En effet, le vieillissement, la situation de dépendance, comme la maladie d'Alzheimer ont des répercussions sur le fonctionnement du schéma corporel, et sur l'image du corps. Les ateliers de danse proposés vont dans le sens du développement de la créativité et de l'expressivité ainsi que du renforcement du sentiment d'identité et de l'estime de soi des personnes âgées parfois mis à mal par des facteurs extérieurs.

Mots-clés : Schéma corporel - Image du corps - Représentation du corps - Personnes âgées dépendantes - Maladie d'Alzheimer - Danse - Pratique Psychocorporelle - Identité

SUMMARY

Through the evolution in a contemporary dance's group, of four elderly women, with the Alzheimer's disease and living in an establishment for dependent elderly ; I have tried to think through the implications of a body-mind approach on the body representation. Indeed, aging, dependency, and Alzheimer's disease have repercussions on the body schema's functioning and on the body image. The mentioned dance's group leads to the development of creativity and expressivity, as well as the strengthening of the feeling of identity and of the self-esteem from the elderly that often can be damaged by external factors.

Key words : Body Schema - Body Image - Body Representation - Dependent Elderly - Alzheimer's Disease - Dance - Body-Mind Approach - Identity