



La psychomotricité comme soutien face aux confusions identitaires chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer

Anna Foulon

► **To cite this version:**

Anna Foulon. La psychomotricité comme soutien face aux confusions identitaires chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer. Psychologie. 2020. dumas-02894667

HAL Id: dumas-02894667

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894667>

Submitted on 9 Jul 2020

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

**Institut de Formation en
Psychomotricité**

**Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état en
Psychomotricité**

« Qui suis-je aujourd'hui ? »

La psychomotricité comme soutien face aux confusions identitaires liées à la maladie d'Alzheimer chez le sujet âgé.

Anna FOULON
née le 29 Novembre 1997 à Poitiers

2019-2020

Sous la direction de : Natacha LAGIÈRE

AVANT-PROPOS

Mon intérêt pour le travail du psychomotricien auprès des personnes âgées a pris de plus en plus d'ampleur au cours de ces derniers mois. Lors de mes stages en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), j'ai pu bénéficier de deux lieux d'expérimentation sur le terrain : l'UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) et le PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés). Cela m'a offert la richesse et la possibilité de rencontrer les individus y résidant, dans leur singularité. J'ai découvert, au travers de leurs expériences, les contraintes quotidiennes liées à l'âge ou la maladie, ainsi que les tourments engendrés par les pertes identitaires.

Au cours de mon cheminement personnel d'étudiante, j'ai été amenée à me questionner sur les conséquences du déclin des fonctions structurantes de l'identité sur le rapport au monde et à soi-même, dans le cadre du vieillissement pathologique. Je me suis également interrogée sur l'apport de la psychomotricité et du travail du psychomotricien dans l'assouplissement de ces chamboulements aux retentissements bien souvent délétères sur le sentiment d'existence.

*« Notre meilleure voie vers la santé consiste à élargir notre
sentiment d'identité »*

- Richard Moss

REMERCIEMENTS

Je remercie en premier lieu le corps professoral et l'IFP de Bordeaux pour leurs qualités d'enseignement et d'accompagnement à ce projet professionnel passionnant,

Je remercie Natacha Lagièrre, pour son aide, ses conseils avisés dans la rédaction de ce mémoire,

Merci à Marlène Lelong, pour sa supervision, sa disponibilité, et sa guidance ; ainsi qu'à tous les professionnels que j'ai côtoyés à travers mes stages,

Merci à mes maîtres de stage Béatrice Perreira, Sandrine Lepelletier de m'avoir fait découvrir avec clairvoyance leurs pratiques du métier,

Merci aux patients, résidents que j'ai eu la chance de rencontrer pendant mes stages et avec qui j'ai partagé des moments riches et des expériences formatrices,

Merci à mes chères amies, Carla, Margaux, Louise, Anne-Lise, d'être là depuis et pour longtemps,

Merci à Milan pour sa présence, son aide, sa patience, son talent pour trouver les mots qu'il faut,

Merci à ma famille, en particulier ma sœur Agathe, pour son soutien et ses encouragements,

SOMMAIRE

Avant-propos.....	1
Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Introduction.....	4
CHAPITRE I : LA SENESCENCE, UN PROCESSUS DESTABILISANT DANS LE MAINTIEN IDENTITAIRE.....	6
I) Les mécanismes à l'origine de l'émergence de l'identité dans l'enfance.....	6
II) Les remaniements identitaires lors du vieillissement « normal ».....	18
CHAPITRE II : LA MALADIE D'ALZHEIMER : UN BOULEVERSEMENT IDENTITAIRE INTENSE	30
I) Comprendre la maladie d'Alzheimer.....	30
II) Les troubles liés à la maladie d'Alzheimer et leurs conséquences en terme de pertes identitaires.....	39
CHAPITRE III : L'APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LA RECONCILIATION DE SOI.....	56
I) La psychomotricité pour se retrouver.....	56
II) Mises en pratique clinique.....	64
Conclusion.....	80
Bibliographie.....	82
Annexe.....	87
Table des matières.....	88

INTRODUCTION

L'identité vient habiller l'individu dans son existence au monde. Elle regroupe l'ensemble des caractéristiques qui font qu'il se perçoit comme une entité spécifique et se définit en tant que sujet individuel, ou collectif. Nous pourrions ainsi assimiler l'identité à un sentiment d'harmonie, entre une unité personnelle et une continuité temporelle. Elle se construit durant l'enfance, au travers de la socialisation, des processus identificatoires et des expériences affectives et corporelles.

Au fil du temps, l'individu va être confronté à des réorganisations de ses composantes identitaires. Ses expériences de vie, son vécu, ses deuils, ses joies sont autant d'éléments qui vont façonner qui il est et comment il se représente. La question de la construction et du maintien de l'identité d'une personne, ainsi que de son retour réflexif sur elle-même a toujours été une grande source d'intérêt pour moi. La dimension évolutive et non figée dans le temps permet d'y explorer les remaniements et les enjeux dans le grand âge. La vieillesse est un processus naturel qui peut être vécu comme une période de crise majeure ; l'individu doit exercer des réajustements continuels dans l'affirmation de son identité.

La Démence de Type Alzheimer (DTA) est une pathologie de la vieillesse. Cette maladie vient accélérer le déclin des fonctions cognitives et psychomotrices qui sont à l'origine de la conscience de l'existence de soi, du sentiment d'unité et de la distinction entre le moi et le non-moi. Ainsi, en agissant sur ces éléments, la maladie d'Alzheimer atteint l'identité de manière constante et progressive, jusqu'à sa perte.

C'est donc à l'apparition des premiers symptômes que l'intérêt de la psychomotricité auprès de ces personnes va se poser. La psychomotricité va venir solliciter la globalité du sujet, et, par le biais de médiations corporelles, va tendre vers un but commun à celui de l'identité : l'unification du sujet, sa différenciation avec autrui, et sa conscience de lui-même. Nous envisagerons alors la pratique de la psychomotricité comme une tutrice possible de l'identité fragilisée chez la personne atteinte de la DTA.

Nous pourrions rassembler ce cheminement par la problématique suivante :

Par quels moyens l'exercice de la psychomotricité en institution gériatrique peut-il contribuer à la préservation de l'identité chez le sujet âgé atteint de la maladie d'Alzheimer ?

Nous pouvons dégager plusieurs hypothèses de cette problématique :

- Le vieillissement, quelque soit la façon dont il est vécu, va entraîner des modifications dans le corps, et dans la manière dont le sujet se perçoit ; cela va venir impacter son fond identitaire.
- La maladie d'Alzheimer va induire des désordres d'ordre psychomoteurs, psycho-affectifs et comportementaux spécifiques qui vont accélérer les pertes identitaires.
- Le psychomotricien, à travers des médiations sensori-motrices, peut être un recours au réinvestissement corporel et identitaire du sujet.

Le développement sera divisé en trois chapitres.

Il m'a semblé nécessaire, en premier lieu, de retracer les éléments inhérents à l'ébauche et à la création de l'identité dans l'enfance. Nous détaillerons ensuite ses remaniements et sa déconstruction, liés aux troubles psychomoteurs dans le cadre de la sénescence.

Le second chapitre sera consacré à la description et à la compréhension de la maladie d'Alzheimer, sous un angle épidémiologique et médical. Puis, nous nous intéresserons aux conséquences de la maladie d'un point de vue psychomoteur, cognitif et identitaire.

Le troisième chapitre exposera les différentes facettes du métier de psychomotricien dans le milieu gériatrique et l'intérêt de cette profession dans l'aide au maintien identitaire. Suite à quoi, nous illustrerons par des expériences cliniques, des prises en charge en psychomotricité dans un but de sauvegarde de la subjectivité individuelle.

CHAPITRE I : LA SENESCENCE, UN PROCESSUS DESTABILISANT DANS LE MAINTIEN IDENTITAIRE

I. Les mécanismes à l'origine de l'émergence de l'identité dans l'enfance

Le concept d'identité de la personne est une notion complexe. Elle fait référence à l'individualité, à la singularité de l'individu. L'identité est à la fois la connaissance, la définition de soi et également la distinction et la reconnaissance de soi par autrui. Elle se construit dans un mouvement paradoxal qui oscille entre assimilation et différenciation ; par identification aux autres et distinction par rapport à eux. Le mot identité vient du bas latin *identitas-atis* et du latin classique *idem*, qui signifie *le même* [53].

A. Mucchielli dit que l'identité « est un ensemble de critères, de définitions d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisé autour d'une volonté d'exister » [80]. Le sentiment d'identité s'appuie sur les principes de continuité temporelle et de singularité qui permettent à la personne de se ressentir comme une unité cohérente. L'individu peut ainsi s'éprouver dans toutes ses identités sociales, et ses actes lui confèrent ce sentiment de globalité, de valeurs et de significations. Elle se construit de manière dynamique et évolue toute la vie. L'identité englobe différentes composantes répertoriées par E. Marc : le sentiment de soi, l'image de soi, la représentation de soi, la continuité de soi, le soi intime, le soi social, le soi idéal, le soi vécu [74].

Le temps amène la déconstruction de ce qui s'est édifié pendant l'enfance. Le vieillissement est une période charnière qui déstabilise l'essence même de la personne. E-M. Lipiansky dit que l'identité est une succession « de remaniements et de tentatives d'intégration plus ou moins réussies » [71]. Le Moi doit s'adapter et se réorganiser afin d'établir un nouvel agencement de la personnalité. La personne se retrouve atteinte dans son narcissisme, qui est selon F. Dolto la « *mêmeté d'être, connue et reconnue* » [30] ; et dans la reconnaissance de son identité propre.

A. De la fusion à l'individuation

1. *La mère suffisamment bonne* : terreau de la subjectivité

Lorenz et Bolk, cités par J-B. Paturet [81], développent le concept de néoténie : à la naissance, l'être humain est immature. Il fait partie des espèces parmi lesquelles les enfants ont le plus besoin d'accompagnement et d'étayage de la part de leurs figures d'attachement sur une longue durée avant d'atteindre la maturité. Le nourrisson se trouve alors dans un état d'indifférenciation, il ne se perçoit pas comme une unité, mais comme des entités fragmentées.

Selon la théorie de l'attachement de J. Bowlby [31][12], les liens d'attachement précoces entre la mère et l'enfant dans les premiers mois de la vie du bébé constituent le fondement de l'identité personnelle de l'enfant. Il dit « *L'attachement est un instinct conduisant tout au long de sa vie à avoir besoin d'être écouté, entendu, compris et soutenu par une ou plusieurs personnes considérées comme proches* » [Ibid].

Dès la naissance, les besoins du nourrisson sont assurés par sa mère -ou plus justement, sa ou ses figures d'attachement. La mère ressent son bébé, à travers son corps, son regard, ses pleurs [43]. D. Winnicott introduit le concept de « *holding* », qui correspond à l'ensemble des soins donnés à l'enfant par sa mère, le « *handling* », qui renvoie aux soins physiques apportés à l'enfant, et « *l'objet presenting* », qui correspond à la manière dont la mère présente le monde à son enfant. Par toute cette nourriture affective, qui va constituer un « *portage psychique* », et par la réciprocité des échanges, la différenciation du bébé va être possible [103].

D. Winnicott évoque le premier le concept de « *sentiment de continuité de l'existence* » [102]. On peut comparer cette notion à un système d'ancrage servant de base sur laquelle peuvent s'édifier la détente et l'impression de sécurité. Pour lui, ce sentiment de continuité d'existence repose sur la construction du moi, et c'est par un *holding* efficace pendant l'enfance que cette sécurité intérieure se bâtit.

Le rapport de l'individu à ses sensations intéroceptives, et donc la relation qu'il entretient à lui-même, va être à l'origine de son sentiment de continuité d'existence.

2. Le Moi-Peau

D. Anzieu parle de « *Moi-Peau* » [5] pour désigner l'enveloppe psychique qui s'étaye chez le bébé lorsque sa mère le tient dans ses bras, le touche, et lui fait ainsi ressentir les limites de son corps. C'est la « *figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* » [Ibid]. Le toucher va être très important dans le soutien de la fonction d'attachement à travers le contact peau à peau, le portage et l'enveloppement, ainsi que dans la vie émotionnelle et relationnelle du petit enfant.

Pour D. Anzieu, l'enfant est dans la nécessité de faire l'expérience d'une enveloppe contenante, autrement dit d'un « *maternage* », qui contribuerait à l'intégration de ses limites corporelles. Le *Moi-Peau* exerce de nombreuses fonctions : maintenance du psychisme, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale, inscription des traces sensorielles et tactiles. [Ibid]

La peau est l'organe sensoriel le plus étendu du corps. C'est le premier moyen de communication chez l'enfant avec le monde extérieur. Elle consigne le sujet dans son enceinte. D. Anzieu disait que « *la peau est l'enveloppe du corps, tout comme le moi tend à envelopper l'appareil psychique* » [Ibid]. La peau est pourvoyeur de l'identité individuelle et sociale du sujet. Elle est une frontière psychique et somatique entre le dedans et le dehors, le soi et le non soi, ce qui renforce le sentiment d'existence de l'individu. Par le toucher d'un objet, l'individu reconnaît son existence. Le rappel des limites cutanées regroupe le sujet dans son ressenti d'unité. Il est un point d'ancrage du bébé dans l'accès aux représentations et au symbolisme [5][67].

Le toucher participe à la prise de conscience de son corps. Il a une fonction de continuité, étant présent pendant la vie intra et extra-utérine. Il est le seul sens indispensable à la vie. Aristote, cité par D. Le Breton, disait déjà dans la Grèce Antique que « *le sens du toucher est le seul dont la privation entraîne la mort* » [67].

3. Le stade du miroir

J. Lacan est à l'origine du modèle théorique du stade du miroir [65]. C'est un stade qui apparaît entre le 6ème et le 18ème mois de la vie de l'enfant. À l'issue de cette étape, l'enfant aura une conscience de son propre corps et pourra différencier son Moi de son non-Moi.

J. Lacan disait « *Dans le miroir, en prolongement, en fusion plutôt avec les données proprioceptives morcelées, viendront s'inscrire les données visuelles liées au corps de l'autre ; soudainement s'unifiera, sous la forme de la "représentation inconsciente", ou Imago, cette image de l'autre, et à travers elle, la proprioceptivité qui lui était liée* » [65].

L'enfant voyant son reflet dans le miroir va dans un premier temps être dans la confusion, pensant qu'il y voit un individu autre que lui. Dans un second temps, il va prendre conscience, peu à peu, que la personne qu'il voit dans le miroir n'est pas une personne en chair et en os mais bel et bien une image, qu'il ne reconnaît pas pour l'instant comme étant la sienne. Dans un troisième temps, l'enfant va réaliser que l'image qu'il voit dans le miroir et le reflet de lui-même.

Il arrive à cette conclusion en opérant un raisonnement déductif. Il voit dans ce miroir son reflet porté dans les bras de son parent. Il reconnaît son parent dans le miroir, et il le voit derrière lui lorsqu'il se retourne. Il comprend alors que le miroir renvoie la représentation de son parent. Et alors, le reflet du petit personnage dans ses bras ne peut être quelqu'un d'autre que lui, qui se trouve actuellement dans ses bras. Le bébé comprend alors qu'il s'agit de son reflet.

P. Federn disait à propos du sentiment du moi que « *Tout ce qui est en dedans des frontières du moi est éprouvé sans discussion, ni réflexion, comme personnel, familier et cohérent, comme psychique, tout ce qui est situé au delà de ces frontières est ressenti comme étranger au moi* » [36]. Lors du stade du miroir, c'est la première fois que l'enfant voit son corps dans sa globalité, unifié, pourvu de limites propres et donc différent de celui de son parent, son sentiment du moi peut être investi. Il est un être à part entière.

4. La conquête de la subjectivité par le langage

Selon la définition du Larousse, le langage est « *une capacité observée chez tous les Hommes, d'exprimer leur pensée et de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux et éventuellement graphiques* » [54].

L'enfant est immergé depuis sa naissance dans un bain de langage par ses parents. A partir de 12 à 15 mois, l'enfant apprend à parler. Vers 18 mois, sa maîtrise du langage parlé viendra soutenir ses capacités de raisonnement. Au début du langage, les enfants ont encore une conscience d'eux-même qui passe par le regard de l'entourage : leur existence passe encore par le vecteur de l'autre. Cette conscience de soi s'établit progressivement. [100]

Pour L. Vygotski, l'arrivée du langage va être concomitante à l'intérêt que l'enfant va porter à la désignation des objets et à leur nomination. L'émancipation de l'enfant vis-à-vis de sa mère, cet écart du corps à corps qui va s'amorcer va créer le langage. Le langage offre un recueil contenant à l'enfant, en lui mettant à disposition des instruments cognitifs permettant l'intégration des relations [Ibid].

Par le langage, l'individu peut recouvrir ses sensations d'un discours. Le langage organise le monde interne et externe, la pensée, et les relations inter-individuelles. Il offre la possibilité d'élaborer récits et discours. Langage et pensée sont réciproquement interdépendants. Il permet l'émergence du symbolisme et de la pensée imaginaire. Le langage va être la condition, le support de la subjectivité et de l'apparition du « je ».

B. Entre continuité et rupture

1. Le tonus, toile de fond de l'identité

Selon la définition de M. Jovers : « *Le tonus est un état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales* » [63].

Le tonus assure différentes fonctions : il maintient l'éveil et soutient son expressivité, ainsi que celles de la vigilance, de la motivation, et de l'intention, tout cela en lien avec les états émotionnels du sujet. Il a une fonction anti-gravitaire et de stabilisation de la posture. Il permet la mise en tension de l'activité musculaire.

Le tonus est également à la base de la motricité, des processus de langage, de la communication non verbale et de l'expressivité. Pour H. Wallon : « *Le tonus est l'étoffe dont sont faites les attitudes et celles-ci sont en rapport d'une part avec l'accommodation ou l'attente perceptive, et d'autre part, la vie affective* » [101].

Le tonus joue un rôle prépondérant dans l'accession progressive de l'enfant à l'autonomie. Il sera le principal canal de communication durant les premiers mois de sa vie. L'enfant va pouvoir transmettre à ses figures parentales ses émotions et ses besoins. La satisfaction de ces besoins va engendrer un état de plénitude et de détente chez le bébé. Cette alternance entre les moments de calme, liés à une satisfaction des besoins, et des moments d'agitation, induits par leur insatisfaction, crée des variations toniques chez le jeune enfant.

Au départ, il ne va pas y avoir de différenciation entre le corps de l'enfant et celui de l'autre. Il y a juste les sensations internes du corps de l'enfant qui vont petit à petit prendre sens. L'enfant va associer à un état émotionnel une attente, un besoin qui va être satisfait par sa figure de soin.

H. Wallon met en lumière l'importance majeure de la fonction tonique de l'enfant dans la construction de son image mentale et de la prise de conscience de soi comme une entité à part entière différente de l'Autre. L'enfant, en mettant du sens à ses sensations, va accéder à ses représentations. Il parle alors de relation tonico-émotionnelle [101]. Cette différenciation entre le soi et le non-soi va permettre à l'enfant d'investir activement sa relation, et de moduler son tonus de manière à élargir ses possibilités d'expression.

2. L'individu se construit dans un référentiel spatio-temporel

L'Homme évolue constamment en relation avec son environnement, dans un référentiel spatial et temporel. Cette situation l'amène à se questionner sur son orientation, sur la manière dont il investit et occupe ses différents espaces. L'investissement de l'espace est un élément majeur dans le développement de l'enfant. A travers son interaction avec l'environnement, il va alimenter ses représentations.

Pour J. De Ajuriaguerra [1], l'espace corporel et l'espace environnant interagissent constamment et mutuellement à travers le mouvement. La relation primaire entre l'espace et le corps sera déterminante dans la construction du développement psychomoteur.

A. Coeman introduit la notion d'espace psychique à l'espace corporel. L'espace psychique fait référence au *Moi* [25]. Le face à face avec la mère permet la différenciation entre soi et l'autre et de ce fait entraîne l'édification de l'espace psychique.

Tout au long de sa vie, l'individu continue à interagir avec son environnement. Il évolue en projetant son corps dans l'espace ; et ses représentations en sont constamment remodelées. Mais en plus de s'incarner dans un référentiel spatial, l'individu navigue dans une temporalité.

A la naissance, le bébé va être soumis à l'épreuve des besoins de son corps : la faim, la fatigue, le besoin de propreté, le besoin d'être soigné. Cela va amener une discontinuité dans sa vie qui était jusqu'à présent linéaire. Il est soumis à des rythmes établis par cette alternance entre les besoins et leur satisfaction. La *bonne mère* [103], qui répond de manière adéquate, va permettre à l'enfant d'anticiper. Cela va marquer la base de la vie psychique et imaginaire du petit d'homme. Cette première capacité à anticiper construit les fondations de l'émergence de la pensée.

Selon D. Winnicott, progressivement, ce vécu de variabilité et d'incertitude de l'enfant va être remplacé par un sentiment de continuité engendré par les réponses assurées et régulières de la mère. Plus tard dans son développement, le bébé vivra ses changements de rythmes dans la dualité présence/absence de la mère. Ensuite, il va accorder ses rythmes biologiques au rythme circadien jour/nuit et à ses besoins physiologiques. Puis au sein de la journée, vont se succéder les temps de crèche, les temps d'école, les temps à la maison. Ces premières activités quotidiennes (école, goûter etc.) vont constituer les premiers rythmes structurant de la vie et de la socialisation. Progressivement, l'enfant va accéder à un apprentissage plus objectif du temps, en s'appuyant sur le développement cognitif [103].

C. Le corps, base de l'identité

Le corps est un concept complexe. Nous pouvons l'aborder sous différents angles de vue : corps réel, corps imaginaire, corps rêvé, corps anatomique, corps fonctionnel, corps médical, corps représenté... En psychomotricité, on considère le corps comme étant un socle identitaire. L'individu se l'approprié autant psychiquement que physiquement.

1. Le cheminement de l'identité par la corporéité

L'identité fait référence au caractère unique et spécifique de chaque individu. Elle est affiliée aux principes de conscience de soi et de représentation de soi. Pour J-P. Codol, l'identité regroupe les trois instances : constance, unité et reconnaissance du même [24]. La constance rejoint la question du sentiment de continuité d'existence.

Les cellules constituent le premier support de l'identité, elles portent en elles toute l'identité génétique de la personne, qui est unique et propre à elle. L'identité est donc une composante intrinsèque à la biologie avant même que l'individu ne s'en fasse une représentation.

L'identité se construit donc dès la période embryonnaire in-utero. Dès le début de sa vie, l'individu est amené à se différencier de ses congénères. Il se distingue par son vécu, son histoire, qui débute dans la période anténatale.

Puis, elle va se construire progressivement notamment dans la relation que l'enfant entretient avec ses parents. E. Pireyre dit que « *les premières racines de l'identité sont corporelles* » [87]. Les parents posent précocement des fragments identitaires sur leur enfant : ils choisissent le prénom, élaborent l'environnement dans lequel l'enfant va s'épanouir et projettent leur inconscient. La construction de l'identité est corrélée à la potentialité laissée par les parents à l'enfant de se construire une subjectivité. L'enfant ne pourra s'établir comme sujet distinct que s'il est représenté comme tel dans l'esprit de ses parents. L'identité s'origine donc en partie dans la sensorialité, le dialogue tonique et le regard.

2. La sensori-motricité dans l'émergence de la pensée

Pour J. Piaget, cité par M. Fournier, « *l'intelligence est une adaptation* » [38][86], elle s'enracine dans le mouvement. Le sujet doit adapter ses schémas de pensée selon ce qu'il rencontre ; et c'est comme cela qu'il nourrit sa réflexion et son imagination. A. Bullinger décrit les interrelations entre la vie psychique et les fonctions motrices. Pour lui, c'est donc par le corps que l'enfant expérimente sa sensorialité, sa motricité et les marque d'une empreinte affective et émotionnelle [13].

L'Homme possède cinq sens conventionnels et deux sens plus officieux : le toucher, l'odorat, la gustation, la vision, l'audition, la proprioception et la sensibilité vibratoire. Ils participent tous à l'intégration des informations en provenance de l'extérieur ou de l'intérieur. Les sens ont une fonction structurante dans le processus d'individualisation de la personne.

Ils sont un vecteur de communication majeur notamment entre l'enfant et ses figures d'attachement. La pensée émerge également de la sensorialité : c'est au travers de ses expériences sensorielles que le bébé va assimiler des connaissances sur son environnement et va enrichir ses représentations à l'origine de son développement intellectuel.

L'ancrage sensoriel est à l'origine de la construction psychique et des processus de subjectivisation de l'individu. Les interactions précoces, la vie fantasmatique, les schémas et processus mentaux, toutes ces fonctions qui participent à la construction identitaire de l'enfant reposent sur les bases de la sensorialité [40].

3. Axe et verticalité, tuteurs d'une intériorité corporelle

Le bébé, au fur et à mesure de son développement, va acquérir la préhension et la locomotion grâce aux lois proximo-distale et céphalo-caudale. Cette organisation de l'axe, qui repose sur les interactions sensorielles, va permettre une ébauche de la latéralité. Le sujet va pouvoir prendre conscience de son environnement en se mouvant dans l'espace. Selon C. Potel [93], cette prise de conscience de l'espace du dehors « *confirme les limites entre dedans et dehors* ». Plus tard, le petit d'homme aura accès à la verticalité puis à la marche. Cette acquisition de la verticalité va être primordiale dans le sentiment de continuité de soi selon P. Charazac [18]. La position debout permet d'accéder à la marche qui est une étape majeure dans la reconnaissance de l'enfant dans sa qualité d'être humain bipède.

4. Les fonctions unifiantes des représentations du corps

Les représentations du corps englobent diverses notions comme l'image du corps, la somatognosie, les schémas posturaux, l'image de soi, l'image spatiale du corps. Elles doivent être abordées sous un aspect dynamique ; elles sont variables dans le temps. Elles exercent un rôle structurant dans la perception de soi. Nous allons voir plus en détail le schéma corporel et l'image du corps.

a. *Le schéma corporel*

Le schéma corporel est la connaissance objective du corps dans sa globalité. Il se construit dans l'expérience motrice et conduit à la somatognosie qui arrive à maturité entre 6 et 7 ans. C'est une compétence universelle et unanime. Nous verrons plus tard dans le développement qu'en cas de remaniements corporels ou de démence, le schéma corporel peut se trouver impacté.

P. Bonnier est le premier à introduire l'idée d'une représentation topographique du corps. Il dit, en 1905, que « *le sens des attitudes nous fournit la notion du lieu de chaque partie de nous-mêmes et forme la base de toute orientation, tant objective que subjective et psychique. Il a pour objet la figuration topographique (schéma) de notre moi* » [11].

H. Head développe par la suite ce concept de schéma corporel. Il considère le schéma corporel comme le ressenti de la réalité des organes. Il dit, en 1920, que c'est la « *compréhension immédiate de la position et de la posture du corps par la proprioception* » [44].

Le schéma corporel est sans cesse remanié au cours de la vie. Il se construit au cours de l'enfance et intègre des modifications progressives durant le vieillissement.

b. *L'image du corps*

L'image du corps est l'image que l'on se fait de soi. Elle se construit au travers des expériences sensori-motrices et affectives de l'individu. Le sentiment de valeur de soi, le narcissisme et le respect s'inscrivent en elle.

Certains auteurs y ajoutent une dimension inconsciente : pour F. Dolto, « *l'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes ou s'exprime la tension des pulsions* » [30].

L'être humain est un objet qui se perçoit lui-même. Par conséquent, il ne se perçoit pas de manière neutre, mais à travers le filtre de sa subjectivité. L'image du corps est donc un ensemble d'images de corps, d'affects et de symboles. Elle est « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles* » selon F. Dolto [30].

E. Pireyre propose une autre vision de l'image du corps, sous le point de vue de la psychomotricité. Pour lui, « *l'image du corps ne peut se résumer à une « certaine représentation que l'on se fait de notre propre corps* » » [87]. Il propose donc le concept d'image composite comme étant une image du corps « *constituée d'éléments divers* ».

Il attribue à cette image composite du corps neuf composantes sous-jacentes: le sentiment de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau, l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les communications corporelles et les angoisses corporelles archaïques [87].

Nous avons donc vu qu'un certain nombre de paramètres participent à la création du sentiment d'identité chez la personne. Un environnement sécure soutenu par des figures d'attachement suffisamment attentionnées va permettre à l'enfant de connaître son corps et de construire son identité. L'identité est un processus dynamique qui se remodèle tout au long de la vie, et qui va subir d'avantages de bouleversements lors de l'entrée de l'individu dans la vieillesse.

Le temps amène la déconstruction de ce qui s'est élaboré durant l'enfance, c'est ce que nous allons voir dans la seconde partie de ce Chapitre I.

II. Les remaniements identitaires liés au vieillissement « normal »

A. Vieillesse et troubles induits

1. Vieillir en quelques chiffres

Selon la définition de l' Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le vieillissement est un « *processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps* ». Si aucune pathologie n'est associée au vieillissement, on parle de sénescence [48].

Dans nos sociétés occidentales, on considère un individu comme étant « *âgé* » au moment du départ à la retraite. L'OMS parle de « *jeunes vieillards* » entre 60 et 74 ans, de « *vieillards* » entre 75 et 90 ans et enfin de « *grands vieillards* » au-delà de 90 ans. En France, on retient depuis 1982 l'âge de 60 ans [Ibid].

Selon les données du Ministère des Solidarités et de la Santé, on compte aujourd'hui en France 15 millions de personnes de 60 ans et plus ; et 1,4 million de citoyens ayant 85 ans et plus. Les estimations prévoient un accroissement exponentiel de ces nombres dans les années à venir. L'espérance de vie en France est de 78,4 pour les hommes et 84,8 pour les femmes [Ibid].

Une grande majorité des personnes âgées parvient à maintenir son autonomie. En effet, seuls 8% des plus de 60 ans et 20% des plus de 85 ans sont dépendants. L'âge moyen de perte d'autonomie est estimé à 83 ans. On compte 1,2 million de bénéficiaires à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) dont 60% sont à domicile et 40% en institution [Ibid].

2. Des modifications macroscopiques, physiologiques et psychologiques

a. *Le corps vieillissant*

L'être humain, dès sa naissance évolue, mature et vieillit. À chaque étape de la vie, le corps se transforme et les marques du temps apparaissent. Elles s'amplifient avec l'avancée en âge en particulier autour de cinquante ans. L'âge se voit de prime abord sur l'apparence physique de la personne, et les premiers signes apparaissent suite à des modifications cellulaires et tissulaires. Leonard Hayflick et Paul Moorhead [62], dans les années 1960, démontrent que les phénomènes de divisions cellulaires et de renouvellements tissulaires sont moins efficaces, ce qui entraîne un ralentissement du fonctionnement organique. Il n'est pas une structure organique qui ne soit touchée par le vieillissement.

Avec l'âge, la peau se ride, elle est plus fine, moins élastique, moins souple et devient plus sèche. Les cheveux blanchissent avec la réduction du nombre de mélanocytes, ils poussent moins vite et se ternissent. Les dents se fragilisent, et s'usent ce qui favorise l'émergence de problèmes dentaires. Elles perdent en hauteur et parfois tombent.

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution osseuse entraînant de l'ostéoporose. L'ostéoporose, qui est une diminution de la densité osseuse, augmente les risques de fractures et de chutes. Le tassement des vertèbres de la colonne vertébrale induit une diminution de quelques centimètres de la taille de la personne. Une courbure dorsale en cyphose peut apparaître également. La marche devient vacillante, moins certaine et énergivore. L'allure devient modérée, le rythme moins soutenu. L'amplitude et la hauteur des pas se réduisent. La proprioception liée à une oreille interne moins efficiente va engendrer des troubles de l'équilibre.

Le système neuromusculaire est impacté. On constate une hausse de la fatigabilité ainsi qu'une atrophie musculaire qui engendre une diminution de la force. Les articulations deviennent moins mobiles, sont douloureuses et peuvent poser problème au niveau de la motricité globale et fine [Ibid][61].

b. Atteintes physiologiques

Avec l'âge, le besoin de sommeil s'amenuise. Les nuits sont souvent agitées à cause d'une alternance veille/sommeil dérégulée. À leur réveil, les personnes âgées ont souvent cette impression d'être peu reposées. Beaucoup somnolent tout au long de la journée et font une sieste l'après-midi.

Le système hormonal est également chamboulé. Une désynchronisation entre les hormones de l'appétit et de la satiété provoque une diminution de la sensation de faim et de soif.

Les grands systèmes de l'organisme subissent aussi un ralentissement général : les fonctions cardiaques et respiratoires sont moins efficaces ; la circulation sanguine est ralentie et la pression artérielle augmentée. La capacité ventilatoire s'amointrit avec les modifications de la cage thoracique et la perte des muscles de la fonction respiratoire. On observe beaucoup d'essoufflements à l'effort parmi les personnes âgées. Les fonctions d'élimination sont également moins performantes. Les incontinences urinaire et fécale sont très fréquentes.

Au niveau du système nerveux, le vieillissement physiologique entraîne des modifications de la structure cérébrale et notamment l'apparition d'une dégénérescence neurofibrillaire et de plaques séniles. La plasticité cérébrale est moins opérante et le ralentissement des capacités végétatives de l'individu induit une diminution des capacités adaptatives de l'organisme. [61][62]

c. Impact du vieillissement sur les fonctions cognitives

L'attention, les compétences intellectuelles, la mémoire fléchissent avec l'âge et le ralentissement du système nerveux. Les apprentissages sont plus difficilement maîtrisés. On observe des fois des attitudes régressives chez les personnes âgées qui semblent retrouver des schémas de pensée propres à l'adolescence voire à l'enfance.

Le comportement et le caractère peuvent aussi subir d'importantes modifications. La personne âgée doit s'adapter constamment à son inadaptation progressive. Elle doit sans cesse se réorganiser et se restructurer.

On observe globalement que les comportements tendent à se rigidifier. La personne âgée, pour tenter de pallier à son sentiment de vulnérabilité et son absence de contrôle sur sa vie et sur son corps, va installer un ordre fixe et rigide dans son univers proche et familial. S. de Beauvoir disait : « *Contre la précarité objective de sa situation, contre son anxiété intime, le vieillard cherche à se défendre : il faut interpréter -du moins en grande partie- comme des défenses, la plupart de ses habitudes. Il en est une qui est presque commune à tous : ils se réfugient dans des habitudes, dans un rideau de rites et de coutumes* » [9]. Cela lui garantirait alors l'impression d'un minimum de sécurité.

Pour J. Cazeneuve, le rituel remplit trois fonctions essentielles : [14]

- Il repousse la menace.
- Il s'établit dans un espace dépourvu d'angoisse : on construit un rituel pendant que l'on est dans un endroit rassurant en vue de la combattre quand elle se présentera.
- Il permet de se familiariser avec la menace voire la l'appivoiser, la manipuler, ou encore la sublimer comme dans la religion ou dans le sport.

3. Problématiques psychomotrices

a. *Notion de trouble psychomoteur*

La notion de trouble psychomoteur est récente, puisque sa première évocation date de la première moitié du XXe siècle. M. Merleau-Ponty, dans le courant de la phénoménologie, parle d'une « *incarnation des significations dans le mouvement* » [76].

H. Baruk est le premier à parler de trouble psychomoteur chez le patient adulte schizophrène. Il évoque les troubles neurologiques doux, dont feraient partie les troubles psychomoteurs, par opposition aux troubles neurologiques durs : « *Le trouble moteur est bien lié à la perturbation psychique, mais cette perturbation psychique est d'elle-même d'origine organique ; et est indépendante de la volonté du malade, tout en lui donnant l'impression que la raideur est réalisée par lui* » [8].

J. de Ajuriaguerra, à travers ses travaux, insiste sur la pluralité étiologique des troubles, sur le caractère évolutif de la sémiologie et du développement de l'individu, sur le rôle actif de l'individu sur son trouble, et sur la nécessité de s'appuyer sur certains tests qui permettent de mesurer les aptitudes psychomotrices [1].

J-M. Albaret apporte une vision moderne à cette définition, dans la continuité de Ajuriaguerra. Pour lui, le trouble psychomoteur apparaît lorsque le « *sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui* ». Il tire son origine à partir de « *facteurs génétiques, neuro-biologiques, psychologiques et/ou psychosociaux* ». Les troubles psychomoteurs sont « *situationnels et discrets, entravant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social* » [4].

b. *Altération des fonctions sensorielles*

Le processus du vieillissement touche tous les sens de l'individu. Les fonctions sensorielles perdent de leur efficacité au niveau de leur sensibilité, de leur acuité et de leur discrimination. L'altération des fonctions sensorielles amenuise la communication avec autrui. [61][62]

- La vision est très impactée et parfois de manière précoce. Elle perd en sensibilité à la lumière, en acuité, en reconnaissance des couleurs, et dans l'appréciation des perspectives. La presbytie est très fréquente chez les personnes âgées. Le port de lunettes devient alors indispensable. L'opacification du cristallin et sa perte d'élasticité sont à l'origine de la cataracte.
- L'audition est également très touchée par le vieillissement. On observe une diminution du seuil de réception du discours. La communication avec les personnes âgées s'en trouve bien souvent entravée. Cette presbycusie induit des difficultés à localiser un son dans l'espace et donc peut poser soucis dans l'orientation spatiale.
- Le nombre de papilles gustatives baisse. La nourriture est souvent perçue comme fade. La sensibilité de l'amertume et du salé diminue davantage au sucré.

- Au niveau de l'odorat, la destruction des cellules de la muqueuse nasale induit une réduction progressive de la perception des odeurs.
- Les modifications de la peau ont un retentissement sur la qualité des informations tactiles perçues. On note une diminution des capteurs sensoriels qui augmente le seuil de réception de cette sensibilité. Les douleurs neuropathiques, les fourmillements, ou les pertes de sensibilités dues à des maladies (AVC...) peuvent également modifier la réception des sensations du toucher ainsi que leurs représentations.

Cependant J. Messy affirme que « *Ce n'est pas parce que la communication est interrompue qu'il n'y a pas d'appel, qu'il n'y a pas de réception, d'où la nécessité de maintenir un bain symbolique.* ». [75] Le sujet continue d'être en relation par sa présence ; par son corps même, il émet une parole.

Dans le cadre de mon stage en EHPAD, je rencontre une dame qui est quasiment sourde et qui a une vision très réduite. Nous communiquons alors beaucoup à travers le contact tactile; je lui touche le bras pour lui signifier ma présence, je lui tiens la main lorsque elle est sujette à de l'anxiété. Sa communication tonique me fait dire qu'elle est très réceptive aux massages des épaules, et aux sensations tactiles que nous utilisons alors comme médiation avec des balles de différentes textures. En effet, dans ces moments, elle sourit et adopte une posture ouverte tournée vers moi.

c. *Motricité fine et globale*

La douleurs, les raideurs articulaires, la fonte musculaire, les modifications liées au schéma corporel sont autant de paramètres qui peuvent perturber les mouvements, les déplacements et la motricité fine et globale du sujet. Les coordinations sensori-motrices et la mémoire sensorielle sont moins efficaces. L'altération de la proprioception retentit sur l'équilibration et la motricité fine.

Les personnes âgées peuvent être sujettes à des maladroresses motrices et gestuelles ainsi que des apraxies. Cela peut venir perturber l'exécution de gestes simples ou symboliques.

Les chutes sont fréquentes chez les personnes âgées et sont à l'origine d'une grande régression psychomotrice. Les personnes âgées peuvent alors souffrir d'une peur du vide antérieur et craindre de pencher leur corps vers l'avant. Elles vont avoir tendance à présenter une posture en rétroversion, le corps projeté vers l'arrière, à augmenter leur tonus musculaire au niveau de l'axe et des membres.

Lors d'un premier stage en EHPAD, j'ai rencontré une résidente qui restait au fauteuil toute la journée. En discutant avec les aides-soignantes, j'ai appris que cette dame avait chuté de cela quelques semaines et que depuis -bien que ses capacités physiques le permettaient- elle était terrorisée à l'idée de marcher. Selon les dires des soignantes, son comportement s'en était trouvé modifié : cette dame agréable était devenue acariâtre et morose. Une prise en charge psychomotrice aurait certainement été très bénéfique pour cette dame, avec un travail autour de la reprise de confiance dans la marche, en exerçant son équilibration, en renforçant la sensation de ses appuis, en renouant avec le plaisir de se mouvoir, etc.

d. *Le schéma corporel chez la personne âgée*

Le vieillissement psychomoteur induit une limitation des mouvements dans leurs caractéristiques qualitative et quantitative. La personne est entraînée dans un cercle vicieux, dans lequel ralentissement des fonctions et désinvestissement du corps s'entremêlent.

L'appauvrissement sensoriel influe sur le schéma corporel. La désorganisation tonique, liée à une posture incertaine et à des repères déstabilisés, va obliger l'individu âgé à renégocier sa relation à l'espace. On observe ainsi une réduction de l'espace d'action et de déplacements. L'espace est désinvesti, le sujet renonce à ses déplacements.

P. Schilder a énoncé que le schéma corporel chez l'Homme est « *en perpétuelle autoconstruction et autodestruction interne. Il est vivant dans ce processus continu de différenciation et d'intégration* » [97]. Avec l'âge, la construction posturale repose toujours sur la sensori-motricité, qui, comme nous l'avons vu, est mise à mal à l'épreuve de la vieillesse.

Ainsi, la mise au repos des expériences motrices et sensibles induit une déstructuration du schéma corporel.

Les troubles de la régulation tonique sont très fréquentes chez les personnes âgées. J. de Ajuriaguerra, cité par Pitteri [88], observant que les personnes de plus de 70 ans présentaient des paratonies de fond très fréquentes, les a considérées comme « *quasi physiologiques* ». Cette caractéristique tonique est importante à prendre en considération dans les projets thérapeutiques, de relaxation par exemple, auprès de personnes âgées.

J'ai pu découvrir l'aide à domicile auprès des personnes âgées. Je devais alors accompagner une dame faire ses courses. Avant de sortir, elle a pris sa veste et impossible pour elle de l'enfiler. Il ne s'agissait alors pas d'un problème d'ordre physique ou articulaire mais d'une difficulté dans l'appréhension et la représentation de son espace péri-corporel arrière. Avec mes indications (« un peu plus haut », « plus à droite »), elle y est finalement parvenue.

e. *Les modifications de l'image du corps*

L'image du corps n'est pas une réalité objective, mais une représentation de la réalité. Cette identification imaginaire va également être influencée par les regards des autres, et par les idéaux. Elle s'ancre dans un processus d'élaboration permanente afin de satisfaire le besoin de reconnaissance par autrui au travers du cheminement vers la reconnaissance de soi.

L'apparence du corps est profondément modifiée avec l'épreuve de l'âge. La personne âgée doit s'adapter à tous ces changements. L'image du corps est alors grandement altérée. La vision dépréciative d'un corps usé et moins performant renvoie une image négative à la personne. La vieillesse amène progressivement la personne à faire son deuil d'un idéal du corps. A chaque personne son vécu, et sa stratégie pour « faire face ».

En opposition au stade du miroir de J. Lacan pendant l'enfance, J. Messy, va introduire chez la personne vieillissante la théorie du « *stade du miroir brisé* ». Selon cette théorie, la personne vieillissante se représente « *sa propre image pour la mort, anticipation non plus "jubilatoire" mais "affligeante", non "projection de l'ébauche du moi", selon la proposition lacanienne, mais "projection de la débauche du moi" » [75]. On assiste à une dénarcissisation du socle identitaire.*

Lors de mon stage de découverte du milieu gériatrique en EHPAD, j'aide une aide-soignante à effectuer la toilette d'une dame. Celle-ci, apercevant son reflet dans le miroir, me regarde et me confie d'un air triste « Je n'ose même pas me regarder dans le miroir, je ne me reconnais pas ».

Une autre fois, je vais chercher un résident dans sa chambre pour lui proposer de venir manger. Il était en train de se peigner et me dit, résigné, sur le ton de l'humour « Bon on fait ce qu'on peut pour essayer d'être sortable! ».

B. Remaniements identitaires

1. Départ à la retraite et identité sociale

Au niveau social, le départ à la retraite va chambouler le statut de la personne et les représentations identitaires qui en découlaient. L'arrêt du travail est associé à une dévalorisation sociale, en particulier dans nos sociétés industrialisées dans lesquelles la reconnaissance matérielle et morale provient en majeure partie de l'activité professionnelle. On voit souvent des personnes âgées qui se sentent rejetées, comme oubliées de la société.

Il y a une véritable perte au niveau de l'identité sociale qui impacte la psychologie de la personne. Elles doivent faire le deuil d'une vie active, dans laquelle leurs besoins d'auto-suffisance, d'appartenance à un groupe, de sécurité, d'accomplissement étaient assouvis.

La retraite s'accompagne souvent de bouleversements au sein de la cellule familiale. Les relations de couple doivent bien souvent se réorganiser à partir du moment où les habitudes de vie sont bousculées et notamment lorsque les deux compagnons vivent dans le même espace toute la journée [88].

Il est cependant important de rappeler que tous les individus vivent leur départ à la retraite de manière différente. La retraite est aussi un moment propice pour « faire le point » sur sa vie, prendre le temps de s'écouter, s'atteler à des nouvelles passions ou voyager, ce qui est parfois incompatible avec la cadence soutenue de la vie active.

2. Identité corporelle

L'enveloppe charnelle de l'individu est un des éléments principaux de l'identité corporelle du sujet. La préoccupation narcissique chez la personne âgée, en lien avec son estime d'elle-même prend une dimension majeure. Le désinvestissement affectif est très fréquent, le sujet a tendance à désavouer tout investissement narcissique lié à son corps.

C. Helson dit que « *le vieillissement qui altère l'image de soi est donc à la fois une épreuve narcissique (continuer à aimer son image décatie) et subjective (conserver sa conscience de soi malgré le rapprochement de la mort)* » [45]. Le conflit des images, celle que l'individu perçoit et celle à laquelle il aurait voulu ressembler, est immuable à la condition humaine, quelque soit l'âge. Il s'intensifie toutefois avec l'avancée dans l'âge. Il y a parfois un grand écart entre l'âge réel et l'âge subjectif de la personne. Elle peut alors connaître des difficultés à se reconnaître, s'accepter, intégrer l'image qu'elle voit comme étant la sienne. La personne âgée doit ainsi souvent faire le deuil d'un idéal de corps.

3. L'horizon de la mort

Les personnes âgées ont bien souvent été confrontées de près ou de loin à la mort au cours de leur vie. Perte des grands-parents, puis des parents, peut-être de la famille ou d'amis proches.

L'approche de la mort se manifeste par des signes annonciateurs physiques et/ou psychologiques : tristesse, repli, anxiété, agitation, relecture de sa vie, anorexie, faiblesse extrême, etc. Chaque personne agit différemment à l'approche de sa mort. La peur de la mort peut être absente chez nos anciens. Certains la réclament même, l'associant à une forme de libération.

D'autres l'envisagent de manière plus angoissée. Le sujet peut avoir peur de sortir de l'existence, d'être propulsé dans le néant, de devenir cadavre, de perdre sa conscience. Cette angoisse de mort peut être associée à la peur de la perte de son identité avec la disparition de l'ego. Cette angoisse est reliée à celles vécues lors de la construction du Moi, notamment par le passage par les angoisses de morcellement, la perte des limites de l'espace et du temps. [88]

4. Valeur de soi

Le soi fait l'objet de jugement de valeur. On parle de valeur de soi, d'estime de soi ou encore de narcissisme. L'estime de soi est l'évaluation faite d'un individu en rapport à sa propre valeur. De manière générale, une faible estime de soi est corrélée à la dépression, aux difficultés relationnelles et adaptatives. [2]

La personne âgée est sujette à de nombreuses pertes. Pertes humaines, perte de son autonomie, perte de ses facultés cognitives, perte de la maîtrise de son corps, perte de son statut d'actif, perte de son sentiment d'utilité. La vieillesse révèle un nouveau corps, cela vient s'ajouter aux autres failles liées au vieillissement ou à l'histoire du sujet.

La perte d'autonomie signifie que la personne est dans l'incapacité d'effectuer seule les principaux actes de la vie quotidienne. Elle peut représenter une rupture dans la vie de la personne et venir bouleverser son équilibre affectif. Selon P. Chazarac, la dépendance s'accompagne d'une profonde angoisse et « *altère l'image de soi et des proches qui deviennent des projections idéalisatrices ou persécutrices* » [20].

C. Herfray a écrit « *se sentir confrontées au risque de ne pas pouvoir, éveille en elles une profonde angoisse. Elles préfèrent alors renoncer à tenter de le faire plutôt que d'affronter le moindre risque de ne pas y arriver* » [46].

Les sentiments de honte et d'humiliation font souvent partie du quotidien des personnes âgées. Ces ressentis destructeurs impactent négativement la personne dans son appréciation d'elle-même.

Je rencontre une dame, lors de mon stage en EHPAD, qui me demande de l'accompagner aux toilettes, ne pouvant marcher seule. Tandis que je l'aide à s'installer, elle répète doucement « comme c'est humiliant... comme c'est humiliant... ». Je tente alors de la rassurer et de lui octroyer le plus d'intimité possible. Elle me dit alors « c'est comme ça... Il faut s'y faire, mais je crois que je ne m'y habituerai jamais ! ».

Pour clôturer ce premier chapitre, il est utile de rappeler que le vieillissement est inhérent à la condition humaine et que bien qu'étant un processus universel et inéluctable, il demeure une expérience subjective pour chaque individu.

Ainsi, tous les individus ne vieillissent pas au même rythme et n'accèdent pas à la même vieillesse. Le vieillissement normal ou naturel tend le plus possible vers un processus adaptatif. La normalité, qui est conçue comme un idéal social, supposerait qu'il y ait un continuum entre le normal et le pathologique qui irait de l'anormalité extrême à la normalité idéale ; de la pathologie sévère à la santé parfaite. La normalité est ainsi considérée dans nos sociétés occidentales comme l'absence de maladie. L'apparition d'une pathologie dans la vieillesse va rajouter au sujet des nouvelles substances identitaires avec lesquelles composer ; à additionner avec tous les remaniements mis en jeux au cours du processus de vieillissement naturel que nous avons traités dans le Chapitre I.

Nous allons voir dans le Chapitre II l'impact de la démence de type Alzheimer (DTA) sur le sentiment de continuité d'existence chez l'individu âgé au travers des troubles engendrés.

CHAPITRE II : LA MALADIE D'ALZHEIMER, UN BOULEVERSEMENT IDENTITAIRE INTENSE

I. Comprendre la maladie d'Alzheimer

A. La maladie d'Alzheimer : qu'est-ce-que c'est ?

1. La maladie d'Alzheimer est une pathologie démentielle

Selon la définition de l'OMS, la démence est « *un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée* » [60].

La démence est une des principales causes de handicap et de dépendance chez la personne âgée. Elle est éprouvante non seulement pour les malades mais aussi pour les proches et les aidants. Elle a des conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques pour les familles et la société.

Il existe de nombreuses formes de démences. La maladie d'Alzheimer est la plus commune et serait à l'origine de 60 à 70% des démences. Les autres formes de démence les plus répandues sont la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy et la démence fronto-temporale.

Dans cet écrit, nous nous intéresserons spécifiquement à la Démence de Type Alzheimer (DTA).

2. Données statistiques

Nous nous baserons sur les données de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). La maladie d'Alzheimer est une maladie rare avant 65 ans, puisque seuls 2% des personnes touchées ont moins de cet âge. C'est donc une maladie qui se déclare de façon quasi-spécifique chez la personne âgée. Elle se manifeste d'abord par des pertes de mémoire, suivies au cours des années par des troubles cognitifs généraux et handicapants. [51]

La maladie d'Alzheimer touche 2 à 4% des personnes de plus de 65 ans. Elle augmente ensuite pour atteindre 15% des 80 ans et plus. On estime aujourd'hui que 1,3 million de personnes sont touchées en France par cette maladie. Les femmes semblent plus exposées que les hommes, en effet, sur 25 malades, 10 hommes sont touchés contre 15 femmes. [Ibid]

3. Historique et causes de la maladie d'Alzheimer

C'est en 1907 que le psychiatre et neuropathologiste allemand Aloïs Alzheimer identifie cette pathologie qui prendra son nom. Après la mort d'une patiente qui était atteinte de démence, et qui présentait des troubles de la mémoire, un mutisme, une désorientation et des hallucinations, il pratique l'autopsie sur son cerveau. Il observe et décrit deux lésions neuropathologiques principales : les plaques séniles et les dégénérescences neurofibrillaires. [59][49]

Dans les années 80, le pathologiste américain George Glenner a mis en évidence la protéine bêta-amyloïde comme étant le composant majeur des plaques séniles. Le belge Jean-Pierre Brion a découvert la présence anormalement élevée de protéines Tau accumulées dans les dégénérescences neurofibrillaires.

Dans les années 90, plusieurs gènes sont identifiés comme facteurs de risque de la transmission génétique de la maladie. Depuis vingt ans, on constate de nombreux progrès dans la recherche. Les lésions sont mieux connues, les tests diagnostics plus spécifiques, des nouveaux facteurs de risques sont identifiés et les mécanismes moléculaires mis en jeu sont mieux compris.

4. Caractéristiques de la maladie

a. *Les symptômes*

L'évolution de la maladie a une durée variable selon les individus, pouvant aller de cinq à vingt ans. Les troubles de la mémoire sont le symptôme le plus prégnant et perceptible. La personne a de plus en plus de mal à se souvenir des événements récents. À cela s'ajoutent des troubles des fonctions exécutives au niveau de la programmation et du séquençage d'actions. Les troubles d'orientation dans le temps et l'espace sont également très révélateurs. On constate aussi des troubles du langage, ou de la vision. [59][49]

L'évolution de la maladie s'accompagne de troubles progressifs du langage oral (aphasie) et écrit (dysorthographe), de troubles du mouvement (apraxie), de perte de reconnaissance des objets (agnosie), de troubles du comportement et de l'humeur (anxiété, dépression, irritabilité) et de troubles du sommeil (insomnie). La dépendance s'installe alors progressivement.

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative évolutive et incurable. La détérioration du cerveau, associée à des troubles comportementaux, est lente, globale et altère l'ensemble des fonctions cognitives et intellectuelles. Toutes les personnes atteintes ne présentent pas le même tableau clinique, ni la même évolution, ni la même souffrance.

b. *Les différentes formes de la maladie*

Il y a deux formes de la maladie D'Alzheimer [Ibid] :

- La **forme sporadique**, la plus courante dans 95% des cas. Elle touche majoritairement les personnes âgées de plus de 65 ans.
- La **forme familiale** (5%), d'origine génétique a une apparition plus précoce, avant 60 ans.

c. *Les facteurs de risque*

Ils peuvent être d'origine environnementale ou génétique [59][49].

- La prévalence de la DTA augmente considérablement avec **l'âge**.
- Le **sexe** : Les femmes sont plus touchées que les hommes.
- Le **niveau d'éducation** : il semblerait que les personnes ayant un haut niveau d'étude seraient dotées de plus grandes capacités cérébrales, ce qui constitue un facteur protecteur.
- Des études ont souligné que la consommation de **tabac** accélérerait le déclin cognitif.
- Les **antécédents médicaux** de la personne : L'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie, l'obésité et les accidents vasculaires cérébraux impactent négativement les fonctions cognitives.
- Certaines **mutations de gènes** transmises génétiquement augmentent la probabilité d'apparition de la maladie.

d. *Les facteurs protecteurs*

Il n'y a aucun moyen de prévenir la maladie d'Alzheimer de manière certaine. Cependant, il existe des manières de réduire les risques de développer la maladie. En effet, notre mode de vie exerce une influence sur la probabilité d'être atteint. Sont des facteurs protecteurs [Ibid] :

- L'**entretien d'une activité cérébrale** soutenue tout au long de la vie.
- Une **activité physique régulière** participerait également à réduire les risques.
- La **socialisation**, le maintien des relations et de l'environnement social.
- Un **régime dit « méditerranéen »**, qui prône une grande consommation de fruits, de légumes et de graisses saturées ; une consommation moyenne de poisson et de produits laitiers ; une faible consommation de viande et l'évitement des boissons alcoolisées.

B. Diagnostic et prise en charge

1. L'établissement du diagnostic

a. *Critères diagnostics selon le DSM V*

Le diagnostic formel ne peut être obtenu que par l'autopsie du cerveau post-mortem. On parle donc de diagnostic probable. L'évaluation initiale repose sur un entretien avec un médecin. Pour poser son diagnostic probable, le médecin se base sur les critères du *Diagnostic Statistical Manuel V* (DSM V) [Annexe] de la démence de type Alzheimer. [59][49]

b. *Évaluations cognitives*

Le diagnostic probable s'appuie également sur des tests neuropsychologiques pour être établi. On retrouve par exemple le *Mini Mental State Evaluation* (MMSE) de Folstein, qui permet de mettre en évidence les premiers troubles liés à la maladie d'Alzheimer. Ce test explore les fonctions mentales, la capacité de mémoire à court terme, l'orientation dans le temps et l'espace, les capacités de calcul, et la compréhension de demandes simples. Ce test est noté sur 30 points. En dessous de 25, on considère qu'il y a un dysfonctionnement des fonctions mentales.

Il existe d'autres tests de la mémoire comme le *Memory Impairment Sreen* (MIS) et des tests de repérages comme le test de l'horloge et le test de fluence verbale. [Ibid]

c. *Les examens biologiques*

En plus des tests, il est possible d'avoir recours à des examens biologiques et d'imagerie cérébrale, notamment l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomographie à émission de positons (TEP-scan), afin d'affiner le diagnostic possible. [Ibid]

- L'IRM permet de mesurer l'atrophie du lobe frontal médian, qui est un indicateur majeur du développement de la DTA. Elle peut mettre aussi en évidence une éventuelle atrophie de l'hippocampe, qui est une structure intervenant dans la mémoire. Elle va également permettre de détecter des problèmes au niveau de l'amygdale, qui est la structure phare dans la régulation des émotions.
- La TEP-Scan va permettre de mesurer la diminution de la consommation de glucose qui signifierait la réduction du métabolisme neuronal, typique de la maladie d'Alzheimer. Elle va aussi évaluer quantitativement les plaques amyloïdes à l'aide de marqueurs.
- Une analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) : Le LCR est prélevé par ponction lombaire. Il contient les biomarqueurs présents dans la maladie d'Alzheimer : la protéine bêta-amyloïde et la protéine Tau. Il est donc possible de mesurer leur quantité présente dans le LCR.

Il est nécessaire de dépister précocement cette maladie afin d'anticiper, de prendre ses dispositions pour l'avenir, commencer le plus tôt possible les traitements médicamenteux et non médicamenteux afin de ralentir la progression et pouvoir adapter l'environnement.

2. Les stades de la maladie

La maladie d'Alzheimer peut se décliner en quatre stades selon les résultats du patient au MMSE [49][59] :

- **La forme légère de la maladie d'Alzheimer** : C'est la première phase, elle se manifeste principalement par des pertes de mémoire et des troubles du comportement. Parfois, des troubles du langage et de l'attention apparaissent. La personne se rend compte de ses difficultés et peut développer des symptômes d'anxiété ou de dépression. Le score de MMSE est supérieur à 20 points.

- **La forme modérée de la maladie d'Alzheimer** : Il y a une aggravation des troubles de la mémoire et du comportement, une perte d'autonomie, une désorientation dans le temps et l'espace, une incapacité à reconnaître des objets usuels ou des proches, une nette diminution de l'autonomie. Le MMSE se situe entre 10 et 20 points.
- **La forme sévère de la maladie d'Alzheimer** : cette phase avancée se traduit par des troubles de la mémoire très importants. La personne oublie les événements survenus tout au long de sa vie, ses langages oral et écrit sont fortement perturbés, tout comme sa capacité à comprendre une conversation: la personne s'isole et ne communique plus. Elle a des difficultés à se déplacer et chute fréquemment. Le MMSE est inférieur à 10 points.
- **La forme terminale de la maladie d'Alzheimer** : Durant cette phase, la perte d'autonomie est totale, le patient ne peut plus se déplacer, ni communiquer et devient grabataire.

3. Des traitements médicamenteux et non médicamenteux

a. *Les traitements médicamenteux*

En l'état actuel des choses, il n'existe aucun traitement curatif de la maladie d'Alzheimer. Il existe cependant des médicaments qui agissent sur les symptômes de la maladie. Selon les recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS), il existe quatre médicaments aujourd'hui mis sur le marché : le *Donépézil*, la *Rivastigmine*, la *Galantamine* et la *Mémantine*. On peut les regrouper en deux classes thérapeutiques : les inhibiteurs de la cholinestérase et les antiglutamates.

Selon le Vidal, l'**inhibiteur de la cholinestérase** a pour objectif de restaurer la concentration normale d'acétylcholine dans les zones touchées par le cerveau. L'**antiglutamate** va protéger les neurones d'un excès de glutamate, un messager chimique qui peut les endommager. [47]

- Dans le cas d'un **MMSE>20** ; un inhibiteur de la cholinestérase est proposé.
- **10<MMSE<20** ; un inhibiteur de la cholinestérase ou un antiglutamate est proposé.
- Dans le cas d'un **MMSE<10** ; un antiglutamate est proposé.

On peut également utiliser des neuroleptiques, comme le *Risperdal* chez des personnes présentant des troubles du comportement, en particulier ceux qui manifestent de l'agressivité.

b. *Les traitements non médicamenteux*

En plus d'une prise en charge médicamenteuse, il est possible pour, la personne atteinte de la DTA, de bénéficier de traitements non médicamenteux. Plusieurs interventions sont envisageables. Elles peuvent s'effectuer en ambulatoire ou en institution. [49]

- **Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA)** : il s'agit d'équipes constituées de professionnels qualifiés en réadaptation et en accompagnement : ergothérapeutes, psychomotriciens, assistants de soin en gérontologie. Ces équipes interviennent à domicile sous prescription médicale afin d'accompagner le patient et de stimuler son autonomie principalement dans le cadre de soins infirmiers à domicile.
- **Les auxiliaires de vie à domicile** jouent un rôle important dans leurs interventions portant sur la qualité de vie de la personne.
- **Prise en charge psychologique et psychiatrique** : Le patient doit être adhérent à cette prise en charge ; elle peut débuter dès l'annonce du diagnostic de la maladie. Cette prise en charge peut être réalisée par le psychologue ou le psychiatre. Elle a pour but d'aider le patient à faire face au traumatisme que peut induire l'annonce de la maladie ; et à soutenir l'organisation de ses processus de pensée au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Cette thérapie peut prendre la forme de séance individuelle ou groupale.
- **Prise en charge orthophonique** : elle a pour objectif de maintenir les fonctions de communication du patient et de prévenir les troubles du comportement réactionnels. Elle est particulièrement recommandée en cas de troubles du langage et concerne également les troubles de la déglutition.

- **Interventions sur la cognition** : des activités de stimulation cognitive peuvent être menées afin de ralentir la perte d'autonomie dans les activités quotidiennes de la personne. Elles peuvent être proposées par des psychologues, neuropsychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens ou orthophonistes formés.
- **Interventions sur l'activité motrice** : Dans un objectif de maintien des capacités physiques, de prévention des chutes, et de régulation du comportement, certains professionnels comme les kinésithérapeutes, les moniteurs APA (Activité Physique Adaptée), les psychomotriciens et les ergothérapeutes peuvent proposer des ateliers relatifs à la motricité.
- **Intervention psychomotrice** : prescrite par le médecin, nous la décrirons plus en détails dans le Chapitre III.

II. Les troubles liés à la maladie d'Alzheimer et leurs conséquences sur le sentiment de continuité d'existence

A. Les troubles cognitifs

1. Amnésie

Selon l'INSERM, la mémoire est une fonction cognitive supérieure. Il s'agit d'une activité biologique et psychique qui permet d'emmagasiner, de conserver et de restituer des informations. C'est une capacité fondamentale qui joue un rôle vital dans le fonctionnement social, affectif et cognitif. Il existe différents types de mémoire [52] :

- **La mémoire de travail**, à court terme, est la mémoire du présent. Elle permet de manipuler et retenir des informations durant une tâche.
- **La mémoire sémantique** est la mémoire du langage et des connaissances du monde, de soi.
- **La mémoire épisodique** est la mémoire autobiographique, des moments personnellement vécus. Elle permet de se situer dans le temps et dans l'espace. Mémoire sémantique et mémoire épisodique sont des systèmes de représentation consciente à long terme.
- **La mémoire procédurale** permet d'effectuer tous les gestes du quotidien de manière automatisée et inconsciente.
- **La mémoire perceptive** s'appuie sur les modalités sensorielles pour se remémorer des visages, des voix, des lieux.

Le fonctionnement de la mémoire comprend trois étapes : l'encodage (capacité d'acquérir de nouvelles informations en provenance de nos sens), le stockage (maintien dans le temps des informations apprises) et la récupération (processus qui permet à une information d'être extraite de la mémoire).

Le lobe frontal et l'hippocampe sont les zones du cerveau qui sont au premier plan dans les processus de mémoire. La mémorisation est la conséquence de modifications de la connexion entre les neurones du système de la mémoire : on parle de « *plasticité synaptique* ».

Ainsi, on pourrait résumer un souvenir par l'assemblage en réseaux de neurones provenant des différentes zones cérébrales. Au cours du vieillissement, la plasticité des synapses diminue et les modifications des neurones sont plus éphémères ; les informations sont donc moins bien retenues. La mémoire est très en lien avec les émotions. Les émotions influencent la façon dont les informations sont enregistrées. Le rappel des souvenirs est proportionnel à leur décharge émotionnelle.

La mémoire - ou mnésie - est la première fonction touchée dans la maladie d'Alzheimer. L'oubli, qui est un processus physiologique utile au bon fonctionnement de la mémoire, se distingue de l'amnésie, qui est un oubli pathologique caractérisé par une perte partielle ou totale de la mémoire. On distingue deux types d'amnésie :

- **L'amnésie antérograde** qui est la difficulté à créer des nouveaux souvenirs.
- **L'amnésie rétrograde** qui est la difficulté à se remémorer les événements du passé.

C'est la mémoire antérograde qui est la première touchée dans la maladie d'Alzheimer. La mémoire immédiate devient rapidement dysfonctionnelle et constitue un handicap au quotidien. La mémoire rétrograde est touchée plus tard dans l'avancement de la maladie.

Une dame atteinte de DTA, que je côtoyais à l'UHR s'exclamait à chaque fois que je la croisais et qu'elle lisait mon prénom sur ma pancarte : « Quel beau prénom, c'est le même que ma grand-mère ! ». Elle me répétait ainsi cette phrase une demi-douzaine de fois dans la même journée. Son amnésie antérograde ne lui permettait pas de se souvenir que nous nous étions déjà rencontrés plus tôt ; mais elle avait conservé dans sa mémoire autobiographique le prénom de sa grand-mère : un souvenir certainement soutenu par l'émotion positive qui y était associée.

Les différentes expériences passées stockées en mémoire sont à l'origine de nos connaissances, de nos capacités de communication, de nos modes de relations sociales, de notre personnalité, de notre individualité. En effet, nos souvenirs sont le fondement de notre sentiment d'identité et de continuité de soi, ils guident nos pensées et nos décisions ; ils influencent nos réactions émotionnelles et nous permettent d'apprendre.

En ce sens, la mémoire est essentielle à la cognition et au développement cognitif. Elle permet notamment l'adaptation à l'environnement et au repérage spatio-temporel.

M-L. Eustache établit les liens de corrélation entre mémoire et identité du point de vue de la phénoménologie (qui est l'étude des phénomènes reçus en conscience) d'E. Husserl [33]. Pour lui, la mémoire est reliée à la conscience, et cette « *mémoire-conscience* » devient constituante du Moi. La mémoire, qu'il appelle « *réretention* » constitue le lieu même de la naissance de l'unité identitaire. Elle est le lieu de la prise de conscience du temps qui induit l'idée de continuité. L'acte rétentionnel est une expression de la « *conscience absolue* » et constitue le terreau de l'existence d'une conscience individuelle par la conscience du temps et d'elle-même. L'identité naît de l'interaction entre mémoire, ce que l'individu pense être et ce qu'il aspire à être. [Ibid][34]

Les neurosciences cognitives, par le biais des travaux de E. Tulving, soutiennent que les interactions entre les différentes mémoires permettraient au sujet de se rappeler des souvenirs et des connaissances sur soi ; ce qui serait à l'origine du sentiment d'identité du soi. [33]

Pour R. Gil, c'est la mémoire autobiographique qui permet de se construire Soi et de s'incarner dans un récit, dans une identité narrative. [90]

2. Aphasie

L'aphasie désigne la diminution de la capacité d'utiliser le langage et de le comprendre. C'est un trouble du langage qui va de la difficulté à trouver ses mots à la perte totale de la faculté de s'exprimer. Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, elle est provoquée par des lésions au niveau des aires du langage, issus d'une extension des lésions de l'hippocampe. On parle alors d' « *aphasie primaire progressive* ». [32]

Dans ce trouble du langage oral, on constate un appauvrissement du champ lexical et de la fluence verbale de la personne. On observe dans l'aphasie la création de nouveaux mots (néologisme), l'utilisation incorrecte d'un mot pour en désigner un autre (paraphasie). L'aphasie globale désigne la perte totale de la compréhension et de l'expression du langage oral et écrit.

Ces troubles amènent progressivement des difficultés dans la communication avec autrui. La personne aphasique présente alors le risque de se replier sur elle-même et de cesser toute relation. Il existe cependant d'autres canaux de communication qu'il faut privilégier avec ces personnes ; il peut s'agir de tous les échanges infra-verbaux, le regard, le dialogue tonique, la transmission d'émotions via le langage, le toucher, etc.

Certaines personnes, pour pallier à ce déficit, ont recours à des automatismes, c'est à dire des phrases stéréotypées.

Lors de mon stage au PASA, j'ai rencontré une dame aphasique. Elle avait un débit de parole plutôt fluide et les constructions de ses phrases étaient grammaticalement correctes (sujet, verbe, complément), mais la suite de mots qu'elle prononçait était incompréhensible. Elle créait également des néologismes. Il m'était alors impossible de lui répondre verbalement, ne comprenant pas ce qu'elle me disait. Je lui répondais donc par des mimiques expressives en miroir. Lorsqu'elle me parlait en souriant, je lui répondais avec le sourire ; lorsqu'elle semblait s'insurger de quelque chose et qu'elle avait un visage offusqué, je prenais également un air courroucé, de manière à lui suggérer que je comprenais son état d'esprit.

La rupture avec le langage peut induire de l'anxiété, de la dépression et un sentiment de dépersonnalisation en lien avec la rupture de la continuité d'existence. P-Y. Létourneau annonce que « *notre capacité à communiquer fait partie de notre identité personnelle* », et que « *l'impossibilité à communiquer nous déracine de la réalité et nous enlève une partie de notre humanité* » [70].

3. Apraxie

L'apraxie est un trouble du mouvement dû à une lésion cérébrale. Elle se manifeste par la difficulté à effectuer ou coordonner certains gestes malgré des fonctions motrices et sensibles opérantes.

Il existe différents types d'apraxie [77] :

- **L'apraxie idéomotrice** qui est la forme la plus courante. Elle correspond à une incapacité à effectuer volontairement des gestes simples de la vie quotidienne.
- **L'apraxie idéatoire** correspond à l'incapacité de réaliser des séquences d'action afin de réaliser une tâche complexe.
- **L'apraxie motrice** se manifeste par des difficultés à trouver les mouvements nécessaires à la réalisation de gestes simples.
- **L'apraxie bucco-faciale** est caractérisée par la difficulté à réaliser des mouvements impliquant les muscles faciaux.
- **L'apraxie d'habillement** implique des contraintes dans la manipulation, l'orientation et l'enfilage des vêtements.
- **L'apraxie de la marche** se traduit par des difficultés pour la personne à bien disposer ses pieds pour marcher.

L'apraxie entraîne une perte d'autonomie au quotidien. L'arrêt des activités quotidiennes et la diminutions des interactions sociales imputables à l'aphasie engendrent un repli sur soi et tendent à entraver la personne dans son estime d'elle-même.

4. L'agnosie

C'est un trouble acquis de la reconnaissance. Une personne agnosique ne parvient pas à reconnaître un son, une odeur, en l'absence de déficit sensoriel. L'agnosie résulte de lésions au niveau du lobe pariétal, temporal ou occipital. On distingue [77] :

- **La prosopagnosie** qui est l'incapacité à identifier des visages familier ou à distinguer des objets. La personne ne se reconnaît pas dans le miroir.
- **L'anosognosie** correspond au fait de ne pas avoir conscience d'un déficit ou d'une pathologie. Aux premiers stades de la DTA, la personne se rend compte de ses troubles et peut les verbaliser. Progressivement, avec l'avancée de la maladie, les troubles et les déficits deviennent envahissants. La personne va peu à peu perdre cette conscience-mémoire et va oublier qu'elle est atteinte de la maladie.

P. Roman élabore ce qu'il nomme les « *catastrophes de symbolisation* » [94]. Le manque de mots par l'aphasie ou l'agnosie induirait en conséquence une perte des représentations des mots, ce qui fragiliserait le moi psychique et corporel.

B. Les troubles psychomoteurs spécifiques de la DTA

Aux conséquences psychomotrices liées au vieillissement naturel, nous allons voir que la personne âgées atteinte de la maladie d'Alzheimer va se retrouver confrontée à des troubles psychomoteurs spécifiques de la pathologie. L'orientation temporo-spatiale, l'image du corps et le schéma corporel vont être particulièrement impactés par la maladie. Nous verrons plus spécifiquement dans le Chapitre III les modalités de l'examen psychomoteur auprès de personnes atteintes de la DTA.

1. Les troubles de l'orientation spatio-temporelle

Dans l'évolution de la maladie, la personne se retrouve rapidement confrontée à une désorientation spatiale et temporelle. L'individu aura du mal à se situer, à retrouver son chemin, à dire dans quelle ville il est, se repérer, et cela même dans un espace familier. Il aura des difficultés à savoir la date du jour, l'année et également le moment de la journée. Cette désorientation cause une grande perte d'autonomie.

Au cours de mes stages auprès de personnes atteintes de la DTA, j'ai effectivement pu constater que les désorientations temporo-spatiales étaient un trouble majeur spécifique de la maladie. Pour citer quelques exemples que j'ai vécus :

- Un jour, discutant de nos âges avec un monsieur âgé de 75 ans, celui-ci m'affirme avec assurance qu'il a « la petite quarantaine ». Son rapport au temps est perturbé en lien avec ses troubles de la mémoire ; il ne peut se remémorer en quelle année il est né, ni à quelle époque nous sommes actuellement.
- Au sein de l'UHR, une dame me demande souvent de la raccompagner dans sa chambre, ne se souvenant pas du chemin pour y parvenir. Une fois dans sa chambre, elle donne toujours l'impression de découvrir les lieux et doute que c'est bien la sienne. Je lui montre alors les photos de sa famille affichées pour la rassurer.

Le rythme nyctéméral est inversé. Bien souvent, les personnes atteintes de la DTA dorment le jour et sont éveillées la nuit.

Lors de mon stage en UHR, j'ai pu constater que beaucoup de résidents se promènent la nuit et rendent visite à leurs voisins qui, bien souvent, ne sont pas très consentants à cette interruption inopinée de leur sommeil. En plus de la fatigue engendrée le lendemain, cela a créé des angoisses d'intrusion et un sentiment d'insécurité chez les personnes importunées. Cela altère encore davantage leurs qualités de repos, ce qui a des répercussions ensuite sur leur vigilance et leur comportement la journée.

Au delà de cette désorientation manifeste, on peut observer une « *désorientation existentielle* » de la personne sujette à un processus démentiel, comme le proposent C. Montani et M. Ruffiot [79]. Le sujet atteint de DTA serait en proie à un débordement cognitif dans le domaine de sa conscience. L'individu se désoriente non seulement parce qu'il perd le sens de la permanence des objets, mais aussi de sa continuité d'existence. Le désinvestissement de son cadre spatio-temporel est alors à l'origine de sa désorientation. On remarque d'ailleurs au sein des institutions que la tombée de la nuit provoque une hausse de l'agitation et des troubles du comportement chez les sujets déments. En effet, ce moment de la journée favoriserait l'émergence d'angoisses infantiles de séparation et modifieraient la sensation d'existence.

2. Le schéma corporel chez le sujet dément

En plus des modifications liées au processus de vieillissement naturel, la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer va être confrontée à d'autres problématiques impactant son schéma corporel. Elles vont s'ancrer au niveau instrumental et communicationnel.

Les troubles cognitifs, les pertes sensori-motrices, le désinvestissement de l'environnement, la perte de repères spatio-temporels vont aboutir à un amenuisement de la somatognosie. Le schéma corporel va s'en trouver appauvri. Les personnes atteintes de démence vont avoir des modes d'identification motrice semblables à celles que l'on retrouve chez le nourrisson dans ses premiers stades. Cette identification primitive qui passe par le couple perception-mouvement fait intervenir les structures sous-corticales et non plus le schéma corporel qui devient de moins en moins opérant.

Pour C. Maintier, certaines personnes atteintes de la DTA ne sont plus capables de percevoir qu'une partie de leur corps leur appartient. C'est avec étrangeté, voire avec horreur qu'elles découvrent alors que ce membre, qu'elles ne reconnaissent pas comme le leur, est bien rattaché à leur corps. [72]

3. Une image du corps altérée

Pour P. Roman, l'individu, au cours de sa vie, investit son corps comme un « *espace paradigmatique de la symbolisation* » [94]. L'image du corps serait donc un espace de transit favorisant l'élaboration de la figuration vers la symbolisation. Dans la DTA, l'image du corps n'est plus opérante dans cette fonction d'aire transitionnelle. Le sujet est alors confronté à un néant symbolique et à l'impossibilité de créer des nouvelles représentations.

C. Montani et M. Ruffiot, soutiennent que les ressentis de désorganisation identitaire causés par les atteintes neurologiques de la démence, seraient à l'origine d'une « *angoisse de vidage* » [79]. Cette angoisse de vidage affecterait l'image du corps de l'individu. En effet, l'individu, en projetant ses angoisses de vidage psychique et de perte de soi sur son enveloppe corporelle, va être amené à percevoir une image du corps poreuse, perforable.

C. Montani résume ainsi « *L'image du corps nous apparaît donc bien comme soumise aux mêmes distorsions que l'enveloppe moiïque, faisant de la surface corporelle la réplique d'une blessure psychique* » [78].

L'image du corps chez la personne atteinte de DTA renvoie, de manière régressive, à des stades primitifs de l'enfance dans lesquels les vécus corporels étaient morcelés. L'enveloppe du corps psychique, que D. Anzieu appelle le *Moi-peau*, est menacée [5]. Selon M. Péruchon, le sujet atteint de démence serait aux prises avec un *Moi-peau* défectueux et conséquemment moins performant dans ses fonctions symboligènes [83].

A. Ciccone localise « *le sentiment de sécurité interne et d'existence dans la peau* » [23]. La précarité de l'image du corps chez l'individu ne permet plus au *Moi-Peau* d'assurer ses neuf fonctions primordiales qui sont : contenance, maintenance, individuation, mise en correspondance des sensations dans un espace sensoriel commun, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale, fonction dite toxique ou d'autodestruction, surface d'inscription des traces et pare-excitation [5].

J. Maisondieu a théorisé que les patients déments ne reconnaissent plus les photographies de leurs visages comme étant les leurs [73].

Lors d'un atelier au PASA, nous avons pris les résidents en photos et nous les faisons ensuite circuler pour les regarder ensemble. Je donne sa photo à Mme B. qui la regarde, puis me la rend en souriant. Je lui demande si elle reconnaît qui est sur la photo, elle me répond que non. Je lui dis alors qu'il s'agit d'elle. Elle reprend la photo pour mieux la regarder et semble surprise « Ah bon, mais vous en êtes sûre ? ».

C. Les troubles psycho-affectifs et comportementaux

La maladie d'Alzheimer, de par les troubles cognitifs, les modifications de la personnalité et les réactions psychologiques qu'elle induit, peut être à l'origine de troubles du comportement et de déséquilibres psycho-affectifs. P. Chazarac considère les troubles du comportement comme ayant un rôle à jouer dans la « survie » de l'identité : « *L'identité se cristallise dans le corps, ce qui nous fait regarder d'une autre manière les troubles du comportement. Il sont souvent le dernier refuge de l'identité, si bien que les supprimer équivaut à la faire disparaître définitivement* » [17].

Il existe des échelles permettant d'évaluer les troubles du comportement chez la personne âgée. Parmi elles, on retrouve le **NPI-ES** et l'**échelle de Cohen Mansfield** [50] :

- Selon la HAS, l'inventaire neuropsychiatrique à destination des équipes soignantes (**NPI-ES**) est un questionnaire qui permet de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez la personne atteinte de démence. Il permet de recueillir des informations concernant douze symptômes (notamment l'agitation, l'apathie, les hallucinations, l'irritabilité). Il se base sur les réponses de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge de la personne, de préférence sans la présence de la personne concernée.
- **L'échelle de Cohen Mansfield** évalue plus particulièrement des comportements tels que l'agressivité physique, les déambulations et les cris. Elle comprend 29 items. La fréquence de chaque symptôme est cotée de 1 (jamais) à 7 (plusieurs fois par heure).

1. Les manifestations anxio-dépressives

L'anxiété est souvent présente dans la DTA, notamment dans les stades précoces, durant lesquels la personne prend conscience de ses déficits. Elle peut également être induite par des changements dans l'environnement, par la nouveauté. L'anxiété s'accompagne d'un débordement d'excitations internes et externes irrésolues et non maîtrisables par la personne. Elle peut se manifester par des tremblements, des raideurs, des paralysies, des crises de panique, des agitations, une irritabilité, etc. [32]

Une dame que je rencontre à l'UHR, Mme R., est sujette à l'anxiété. Elle est atteinte de la DTA à un stade modéré. Son anxiété se manifeste par une agitation permanente, elle ne tient pas en place. Les moments de latence avant et pendant le repas sont très compliqués pour elle. Elle se lève alors plusieurs fois pour aller aux toilettes, chercher sa veste dans sa chambre parce qu'elle a froid, puis la reposer parce qu'elle a chaud. Cela témoigne d'un mal-être que seul le maintien d'une activité, pourtant stérile, peut venir parjurer. Afin de la distraire de son anxiété envahissante, je m'asseyais à côté d'elle pendant les repas, et lui faisais la conversation durant les moments d'« entre-deux ». Elle s'en saisissait bien : cela lui permettait de vivre les repas de manière plus sereine, en plus d'éviter une agitation des autres résidents que ses allers-retours constants provoquaient.

2. Les troubles de l'affectivité

C. Derouesne définit deux types de troubles affectifs chez le malade Alzheimer [28] :

- **L'émoussement affectif**, qui est un défaut de réaction à des stimulations émotionnelles. Les expressions émotionnelles et la recherche de plaisir sont réduites et laissent place à l'indifférence et à l'apragmatisme.
- **L'incontinence émotionnelle**, qui se caractérise par une grande labilité émotionnelle et des fluctuations polaires brutales entre état déprimé et moments d'euphorie.

3. Manifestations agressives

Les manifestations agressives s'incarnent sous différentes formes : cris, injures, agressions physiques. Les cris sont un moyen de communication. L'agressivité est susceptible de traduire de l'angoisse. Le soignant à ce moment là, doit pouvoir servir de réceptacle à ces débordements pulsionnels et adopter une posture rassurante pour la personne. [32]

4. Les comportements passifs

Certaines personnes malades adoptent des comportements passifs qui se traduisent par une absence d'initiative motrice. La personne est très effacée, se replie sur elle-même. Les comportements passifs s'accompagnent souvent d'un émoussement affectif. [32]

Une résidente de l'UHR, Madame P. est atteinte de la DTA à un stade avancé. Elle semble inatteignable tant elle est repliée sur elle-même. Elle passe ses journées dans son fauteuil roulant, dans une posture d'enroulement, la tête penchée vers l'avant. Elle n'a plus accès au langage et ne mange que si on lui porte les aliments à la bouche. Elle semble toutefois retrouver un peu de vie lorsqu'on lui parle à sa hauteur, ou encore lors de massages des épaules : elle se redresse alors et nous regarde dans les yeux.

5. Les comportements de déambulation et d'agitation

Ils peuvent être dangereux pour la personne et sont donc à considérer avec attention de la part du personnel soignant.

On retrouve quatre types d'errance [32] :

- **L'errance selon un but de recherche**, de quelqu'un ou quelque chose.
- **L'errance selon un but d'occupation** : la personne marche pour se distraire. On parle de comportement industriel ; en marchant, elle peut effectuer des tâches : nettoyer, ranger etc.
- **L'errance sans but apparent** : la personne marche sans sembler avoir de but particulier.
- **L'errance liée à la prise de neuroleptiques**, qui peuvent entraîner une hyperactivité motrice. La personne a des difficultés à garder la même position trop longtemps.

6. Les troubles psychotiques

Il peut s'agir [32] :

- **D'idées délirantes**, fondées sur une déformation de la réalité. Les thèmes principaux sont la persécution, l'abandon et le préjudice.
- Certaines personnes peuvent être victimes **d'hallucinations**.
- De **confabulations**, qui sont des affirmations verbales incohérentes avec l'histoire du sujet.

D. La rupture du sentiment de continuité d'existence

1. L'identité atteinte

Avec l'arrivée de la démence, la rencontre entre le corps, la mémoire et l'expérience unificatrice ne se fait plus. La limitation des échanges relationnels et des expériences sensori-motrices impacte le vécu du corps qui ne s'harmonise plus avec le corps réel. Le défaut de mémoire et donc l'impossibilité d'interpréter ses perceptions disloque l'identité de la personne. A.-M. Gardey distingue cinq indicateurs d'une atteinte identitaire chez la personne âgée atteinte de démence [39] :

- **L'indifférenciation progressive représentation/perception** : le sujet ne peut plus accéder à ses représentations, il reste « figé » au niveau perceptif.
- **La confusion des règnes et des contenus identitaires** : la personne est désorganisée dans ses représentations d'elle-même.
- **La labilité des identifications sexuelles** : son sentiment d'appartenance à un genre est incertain, confus.
- **L'angoisse corrélée à une image du corps instable et non unifiée** ; ses ressentis de morcellement font référence à des angoisses archaïques.
- **La relation d'objet régressive** : A-M. Gardey constate un retour en arrière chez l'individu dément par un recours à une relation d'objet que l'on retrouve lors de phases antérieures du développement, pendant l'enfance.

Selon lui, en dépit de cette désorganisation psychique réelle, seuls les affects perdureraient tant bien que mal chez ces patients.

Pour M. Péruchon, l'atteinte de l'identité est influencée selon le fonctionnement somato-psychique de l'individu. Elle propose alors deux modèles de DTA [69] :

- **La démence actuelle ou pauvre** : l'individu se trouve « *plongé dans un vide mental* ».
- **La démence riche à potentiel hallucinatoire** : qui témoignerait d'une persistance des constructions mentales qui rentreraient dans le cadre « *d'une régression narcissique positive* ».

Elle dit que « *l'hallucination primitive tiendrait lieu d'objet, faute de pouvoir s'en représenter la perte* » et que « *la démence est d'abord destruction de l'appareil à penser avec conservation de l'objet interne. Tout le travail mental du patient vise à conserver le bon objet interne le plus longtemps possible* » [69]. Du point de vue structural, elle conclut donc que les « *démences riches* » se déstructurent moins fréquemment que les autres. L'hallucination primitive serait alors un moyen de lutter contre la perte.

2. La *psycholyse* selon G. Le Gouès

G. Le Gouès introduit la notion de *psycholyse* [68], qui suggère que la démence n'est pas le résultat d'une addition de pertes mais bien d'une seule qui est la disparition du Moi. Pour lui, la *psycholyse* conduit à une déformation du Moi, faisant perdre sa cohérence et son identité au sujet dément. Il considère deux stades dans le processus de démantèlement de l'identité : la perte de l'identité de pensée et l'identité de perception.

- **La première étape est la perte de pensée** : Pour G. Le Gouès, « *les trous de mémoire sont en réalité des trous de pensée* » [Ibid]. La désorganisation du psychisme induit une perte des représentations des mots, et donc de la capacité d'abstraction et un arrêt du sujet sur la perception. La personne ne peut plus associer une représentation à ses perceptions. « *On assiste à une fracture de la pensée, où des vides psychiques succèdent à des séquences incohérentes* » [69].

- **La deuxième étape est la perte de l'identité de perception** : Elle se caractérise par la perte de la capacité à donner une signification stable à l'objet perçu. Le sens attribué à l'objet devient aléatoire, on assiste alors à une confusion interne où représentation de soi et représentation de l'autre s'amalgament.

3. La perte progressive de soi

D. Winnicott évoquait la non reconnaissance, chez le nourrisson, entre le soi et le non soi. Cet état diffus d'indifférenciation serait source d'angoisses inimaginables pour le bébé, qui ne se représente pas comme une unité fermée. [103]

Nous avons vu que, conséquemment aux désordres cognitifs causés par la DTA, un dysfonctionnement mnésique apparaît et engendre à son tour des problèmes de différenciation. Pour C. Maintier, chez la personne atteinte de démence, les systèmes de représentation se troublent, et l'image d'un corps unifié se désagrège. L'impossibilité de se différencier entre soi et autrui induit des sensations de morcellement de soi, recréant en écho aux premiers stades de la vie, un retour aux angoisses archaïques. [72]

M. Péruchon, dans cette continuité, indique que le sujet atteint de démence est soumis aux mêmes besoins d'attachement que le nourrisson durant l'enfance. Le syndrome de glissement serait alors, à l'instar du syndrome d'hospitalisme repéré chez l'enfant, consécutif à une carence en affects. D'un point de vue médical, le syndrome de glissement est une décompensation rapide de l'état général survenant à la suite d'une affection aiguë, le sujet semble alors se laisser aller vers sa propre mort. Elle dit que « *la force du désir d'autodestruction qui passe par une désobjectalisation massive avec refus de toute communication (le sujet devient même mutique), de nourriture et de soins. On assiste alors, totalement impuissant, à un désinvestissement drastique des objets et du Moi* » [84].

M. Péruchon évoque également, dans les stades avancés de la maladie, une désintégration pulsionnelle qui entraînerait une désintégration du moi et un désinvestissement d'objet [83]. Cette idée est reprise par P. Charazac, qui suggère que la régression apparaît « *lorsque le patient ne distingue plus ses représentations de ses perceptions, et qu'il prend son passé pour son présent. Dans ce phénomène, fait retour la réalisation hallucinatoire du désir qui est la première forme de pensée chez l'enfant.* ». [16] Il ajoute à cela que la déconstruction « *ne concerne pas seulement le moi conscient mais aussi le moi inconscient et ses mécanismes défensifs* » [16]. En effet, selon lui, l'appareil psychique de la personne démente serait impacté par une régression fonctionnelle, le principe de plaisir prendrait l'avantage sur le principe de réalité ; et par une régression structurelle avec notamment l'effondrement des censures, du sur-moi. [19]

Le sentiment de continuité d'existence est remplacé par un sentiment de discontinuité. Les objets, les personnes, l'environnement et le Soi ne sont plus reconnus, remplacés par « *l'étrangeté et le jamais vu* » selon C. Maintier [72]. L'individu atteint de DTA se trouve soumis à une décontextualisation permanente.

L'atteinte de l'identité impacte le moi corporel. Pour D. Anzieu, « *les déments ont un Moi-peau passoire* » [5] ; selon lui, la discontinuité de la pensée s'originerait dans la discontinuité corporelle. On observe alors s'installer progressivement une dépersonnalisation de la personne. J. Maisondieu a vu dans la démence « *la fuite d'une irréprésentable angoisse de mort dans l'anéantissement de soi se concrétisant par la disparition de son reflet dans le miroir* » [73].

En somme, tous ces travaux font état d'une ultime résistance de l'identité qui s'amenuise, perte après perte, avec l'évolution de la maladie. Il est nécessaire de rappeler que la démence de type Alzheimer présente de nombreuses formes évolutives intra et inter-individuelles, ainsi, chaque sujet entretient une histoire propre à lui avec la maladie, avec ses représentations, ses pertes, ses capacités restantes.

Dans le Chapitre II nous avons pu voir en détails les caractéristiques de la maladie d'Alzheimer, ses causes et ses enjeux. Dans cette pathologie, les principes même du fondement de ce qu'est un Homme, à travers son identité sont endommagés. Les représentations que la personne a d'elle-même par le biais de ses symbolisations, de son image du corps et de son rapport à la temporalité et à l'espace sont atteintes. L'être ne se ressent plus comme une unité entière et rassemblée mais comme une incohérence fragmentée, perméable, fragilisée. Sa personnalité se modifie, l'individu peut commencer à développer des troubles du comportement.

Le psychomotricien semble alors être un professionnel de premier rang dans la prise en charge de ces problématiques mettant en jeu les dimensions globales de l'individu. Nous allons, dans le Chapitre III, rappeler les principes de base du travail de psychomotricien. Nous évoquerons son rôle auprès des personnes âgées en institution gériatrique, suite à quoi nous expliquerons plus précisément comment il intervient dans le maintien de l'identité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Pour cela, nous nous appuyerons sur des expériences cliniques étayées par des éléments théoriques.

CHAPITRE 3 : L'APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LA RECONCILIATION DE SOI

I. La psychomotricité pour se retrouver

A. Le psychomotricien en milieu gériatrique

1. Le concept psychomoteur

Le concept même de psychomotricité repose sur l'unité du corps et de l'esprit ; ainsi que sur les influences réciproques que l'activité corporelle et la vie psychique entretiennent. D. Grabot énonce le paradigme de base du psychomotricien : « *Le développement et le fonctionnement humain comprennent trois volets absolument indissociables et en permanentes interactions : La motricité, les sensations et les représentations. Dit autrement : l'enfant, l'adulte et le vieillard bougent, ressentent et pensent en permanence selon des processus auto-organiseurs : la motricité construit l'intelligence, les sensations et les émotions interfèrent avec l'acte moteur volontaire, ou encore les représentations mentales préparent et facilitent l'action et les sensations* » [42].

C. Ballouard, s'appuyant sur ce paradigme, explique que la première spécificité du psychomotricien réside dans la manière dont il appréhende l'investissement du corps par le sujet, et comment il recherche le sens des processus psychiques inscrits dans les manifestations corporelles [7]. À travers une lecture psychomotrice, le psychomotricien s'interroge sur la manière dont l'individu vit son corps. En tenant compte des particularités uniques de la personne, il va lui procurer une aide pour qu'elle retrouve un vécu harmonieux, et qu'elle puisse s'ajuster à son environnement, afin de lui offrir de meilleures possibilités d'adaptation.

En gériatrie, il est important pour le psychomotricien de prendre en considération l'histoire corporelle du résident. Cela permet de potentiellement mettre en lien une problématique pathologique avec des vécus corporels intériorisés, et cela offre également la possibilité au psychomotricien de privilégier des prises en charge plus ajustées au résident. Le psychomotricien doit faire preuve de capacités d'empathie afin de l'aider dans sa compréhension de l'autre.

2. L'examen psychomoteur en institution gériatrique

La seconde spécificité du psychomotricien est la passation de l'évaluation psychomotrice, qui est fondamentale pour identifier les déficits, révéler les potentiels, observer la motivation, et mettre en évidence les affinités de la personne. Cette première évaluation présente un intérêt pour le psychomotricien dans la compréhension globale de la personne et lui permet d'envisager un projet thérapeutique. L'évaluation se doit d'être la plus complète possible, et il est nécessaire de prendre tout le temps dont le résident a besoin. Elle englobe le bilan psychomoteur, l'observation des activités spontanées et l'examen des praxies et des gnosies. Elle doit pouvoir être adaptable en fonction des handicaps du sujet et de sa disponibilité à un instant t.

L'Examen Géronto-Psychomoteur est le bilan le plus commun que le psychomotricien fait passer en milieu gériatrique. Il est demandé par le médecin, et sa passation aboutira ou non sur une prise en charge psychomotrice. Il se décompose en trois temps : la rencontre, les instants informels d'observation, et les exercices dirigés. Il nécessite la reconnaissance de la personne âgée comme sujet et acteur de sa prise en charge ; et l'implication psychique et corporelle du psychomotricien. [57].

Ce test comporte 17 items qui évaluent l'équilibre, différentes coordinations motrices, la connaissance des parties du corps, la vigilance, les perceptions, la mémoire, la sphère spatiale et temporelle ainsi que la communication. Les items sont notés sur six points chacun, certains avec davantage de sous-items.

Il est primordial que le psychomotricien sache reconnaître lorsque la démence du sujet rend impossible la réalisation du test. L. Ploton dit que « *L'expérience nous apprend que la situation de test induit souvent un verrouillage psychologique chez la personne âgée démente. Cette situation ne permet pas à la personne de se définir psychiquement et d'établir une relation de confiance* » [89].

Le Trail Making Test (TMT) peut également être intéressant à faire passer afin d'évaluer les troubles cognitifs et les fonctions exécutives.

Le test comprend deux parties. La partie A du TMT consiste à relier une série de chiffres croissante allant de 1 à 25 en sélectionnant à chaque instant le chiffre pertinent parmi les 25 items possibles, tandis que dans la partie B du TMT, le sujet doit mener de front deux séries en alternance : une série de chiffres et une série de lettres (1-A-2-B-3-C... 13). Il permet ainsi d'observer la flexibilité, la planification, l'inhibition des automatismes, un ralentissement moteur ou encore un déficit attentionnel ou mnésique. [3]

Le psychomotricien peut également faire passer aux personnes âgées démentes des tests étalonnés initialement sur une population d'enfants comme par exemple [95] :

- **Le test de Head** « Main-oeil-oreille » qui est une reproduction de mouvements simples sur imitation, ordre oral et dessins. Il permet d'observer la conscience corporelle, les repères spatio-temporels, les capacités d'imitation, l'organisation autour de l'axe du corps.
- **Le test de Bergès**, qui est un test d'imitation de gestes simples et complexes. Il permet d'évaluer les capacités d'orientation corporelle, le schéma corporel, les praxies idéo-motrices, les capacités cognitives, l'organisation perceptivo-motrice, l'engagement du corps.
- **Le dessin du bonhomme**, qui nous offre une vision sur la connaissance topologique des parties du corps, le rapport affectif entretenu au corps, la représentation de son image et de son espace intérieur, l'investissement de l'espace de la feuille, la motricité fine.
- **Le test de Stambak** ou « Épreuve des structures rythmiques » qui est un test de reproduction de structures rythmiques frappées et dessinées. Il permet de déterminer la mémoire auditive, l'organisation perceptivo-motrice, la structuration temporelle, et la compréhension du symbolisme.
- **Le test de Santucci** ou « Épreuve graphique d'organisation perceptive » qui consiste en une copie de figures géométriques sélectionnées. Il permet au psychomotricien d'estimer l'investissement et la structuration de l'espace, la motricité fine, les praxies constructives.

Ces tests doivent pouvoir être expliqués de manière simple mais ne doivent pas être infantilisants pour la personne. Selon S. Laublin, « *l'infantilisation rime avec dépersonnalisation. La personne est niée, son sentiment d'identité est altéré, ce qui peut aller jusqu'à engendrer de la confusion* » [66].

Le psychomotricien ne doit pas avoir d'attente dans les résultats, il doit rester neutre, objectif et ouvert sur l'inattendu.

Avec ma maître de stage, nous avons fait passer un bilan psychomoteur à une résidente, Mme L., que jamais nous n'avions vu, ni entendu parler. C'est une dame qui déambule beaucoup et qui, dès qu'elle croise notre regard, nous adresse un grand sourire accompagné d'un signe de main. Elle communique essentiellement par des cris -en particulier en cas d'anxiété ou de détresse- et par ses expressions faciales.

Lors de cette passation de bilan, nous avons pris le parti d'accueillir cette résidente sans aucun stéréotype de pensée lié à ce que l'on connaissait d'elle. Il s'avéra que cette dame, que nous n'avions jamais entendu prendre la parole, nous donna -et avec exactitude- sa date de naissance complète, lorsque nous la lui avons demandé. Nous nous sommes donc saisi de ce moment de confiance pour évaluer ses habiletés de langage. Ses capacités cognitives étaient effectivement grandement altérées par la maladie, mais elle parvenait à répondre aux questions fermées par des réponses simples (ex : à la question « vous préférez les douches ou les bains ? » Elle répondait « Bain »). Nous avons donc compris que cette dame ne parlait jamais de manière spontanée mais seulement après sollicitations, et ne répondait qu'aux questions fermées.

Nous avons alors exploré cette capacité de verbalisation au quotidien, en lui demandant régulièrement son avis, ses goûts, ses préférences par des questions fermées. Son comportement s'en est trouvé modifié d'une manière impressionnante : cette dame qui vivait totalement en autarcie au sein de l'UHR est venue de son propre chef participer aux activités proposées et s'est mise à agir beaucoup plus en relation. Elle a retrouvé des qualités de contact et de regard, s'est mise à venir me solliciter afin que je l'accompagne marcher.

3. Les indications d'une prise en charge en psychomotricité

Le décret de compétences du 6 Mai 1988 définit le cadre d'intervention du psychomotricien.

Toutes ses actions doivent y être conformes.

En établissement gériatrique, le psychomotricien peut être appelé, sur prescription médicale à réaliser des prises en charge selon divers motifs. J. Goumas les a répertoriés : pour lui, le psychomotricien peut agir sur [41] :

- Les maladrotes motrices, ou apraxies.
- Les troubles de la concentration et de la vigilance, à l'origine de troubles de la mémoire.
- Les troubles de la structuration spatiale, les difficultés d'accès aux représentations mentales.
- La présence de douleurs et leurs conséquences sur l'investissement corporel.
- Les désordres d'utilisation du corps.
- Les modifications du vécu corporel.
- Les difficultés à entrer en relation.
- Les troubles psycho-comportementaux.
- La dépression et le syndrome de glissement.
- Les déficits sensoriels.
- L'accompagnement de fin de vie.
- Les troubles de l'équilibre et de la marche.
- Le schéma corporel et l'image du corps.
- La régulation tonique et émotionnelle.

Ainsi, l'intervention psychomotrice a pour objectifs :

- Le maintien de l'autonomie de la personne.
- La valorisation des capacités.
- Le réinvestissement du corps.
- Un meilleur engagement relationnel.
- La récupération de certaines fonctions.
- Un mieux-être global.

4. Le cadre et la médiation en séance

Les séances de psychomotricité proposent un cadre contenant afin de soutenir une identité corporelle et psychique. Elles s'inscrivent dans un temps et un espace définis, dans lesquels vont se jouer la relation tonico-émotionnelle et les expériences corporelles. Pour C. Potel, le cadre exerce trois fonctions majeures en séance, il permet de « *contenir la débauche de mouvements et de gestes; protéger le patient de ses actes destructeurs, en « roue libre » ; instaurer des limites entre le dedans et le dehors* » [91]. C. Ballouard rajoute « *qu'un cadre contenant est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque* » [6].

Le psychomotricien élabore des projets de soin autour de médiations. Selon la définition du Larousse, une médiation est « *une entremise, une intervention destinée à amener un accord* ». [55] Cela introduit une notion d'intermédiaire entre soi et l'autre. C. Potel déclare que « *la médiation, corporelle ou autre, propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe* » [92]. Le médiateur facilite la relation entre le psychomotricien et le résident, il est le siège de la relation thérapeutique. Il met en jeu les fonctions sensorielles, sensori-motrices, et le dialogue corporel.

Au cours de mes stages en EHPAD, j'ai pu expérimenter différentes médiations thérapeutiques : l'atelier prévention des chutes, les médiations sensorielles, l'atelier couture, le bain thérapeutique, l'atelier créations manuelles, les jeux de société, les activités musicales et de rythme, l'atelier cuisine thérapeutique, l'atelier massages, la relaxation, la gymnastique douce, les parcours moteurs, les jeux de balles etc. Les médiateurs sont un excellent moyen, pour la personne âgée atteinte de démence, de mettre son corps en mouvement, d'explorer ses capacités motrices et sensorielles et de se sentir vivante.

B. La psychomotricité dans la préservation de l'identité de la personne

L'objectif en psychomotricité pour agir sur l'identité, va être de restaurer l'estime de soi, l'image du corps de la personne, et le sentiment de continuité d'existence. Ce qui permet au sujet dément de stopper cette perte du Moi et de son narcissisme, c'est la possibilité de se sentir humain, vivant et désiré, c'est de se sentir attaché et investi.

1. Le pluriel au service du singulier

Selon P. Charazac, les séances de groupe participent au renforcement de l'identité de la personne. Le résident se sent choisi et sait que le groupe a des attentes vis à vis de lui. P. Charazac remarque que « *s'installe dans ces groupes un sentiment d'interdépendance qui transforme le lien de dépendance vécu jusqu'ici sur un mode duel* » [22]. L'effet de groupe peut ainsi provoquer chez le résident une réaction de défense contre la régression et lui insuffler un nouvel élan d'investissement narcissique. Il faut cependant être vigilant à ce que le groupe n'ait pas un effet inverse dans lequel le résident se sent envahi par des craintes de noyer son identité dans les liens sociaux.

Pour W. Bion, le groupe permet de contenir les pensées, les angoisses, et doit pouvoir apaiser, délimiter, ajuster, lier. Il reçoit les « *éléments bêta* », les vécus bruts et va y mettre du sens, et les retourner en « *éléments alpha* », vécus métabolisés. L'équipe pluridisciplinaire va pouvoir servir « *d'appareil psychique groupal* », qui permet alors de penser les « *non-pensées* ». [10]

2. La nécessité de l'autre, le rôle contenant du psychomotricien

C. Maintier met en avant la nécessité de l'autre face à l'effondrement identitaire. La médiation par autrui est pour elle primordiale : le regard, l'attitude de la tierce personne vis à vis du sujet dément est un moyen d'étayage de la pensée et du moi défaillant. « *L'identification par autrui permet que se conserve une forme d'identité, même si elle est « autre »* » [72].

Par le contact avec son entourage et le personnel soignant, la personne démente est reconnue par l'autre comme étant autre. Cela participe à conserver, ou tout du moins, à ne pas perdre totalement sa qualité de sujet. La projection du moi fragmenté de l'individu dément vers l'extérieur va venir solliciter un contre-transfert qui peut être vécu négativement par les soignants, confrontés à leurs propres limites. P. Charazac précise : « *La relation d'aide et la relation soignante avec le patient atteint de la maladie d'Alzheimer, [...], éprouvent également l'identité de l'aidant et du soignant* » [17]. Pour F. Dibie-Racoupeau et S. Maltaverne, l'institution doit jouer un rôle de pare-excitation dont les conditions préalables sont la qualité du lien et la cohésion pluridisciplinaire [29].

Au travers de ses éprouvés corporels, la personne atteinte de démence va pouvoir prendre conscience de son corps, ce qui constitue la condition de son réinvestissement corporel. Le psychomotricien, par son rôle « *maternant* » qui renvoie au modèle de D. Winnicott [103], va assurer le sentiment de sécurité psychique et physique. Il va pouvoir assurer une contenance physique lors des ateliers de portage, des mobilisations, lors de ses approches corporelles, au cours de l'utilisation du toucher thérapeutique. Il va jouer un rôle de contenance psychique dans sa capacité d'accueillir les débordements de pensée et les vécus bruts.

Tout comme la mère, qui au travers du *holding* et du *handling* va permettre au bébé de se ressentir comme une unité corporelle, le psychomotricien, au travers de ses médiations, va permettre le maintien du sentiment de continuité d'existence chez le sujet dément. Le psychomotricien selon G. Le Gouès doit pouvoir « *recueillir un savoir affectif car l'activité psychique du dément est plus proche d'un "savoir être" que d'un "savoir penser"* » [68]. Le psychomotricien va instaurer avec la personne une relation basée sur la confiance afin de lui permettre, au travers de sa conscience corporelle, d'habiter son corps de manière plus sereine.

La personne démente va manifester un besoin de toucher, de s'accrocher au thérapeute, selon A. Ciccone, dans une recherche d'étayage. Il envisage le thérapeute comme un miroir contenant qui permet au sujet de se sentir « *suffisamment contenu dans sa propre peau* » [23].

P. Delion introduit la notion de *fonction phorique* [27] qui fait écho au besoin de portage. Cette nécessité d'être contenu réémerge chez le sujet atteint de démence dont l'enveloppe interne n'assure plus ses fonctions de protection. Pour P. Delion, le soignant aurait alors une « *fonction métabolisante favorisant la restauration d'un sentiment de permanence de soi* » [Ibid]. Le résident dément, par ses processus identificatoires au thérapeute, va stabiliser ses limites du moi.

II. Mise en pratique clinique

A. Soutien de l'identité par le toucher-massage : cas clinique de Mme D.

Je vais présenter, à travers cette observation clinique, le cas de Mme D. que je rencontre dans le cadre de mon stage long en EHPAD les jeudis et vendredis.

1. Anamnèse

Mme D. est âgée de 96 ans. Elle est originaire du Pays Basque, où elle est née et a passé son enfance. Elle y rencontre son futur époux, d'origine espagnole et tous deux déménagent par la suite à Bordeaux où ils se marient. Ils auront trois enfants. Elle a d'abord été femme de ménage dans les universités, puis a été secrétaire dans l'entreprise de son époux. Son mari est décédé en 2002, elle le décrit comme ayant été quelqu'un de très gentil et attentionné.

2. Institutionnalisation

a. *Historique institutionnel*

Mme D. a vécu depuis ce temps en Résidence pour Personne Âgée (RPA) jusqu'en 2012, date à laquelle elle intègre l'EHPAD, pour des difficultés dans l'autonomie quotidienne et un début de démence lié à la maladie d'Alzheimer. Un MMS est alors réalisé et elle obtient un score de 21/30. Son NPI révèle de l'anxiété, une irritabilité, et des troubles de l'appétit. Elle rentre en Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) en 2015, son MMS est alors de 19/30.

b. *Présentation de l'EHPAD et de l'UHR*

L'EHPAD où réside Mme D. est une très grande structure qui accueille plus de 400 résidents et qui, en plus d'une UHR, dispose d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places chacun.

C'est le médecin coordinateur de l'EHPAD qui prescrit une ordonnance pour l'admission en UHR, après un diagnostic posé. Une évaluation des troubles du comportement doit avoir été préalablement réalisée par les équipes soignantes. Si les troubles du comportement diminuent, une décision de sortie de l'UHR et de réorientation vers les pavillons classiques peut être prise. [56]

Mme D. vit donc dans l'UHR qui est un espace aménagé au sein de l'EHPAD et qui héberge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Les UHR proposent aux personnes concernées un accueil nuit et jour. Cette unité est un espace clos ; les résidents ne peuvent pas y entrer et en sortir selon leur bon vouloir : l'accès est sécurisé par un code. Cette unité est un lieu de vie qui propose l'hébergement, le soin et des activités sociales ou thérapeutiques. Les résidents sont encadrés par des équipes qualifiées et formées à leur accompagnement : des Assistants de Soins en Gériatrie (ASG), des infirmiers, un médecin coordinateur, un psychomotricien, un ergothérapeute, un psychologue.

En métaphore du concept du *Moi-Peau* de D. Anzieu [5], E. Ferreira conçoit ce lieu d'accueil comme étant une interface de communication qui assurerait une fonction contenante. Elle dit « *L'unité spécialisée peut donc être perçue comme un lieu d'accueil contenant face à la fragilisation de l'appareil psychique et protège ce dernier des excitations extérieures* » [37]. Il pourrait être comparé à une enveloppe psychique délimitant un espace, une frontière entre le monde interne et le monde externe ; entre soi et l'autre ; assurant un maintien de la cohésion interne.

Mme D. semble avoir du mal à accepter de vivre au sein de cette unité fermée. En effet, elle me demande souvent « Oui mais quand est-ce que je rentre chez moi, je veux dire, dans ma maison ? » et veut souvent sortir se promener, bien que cela ne lui soit pas possible. Sa présence en institution semble également lui provoquer des idées délirantes de persécution : elle est persuadée que l'« on » a vendu sa maison « dans son dos » afin d'en récupérer l'argent. Il est donc important de la rassurer et d'apaiser ses craintes dans ces moments d'anxiété.

3. Présentation générale de Mme D.

Pour nous la représenter, Mme D. est une dame plutôt de petite taille, mince, à la morphologie harmonieuse et présentant un rapport staturo-pondéral normal. Elle porte des lunettes.

Elle est assez coquette, porte des colliers et se passe toujours un coup de peigne dans les cheveux avant de quitter sa chambre. Malgré un vécu corporel douloureux, notamment au niveau du dos, Mme D. se déplace sans aide. Elle a souvent de la visite de la part de ses filles et de ses nièces qui habitent dans la région.

Mme D. est une dame qui apprécie la compagnie et la discussion. Elle est volontaire et participe bien aux activités proposées. Elle est particulièrement friande des activités qui lui font réémerger des souvenirs familiaux, comme par exemple les séances d'écoute musicale, de discussion autour d'un thème, de reconnaissance de personnalités. Cependant ses pertes de mémoire entravent péniblement son quotidien. Elle s'agace de ne pas trouver ses mots, elle répète souvent plusieurs fois la même chose en un laps de temps très court, ce qui attise l'irritabilité des autres résidents envers elle. Elle dit parfois avoir « l'impression d'être comme dans un brouillard ».

Mme D. n'est pas autonome pour sa toilette, elle doit compter sur l'aide des Assistants de Soins en Gériatrie (ASG). Elle mange sans aide mais commet parfois des actes aberrants comme par exemple lorsqu'elle met son pain dans son verre, ou encore quand elle mange sa soupe avec sa fourchette.

La survenue d'une altercation violente avec un autre résident, durant une nuit en novembre 2019, au cours de laquelle elle s'est retrouvée victime de coups de poing, a marqué un tournant sinistre dans l'évolution de sa maladie. En plus d'avoir développé un stress post-traumatique suite à cet épisode, ses troubles liés à la maladie se sont considérablement aggravés ; des troubles de l'humeur et du comportement sont apparus. De nature affable, elle est devenue acariâtre et irritable. Elle a développé des troubles du sommeil qui impactent son état de veille et de vigilance la journée. Elle participe moins aux activités, et passe de longues périodes le jour à somnoler dans un fauteuil.

4. Observations en vue d'une évaluation psychomotrice de Mme D.

Pour réaliser l'examen clinique de Mme D., nous nous sommes basées sur l'observation de ses capacités psychomotrices et de son autonomie spontanée au quotidien.

Mme D. est autonome dans ses déplacements et dans ses transferts, sa motricité spontanée et sa motricité dirigée sont satisfaisantes bien qu'elles manquent parfois de précision. Elle marche voûtée vers l'avant et s'aide souvent en s'appuyant sur les tables ou sur les murs. Sa marche n'est pas très stable et s'accompagne de balancements du tronc. L'amplitude et la hauteur de ses pas sont assez réduites. Sa marche est lente et précautionneuse.

Elle parvient à être posée et détendue dans les moments de calme et a un tonus qu'elle adapte aux situations, malgré ses douleurs dorsales. Elle se saisit bien des activités motrices proposées (parcours moteurs, jeux avec des ballons, gym douce), et démontre une volonté d'ajuster ses comportements moteur et tonique aux contraintes de l'environnement.

Mme D. a un équilibre statique et dynamique assez vacillant. Son tonus de fond est assez élevé, ses mobilités articulaires sont plutôt réduites et elle a des difficultés au relâchement musculaire volontaire, mais son tonus d'action reste adaptable aux situations rencontrées. Durant les parcours moteurs, où l'équilibre et le réajustement sont sans cesse sollicités, elle a besoin qu'on lui tienne la main pour la rassurer mais parvient à les traverser et semble y prendre plaisir.

Sa motricité digitale est ralentie par ses douleurs articulaires mais elle parvient à tenir ses couverts avec des prises digito-palmaires adaptées. L'exercice de l'écriture lui est difficile en raison de son manque de dextérité et de l'oubli de l'orthographe des mots. Sa motricité faciale est adaptée à ses émotions, elle appuie son discours avec une expressivité appropriée.

Mme D. a beaucoup de difficultés au niveau de son orientation spatio-temporelle. C'était principalement pour cette raison que son admission en UHR a été préconisée. Elle ne reconnaît pas le chemin pour aller jusqu'à sa chambre, et demande plusieurs fois par jour où est ce qu'elle est. Lorsque je viens la chercher pour le déjeuner du midi, elle m'interroge sur le lieu du repas, si ce n'est pas trop loin. Cette perte constante de repère semble l'angoisser.

Plusieurs fois je l'ai vue demander, presque en colère, « mais est ce que quelqu'un daignerait bien me dire où est-ce-que nous sommes ? ». Nous lui répondons alors, mais elle oublie cette information quelques instants après. Elle semble cependant savoir que nous nous situons dans la ville de Bordeaux, car elle demande souvent à se promener dans la rue Sainte-Catherine.

Son rapport à la temporalité est également très confus. Elle ne se souvient pas de sa date de naissance, bien qu'en octobre dernier elle était capable de nous la donner. Elle ne connaît pas la date du jour, ni la saison dans laquelle nous nous trouvons. Cependant, lorsqu'elle regarde le calendrier qui annonce en gros l'année en cours, elle semble réaliser le temps écoulé, et se montre des fois chamboulée par cette réalité « 2020, on est en 2020... ». Elle ne différencie pas les moments de la journée et se situe parfois le matin alors que nous sommes l'après-midi. Quand elle réalise ses lacunes, elle se met à être anxieuse et dit souvent « je me sens submergée, je suis complètement perdue ». Elle reste, dans ces moments, accessible à la réassurance.

Son schéma corporel est assez diffus, elle semble avoir du mal à projeter ses différents segments de membre dans un référentiel spatial de manière ajustée et précise. Il est compliqué pour elle d'adapter sa motricité en fonction de ce qu'elle perçoit. Son image du corps semble assez perturbée. Elle ne se reconnaît pas en photo mais parvient à reconnaître son reflet dans le miroir. Elle a tendance à se dévaluer et à se dévaloriser lorsqu'elle croise son image mais elle maintient un investissement narcissique, cependant quelque peu diminué ces derniers temps.

Au niveau communicationnel, elle comprend parfaitement les consignes et ce qu'on lui dit. Elle peut communiquer verbalement ; mais aussi par gestes symboliques, par le regard et par sa corporalité. Elle a un lexique plutôt riche et diversifié, même s'il tend à décliner. Elle parle de son passé, et de ses proches avec tendresse, malgré de nombreuses répétitions. Son discours est cohérent et globalement fluide, les mots sont tout à fait reconnaissables.

Mme D. a une attention et une capacité de concentration très labiles. Elle est facilement distractible et perd vite le fil de ce qu'elle faisait ou disait. Elle peut se remémorer des souvenirs anciens mais de moins en moins avec le temps. Elle se souvient qu'elle a trois enfants mais ne peut plus donner leurs prénoms. Sa mémoire à court terme est dégradée, elle ne peut pas se souvenir des activités que nous avons faites le matin même.

La perte de mémoire semble envahir de manière néfaste la vision qu'elle a d'elle-même. Elle est arrivée une fois vers moi, l'air d'être complètement égarée, me disant alors « Excusez-moi madame, je suis perdue, je ne sais pas ce que je suis venue faire ici, je crois bien que je perds la tête, je ne sais même plus qui je suis ».

Mme D. est adepte de tout ce qui peut venir solliciter sa sensorialité. Elle se saisit bien des stimuli sonores et apprécie beaucoup la musique. Les inductions tactiles lui sont très agréables, elle aime les massages des épaules et des mains tout particulièrement.

Depuis quelques mois, Mme D. manifeste des troubles du comportements de plus en plus prégnants. Elle paraît déprimée, anxieuse, et semble tout le temps perdue. Elle erre souvent au sein de l'UHR sans but apparent. Sa bonne humeur et son sourire ont laissé place à une morosité craintive et à de la méfiance.

Il serait donc intéressant d'exploiter en psychomotricité les compétences et les affinités de Mme D., afin d'agir sur ses difficultés. Mme D. paraît apprécier la compagnie et la relation à l'autre, elle aime participer aux activités motrices et reste autonome dans ses déplacements. Sa désorientation temporo-spatiale et ses angoisses déstructurantes viennent cependant entraver ses possibilités d'accéder à des représentations sensées et perturbent son sentiment d'identité ainsi que son accès à une forme de sérénité.

On pourrait alors penser une prise en charge qui amènerait, par la relation, à une réunification des sensations et des représentations.

- Les bains thérapeutiques, les massages, la pratique de l'eutonnie, dans leur fonction enveloppante seraient des pistes judicieuses à expérimenter.
- Les ateliers de relaxation, de sensorialité, dans une salle Snoezelen par exemple, pourraient être bénéfiques dans l'éveil à la prise de conscience du corps, dans l'accès aux représentations et dans la recherche d'un apaisement et d'un recentrage global.
- Les ateliers moteurs, de gymnastique douce, les accompagnements à la marche, seraient appropriés dans l'appréhension et le repérage spatial, ainsi que dans la reconquête de son schéma corporel au travers de la mise en mouvement de son corps dans l'environnement.

5. Prise en charge psychomotrice

Nous avons choisi, pour Mme D. une approche psychosensorielle à travers les techniques du massage. La sachant très friande des massages, cette médiation s'est presque imposée comme une évidence. Le toucher est le premier sens à se mettre en place et le dernier à disparaître, il est donc intéressant d'aller le solliciter lorsque les autres sens sont moins opérants. Lors de cet atelier de massages, il est primordial que l'intention du psychomotricien soit bienveillante ; il doit *être* dans la relation. Le toucher est une histoire de présence à soi et à l'autre. Il s'agirait donc pour Mme D., via cette proposition, de lui proposer un espace thérapeutique afin de :

- Sentir son corps vivant, de le ressentir en tant qu'unité corporelle pourvue de limites, et restructurer son schéma corporel.
- Favoriser un réinvestissement corporel, narcissique et identitaire.
- Permettre un apaisement psycho-corporel, amener de la détente pour atténuer son angoisse et son anxiété.
- Soulager ses douleurs.
- Aider à la respiration.

Lors de ces séances, nous invitons les résidents concernés par cette médiation à s'asseoir sur des fauteuils au salon de l'UHR. Il y a en général quatre participants dont Mme D, mais nous venons les chercher deux par deux. Les fauteuils sont disposés en deux rangées face à face et sont dotés d'un dossier s'arrêtant à mi-hauteur du dos pour y favoriser l'accès lors des massages. Nous nous concentrons sur la partie du dos, des épaules et des bras, en gardant les vêtements de la personne. Nous nous assurons bien évidemment préalablement à chaque séance que les résidents présents sont bien consentants à cette pratique. En effet, la question du toucher peut être taboue encore actuellement, dans la société occidentale.

Au cours de ces séances, Mme D. semble prendre beaucoup de plaisir. Elle verbalise très facilement et parvient aisément à mettre des mots sur ses ressentis. Elle se sent parfois culpabilisée de me « prendre du temps alors que [je dois] être très occupée ». Je la rassure alors en lui disant que je suis là pour cela : prendre du temps pour son mieux-être. Elle me gratifie alors d'un sourire et semble apprécier mieux encore les massages, libérée de ce trac.

Nous avons pu constater que ces séances ont un véritable bénéfice sur Mme D. Elle semble moins anxieuse durant les heures qui suivent la thérapie. Bien que ses troubles persistent, elle paraît plus présente en relation et moins éparpillée. Les massages semblent également soulager temporairement ses douleurs et diffuser des sensations agréables à travers son corps habituellement endolori.

6. Le massage face à la crise identitaire

Je vais décrire ci-dessous un moment particulier.

J'étais en train de discuter avec un résident, quand Mme D. se dirige vers moi, l'air furieux : « Je veux rejoindre la civilisation, vous n'avez pas le droit de me maintenir enfermée ici. Comment fait on pour sortir de la? ». Elle semble complètement dépassée par ses émotions : « Je n'ai pas demandé à être ici, je ne sais même pas où je suis, je voudrais simplement aller faire les boutiques dans le centre-ville ». Je tente alors comme je peux de la rassurer : « Pour le moment, vous restez avec nous, on est ensemble aujourd'hui. Le médecin pense que pour votre sécurité vous seriez mieux ici ».

Mais rien de ce que je lui dis ne parvient à la calmer. Elle est en proie à un véritable accès d'angoisses liées à une incompréhension de sa situation.

Je l'invite alors à s'asseoir tranquillement et à boire un peu d'eau. Elle semble abattue dans son fauteuil et désespérée. La sachant très réceptive aux massages, je lui en propose un. De prime abord, elle ne paraît pas très convaincue, mais elle accepte quand même « Dans tous les cas ça ne peut pas me faire de mal ».

J'installe une musique apaisante en fond sonore. Je lui rappelle le lieu, la date du jour et l'heure. En restructurant dans le temps et dans l'espace, je tente de la réassurer en lui faisant retrouver des repères. Je commence alors par lui proposer de se concentrer sur sa respiration, sans la modifier, juste y porter son attention.

La respiration est une expérience physiologique fondamentale et unificatrice qui suit l'individu de sa naissance jusqu'à sa mort dans une permanence continue. Elle exerce un rôle fondamental dans la création du sentiment de continuité d'existence. Elle est automatique et s'effectue de manière non consciente. Cet acte permet à l'individu d'accéder à des sensations internes profondes. S'attarder un instant sur son ressenti, sur son rythme, sur son intensité, informe la personne sur son état émotionnel et psychique. Elle est le reflet de la biographie et des sensations internes du sujet. F. Perls, R. Hefferline et P. Goodman disaient : « *Ainsi, l'angoisse et le trouble respiratoire accompagnent toute perturbation de la fonction du Self et la première chose, en thérapie, c'est de contacter la respiration* » [82].

Mme D., assise dans son fauteuil, se prête au jeu. Elle ferme les yeux et semble présente à l'état d'éveil de son organisme. Elle met déjà à ce moment des mots sur ses sensations. « J'ai l'impression de me reconnecter avec mon corps ». Son état d'anxiété semble s'apaiser, elle est moins alerte à son environnement.

Pour J-M. Delacroix, la respiration permet l'accession au «*Je* » [26]. Au travers des sensations qu'elle procure dans le corps, l'individu se sent exister. Pour F. Perls, R. Hefferline et P. Goodman, lors de la prise de conscience de la respiration, « *la tension est relâchée et il y a une action unitaire spontanée de perception, de mouvement, de sentiment. La prise de conscience atteint sa plus grande clarté dans la figure du tu* » [82].

C'est par la prise de conscience des ressentis et par la présence au corps que les sensations vont mener à l'unification du corps désintégré et aux processus identificatoires, d'un «*je* » différent du «*tu* ».

Suite à ma suggestion de se redresser un peu, elle se grandit doucement et investit mieux son axe vertical. La verticalité est, selon P. Charazac, un moyen d'affirmation de soi. Chez la personne atteinte de démence, P. Charazac suggère que ce redressement du buste marque une résistance face aux angoisses d'effondrement que la chute ou les pertes d'équilibre peuvent induire. La verticalité participe ainsi à la continuité de soi. [18]

Nous commençons ensuite le massage.

Le massage débute par une prise de contact au niveau des épaules. Le toucher est une rencontre affective avec l'autre : il met en jeu une relation, teintée d'émotions et d'affects. Il nécessite une mise en confiance progressive, il s'agit de ne pas envahir la personne en allant trop vite, surtout dans l'état confusionnel dans lequel était Mme D. Je place donc mes mains sur les épaules de Mme D., et quand je la sens en confiance à travers son dialogue tonique plus relâché, je commence le massage. J'alterne les effleurages, les mouvements circulaires, les pétrissages en restant vigilante à ses manifestations toniques.

Chaque toucher thérapeutique vient solliciter le *Moi-Peau*, [5] dans sa fonction de contenance et de sentiment de sécurité qu'il procure. Le psychomotricien doit être attentif à ce que le contact soit une rencontre sécurisante et non pas un toucher fusionnel qui soutiendrait une illusion de non-séparation. Pour soutenir l'unité de la personne démente, le psychomotricien doit être dans la reconnaissance et l'acceptation de l'autre, et pour cela il doit se mettre à juste distance de la personne, un écart qui évite la fusion sans empêcher la présence et l'écoute. Il s'agit alors pour le psychomotricien de ne pas tomber dans un excès d'empathie et de pouvoir prendre du recul vis-à-vis du transfert émotions. [96]

Le massage dure un quart d'heure. Mme D. ferme les yeux et semble pleinement présente.

L'acte thérapeutique du toucher massage peut faire référence à ce que C. Montani et M. Ruffiot appellent « *le colmatage des brèches de l'enveloppe psychique chez le sujet dément* » [79]. Le massage va tendre à une restructuration du schéma corporel et à une image du corps plus cohérente. Le toucher est globalisant et participe à unifier les vécus de morcellement. Le massage thérapeutique permet « *la prise de conscience des limites corporelles, la redécouverte de l'enveloppe corporelle et de son unité, le but recherché est celui de la restauration du corps, pour que, parallèlement, une certaine image du corps soit dynamisée* » selon C. Maintier [72].

La fin du massage est marquée par la perte de contact lente et progressive. Je replace mes mains de nouveau au niveau des épaules de Mme D. et très lentement je quitte le contact, afin de ne pas créer de rupture brutale dans la relation.

La « séance » va être suivie d'un temps de verbalisation. Pour E. Pireyre, « *mettre la patiente en situation de se (re)connecter à son corps, c'est lui donner l'occasion d'exprimer, de mettre des mots sur des perceptions, des émotions, voire des représentations. C'est l'aider à ouvrir une porte pour lui donner accès à une petite partie de son monde intérieur* » [87]. Il va s'agir de poser des mots sur le vécu du moment. L'expérience corporelle enrichit les sensations et les éprouvés de la personne. La personne va parler de soi, sur soi, sur son corps, sur son image, cela reconnecte la personne à son identité profonde.

Lorsque je lui demande ses ressentis, Mme D. me répond « pendant un instant j'ai eu l'impression de sortir la tête hors de l'eau ». Elle semble apaisée, m'adresse un sourire et me remercie.

Lors de cette expérience, j'ai joué un rôle de pare-excitation pour Mme D. Ses angoisses désorganisatrices liées à son absence de repères et à la désintégration de son sentiment d'identité ont créé un trop plein d'excitations destructrices. À travers ma proposition, j'ai pu endosser le rôle de figure de contenance et de réassurance à travers la médiation du massage. D'après ses dires, il semblerait que Mme D. ait pu se sentir réunifiée et recentrée sur elle. Ce rassemblement d'elle-même à travers cette médiation a semblé l'acheminer vers un apaisement psycho-corporel.

B. Étude d'un groupe thérapeutique : l'émotion dans la contribution du Soi

J'ai souvent été frappée de constater à quel point le simple fait de se mouvoir provoquait des sensations formidables chez les personnes atteintes de démences. Elles qui semblent avoir oublié leur corps, se remettent soudain à reprendre vie lors des activités.

Dans les ateliers moteurs, le psychomotricien va chercher à ce que le résident retrouve confiance en ses capacités, au travers de la prise de conscience de son corps et de ses mouvements. Il s'agira également de « *reprendre plaisir dans son corps, mais également de découvrir que le corps a encore certaines capacités* » C. Maintier [72].

1. Déroulé de la séance

J'ai le souvenir d'une séance de gymnastique douce que je dirigeais avec le moniteur APA (Activité Physique Adaptée). Nous avons placé les résidents de l'UHR qui le souhaitaient assis autour d'une grande table, nous étions une petite dizaine en tout. J'étais assise au milieu des résidents sur un côté de la table et le moniteur APA était assis en face. Nous avons ainsi une vision globale de tous les résidents et eux pouvaient aussi tous se voir distinctement. Après nous avoir resitués dans le temps et dans l'espace en rappelant le lieu, la date et fait un tour de table pour présenter tous les participants, nous commençons la séance.

Les objectifs de cette séance étaient de soutenir une identité corporelle et psychique autour de la relation tonico-émotionnelle, de l'initiative psychomotrice, la restructuration du schéma corporel et l'investissement corporel.

Le principe même de la séance était très simple : nous faisons rouler des petites balles sur la table en direction de quelqu'un et le destinataire devait la réceptionner et la renvoyer à une autre personne. Il est important de commencer la séance par des choses simples pour mettre les résidents en confiance et ne pas les confronter à leurs pertes en les mettant face à une situation qui les met en échec. En effet, les résidents, par leurs atteintes démentielles peuvent avoir un vécu corporel de dissociation, de rupture, de perte d'unité ; un sentiment de défaillance associé à une fragilité identitaire. Il est donc nécessaire de les mettre dans des dispositions encourageantes.

2. Mouvoir son corps pour se le réapproprier

Par le mouvement, le résident va s'enrichir en éprouvés corporels et il va être amené vers une ouverture, une autre façon de bouger, et va découvrir ou redécouvrir le plaisir lié à cette mouvance. Pour S. Kaempf, D. Romatet et A. Truptil, « *la joie de se mouvoir permet à la personne de réincarner un corps déserté car devenu faillible* » [64]. Au travers de cette séance, la balle sert de médiateur entre le résident et l'autre. Il va être amené en relation par un échange autour de la balle. Tous les résidents n'avaient pas le même niveau de compréhension des consignes. Mais par l'identification au corps de l'autre et par effet miroir, tous ont compris le « but du jeu ».

En bougeant, la personne va prendre conscience de son corps en mouvement. Le fait de se reconnecter avec des sensations corporelles agréables va apporter un certain soulagement et va ainsi pouvoir contribuer à une meilleure maîtrise tonico-émotionnelle. Pour C. Maintier, « *le réveil sensorimoteur du corps de la personne âgée souffrante permet une nouvelle prise de conscience et une réorganisation de certains automatismes corporels* » [72].

Se mettre en mouvement, c'est se confronter à ses limites, c'est réapprivoiser une identité mise à mal par la maladie. Mais c'est aussi redécouvrir que le corps a encore certaines capacités. Selon R. Feillet, « *l'engagement dans l'activité corporelle témoigne d'une autre stratégie de reconnaissance de soi à travers la réorganisation de son unité* » [35]. Le corps, en tant que support identitaire, constitue une aire de transition entre le milieu interne et le milieu externe. Ainsi l'expérience corporelle contribue au sentiment d'identité. Les sensations vont se lier pour parvenir à un ressenti d'unité corporelle. La confiance instaurée au sein du groupe doit pouvoir constituer un support pour le sujet afin de dépasser ses difficultés.

Pour R. Feillet, l'activité physique chez la personne âgée diminue -momentanément- les douleurs et induit la sensation d'avoir un contrôle sur son corps. La perte de douleur permet au sujet de vivre une « *parfaite coïncidence avec son corps* ». [Ibid] Lors de cette séance, je n'ai pas entendu de résidents déclarer ne plus avoir de douleurs ; mais j'ai remarqué que les personnes qui manifestent habituellement par des plaintes leur vécu douloureux, s'en sont abstenues. Je ne peux cependant pas dire si leurs douleurs se sont réellement estompées ou si la distraction apportée par la séance les a détournées de leurs pensées.

Nous commençons alors à diversifier les balles que nous mettons en jeu : des balles à picots, des balles moyennes, des balles molles, etc. Les résidents semblent prendre plaisir au jeu et réagissent au moindre « rebondissement ». Chez certains, les réflexes pour réceptionner la balle sont plus lents, la coordination et l'ajustement entre le regard et les deux mains sont parfois peu assurés, maladroits. Le temps de réaction peut être allongé. Quelques résidents ont du mal à lâcher la balle : ils exécutent bien le geste du lancer avec leur bras, mais la balle ne se décolle pas de la main. Il est donc utile de dédramatiser, lorsqu'un résident ne parvient pas à réaliser ce qu'il avait planifié, et de valoriser ce qu'il a réussi à faire afin qu'il ne ressente pas cela comme un échec : « Vous n'étiez pas loin... La prochaine fois sera la bonne ! En tout cas, vous y mettez une belle énergie »

3. Le tissu groupal comme soutien de l'individualité

L'identité s'édifie à partir de l'image du corps impliquée dans la relation aux autres. C'est par le regard de l'autre sur lui-même que l'individu se sent exister. Pour J-B. Chapelier, cité par N. Tauzia « *le groupe est un support projectif de l'image du corps, permettant de retrouver une unité corporelle* » [15]. Le groupe facilite l'émergence de l'imaginaire, la relation aux autres et il facilite la représentation symbolique. Il favorise un dynamisme psychique et lutte contre la passivité régressive souvent rencontrée en institution gériatrique.

Mme L., que j'ai déjà évoqué dans la vignette clinique p. 59, ne participe que très rarement aux activités proposées. Entendant la dynamique groupale et la « vie » qui émanait de l'assemblée, elle s'est approchée, d'abord en tant qu'observatrice. Lorsque nous lui avons proposé une chaise pour se joindre à nous, elle s'est assise et a présenté une adhésion inattendue à notre proposition ainsi qu'une aisance et une maîtrise du lancer insoupçonnées. À chaque acclamation admirative qu'elle recevait, son visage s'affublait d'un grand sourire. Le regard et l'appréciation d'autrui dans la bienveillance participent à la revalorisation narcissique et à l'enrichissement de l'estime de soi.

Dans la vie quotidienne, les résidents ne se sollicitent finalement que très peu les uns les autres. Chacun mène sa vie de son côté, indifférents à la présence d'autrui. Au sein du groupe lors de la séance, les interactions entre les résidents ont commencé à émerger. « Tiens, attrape la balle ! », « Oups, je l'ai envoyée un peu trop fort au monsieur... ». En s'adressant ainsi personnellement à une personne « tu », « vous » ; ou bien en la désignant indirectement verbalement « cette dame », « il », « le monsieur » ou encore par des gestes de pointage, les résidents ont introduit une forme de reconnaissance de l'autre, distinct d'eux-même.

Ainsi les résidents vont s'appuyer sur cet « autre » à la manière d'un objet extérieur et vont le mettre à distance de leur Moi. N. Tauzia nous rappelle que « *pour que s'instaure l'épreuve de réalité, la reconnaissance de l'objet de satisfaction perdu, sa représentation mentale au-delà de la perception sont essentiels* » [99]. Cela va venir soutenir le travail de symbolisation et de représentation garantes du sentiment de continuité d'existence.

Mr G., un monsieur qui présentait des troubles agressifs verbaux de manière quasi-constante, des angoisses de persécution et des confabulations, s'est mis à considérer les autres membres du groupe avec bienveillance, chose que je n'avais jamais vu chez lui auparavant. Il surnommait le moniteur « gamin » de manière affectueuse, et appelait « ma petite dame » sa voisine de table. Ces qualifications empreintes de sa subjectivité sont une première démonstration de son sentiment de Soi.

Notre rôle en tant qu'encadrants de la séance était alors de proposer un cadre suffisamment rassurant, bienveillant et contenant qui offrirait la possibilité de faire émerger des sensations, des représentations, des émotions et la créativité des résidents. Il était parfois nécessaire de réajuster le cadre, lorsque les symptômes démentiels, notamment l'agitation, se manifestaient.

Dans ces cas-là, nous reprenons la parole, et après avoir mis des mots sur ce que nous avons fait, nous instaurons des nouvelles consignes afin de recréer des limites psychiques par les contraintes du jeu et de créer une continuité dans le déroulé de la séance. Par exemple : « Nous nous sommes bien échauffés avec la petite balle, j'ai pu constater qu'on avait des champions du lancer parmi nous. A présent nous allons continuer l'exercice mais avec deux balles mises en jeu : il va vous falloir être deux fois plus attentifs. »

4. Émotion et expression : le sujet acteur de ses éprouvés

Le moniteur APA met ensuite en jeu une balle moyenne, d'apparence normale mais qui s'avère être en fait très lourde, elle pesait quatre kilogrammes. Les résidents, au moment de la lancer, marquaient un temps de surprise lorsqu'ils constataient que la masse de la balle était bien supérieure à ce qu'ils pensaient. Et malgré toute la force qu'ils y mettaient, ils ne parvenaient à la faire avancer que de quelques centimètres. Cela amenait à des situations comiques et certains résidents théâtralisaient leur difficulté à pousser la balle, supportés par les autres qui riaient de bon cœur.

Certains riaient aux larmes, quand une dame s'est tournée vers moi et m'a dit « que ça fait du bien de rire ! J'ai l'impression de revivre ! ».

L'espace groupal a permis ainsi la liberté d'expression corporelle et des émotions qui sont étayées par l'expérience corporelle. Il a rendu possible l'émergence du rire qui est un premier pas vers la reconnexion aux émotions. Pour N. Tauzia, le rire « *redonne aux patients du plaisir à communiquer, à se servir de leur psychisme* » [98]. Il permet une détente corporelle, un mieux-être global. Il apporte de la réassurance et permet d'appréhender le monde de manière plus sereine. N. Tauzia ajoute que « *le rire est le souffle qui exprime une émotion. C'est une décharge libératrice qui assure une détente physique et psychique. [...] Le rire, s'inscrit dans le corps, mais est une forme de prise de contact, une base relationnelle [...] le rire interroge le lien existant entre le physiologique et le psychique, entre l'âme et le corps* » [99].

Pour M. Personne « *À travers un vécu agréable, la personne âgée est ainsi amenée à un éveil corporel et à prendre conscience de son corps, de ses sensations, de ses capacités et de ses limites. Ses sensations vont se lier pour contribuer à la restauration d'une unité psychocorporelle. La personne âgée est réhabilitée dans son statut de sujet vivant et désirant ; elle se revalorise narcissiquement* » [85]. Le rire est inscrit dans le corps et a une portée relationnelle et sociale. Les effets physiologiques du rire sur le corps sont bien connus : il permet la détente musculaire, la réduction des hormones de stress, l'augmentation d'anticorps. Il régule la tension artérielle et sécrète des endorphines. Il lutte contre l'anxiété, la dépression et les infections respiratoires. [99]

Le rire en relation reconduit le sujet dément vers un accès au symbolisme et ainsi amène « *par la reconstruction du mot désignant la chose, puis l'affect, le corporel à retrouver son espace psychique, à l'inverse du processus démentiel* » [99].

Au travers de cette séance, les résidents ont renoué avec un vécu corporel plaisant, à travers un corps moteur, vivant. La mise en action du corps va permettre au sujet la connaissance, voire la reconnaissance de soi « *Cette connaissance de soi passe par l'expérience mais aussi s'intériorise dans l'imaginaire* » selon C. Potel [93]. C'est par les expériences du corps que s'ancrent l'imaginaire et les représentations. C'est ainsi dans cette globalité psychique et corporelle que l'identité de la personne peut être maintenue.

CONCLUSION

Tout au long de ce mémoire, nous avons développé la question du vieillissement normal ainsi que du vieillissement perturbé par la démence de type Alzheimer. Nous avons corrélé les troubles engendrés à des atteintes identitaires.

Face à ce corps qui se transforme, qui est moins performant, voire qui n'est plus reconnu comme étant à soi, le sujet est confronté à des préoccupations narcissiques et à une remise en question de sa valeur de soi. Nous avons vu en particulier l'impact direct des représentations du corps sur l'investissement corporel.

Nous avons pu constater que la maladie d'Alzheimer a des retentissements sévères sur la capacité de l'individu à accéder à la symbolisation. Ses troubles cognitifs imputables à la maladie font obstacle à la boucle sensation-perception-représentation. Cette absence d'élaboration mentale fige le sujet dans un monde inaccessible au domaine du « connu ». Avec l'évolution de la maladie, le sujet se trouve confronté à des difficultés dans son appréhension de l'espace et du temps. Ses repères deviennent instables, sa connaissance du monde se déconstruit, ses manières de se raconter et de s'incarner s'altèrent. On assiste alors à une désorganisation progressive du sentiment de soi.

Nous avons illustré par des exemples de mise en pratique, que le psychomotricien joue un rôle de première ligne dans la volonté de contrer cette errance angoissante. En tant que professionnel aguerri, il constitue une ressource non négligeable dans la prise en charge des personnes atteintes dans leur essence même. Dans sa conception de l'individu comme une entité globale, et dans ses propositions, il vient solliciter et stimuler l'émergence des représentations, il aide le sujet à mettre du sens sur son environnement et sur lui-même. Par son regard, sa présence, son empathie et son attention, le psychomotricien peut faire éclore des reconstructions, ainsi que des résistances à la résignation et au glissement. Il permet ainsi de faire en sorte que la personne âgée malade continue de s'établir, autant qu'il est possible, en tant que sujet et non comme seulement « objet de soins ».

Nous pouvons nous interroger sur la manière dont les soignants, valides et avertis, peuvent recevoir cette « confrontation » avec la personne atteinte de démence. Par transposition analogue, ce face à face avec l'impermanence de la santé, de l'identité et de la vie est finalement révélateur de la fragilité de notre condition humaine. Le fantasme de l'immortalité et de l'invincibilité se brise et cela peut être à l'origine de souffrance et de l'émergence d'angoisses chez les professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Ajuriaguerra J. de** (1974), Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson
- [2] **Alaphilippe D. et Bailly N.** (2014), « *Estime de soi et vieillissement* », Psychologie de l'adulte âgé, p. 87-102
- [3] **Amieva H., Dartigues J. F., Fabrigoule C., Lafont S., Le Goff M., Ritchie K., Stoykova R. et Tzourio C.** (2009), « *Trail Making Test A et B (version sans correction des erreurs) : normes en population chez des sujets âgés, issues de l'étude des trois Cités* », Revue de neuropsychologie, Vol. 1, p. 210-220
- [4] **Albaret J-M.** (2013), « *Les troubles psychomoteurs aujourd'hui : entre Ajuriaguerra et a théorie des systèmes dynamiques* », Développements, n°14, p. 4-12
- [5] **Anzieu D.** (1985), Le moi-Peau, Paris, Dunod
- [6] **Ballouard C.** (2006), Le travail du psychomotricien, Dunod
- [7] **Ballouard C.** (2011), « *Définitions de la psychomotricité* », L'aide-mémoire de psychomotricité, p. 3-10
- [8] **Baruk H.** cité par **Hellenger H.-F.** (2004), Essai sur le syndrome psychologique de la catatonie, p. 15, L'Harmattan
- [9] **Beauvoir S. de** (1970), La vieillesse, coll. « Blanche », p. 608, Gallimard
- [10] **Bion W.** (1962), tr. fr, 1983, « *Une théorie de l'activité de la pensée* », Réflexion faite, p. 125-135, PUF
- [11] **Bonnier, P.** (1905), « *L'aschématie* », Revue neurologique, n° 12, p. 605-609
- [12] **Bowlby J.** (2002), Attachement et pertes, Vol 1, Le fil rouge, PUF
- [13] **Bullinger A.** (2006), *Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement*, Contraste, n°25, p.125-139
- [14] **Cazeneuve J.** (1971), Sociologie du rite, PUF
- [15] **Chapelier J.B.** (2002), « *Préface* », Rire contre la démence, de N. Tauzia, L'Harmattan
- [16] **Charazac P.** (2003), « *Qu'est ce que la démence?* », Revue thématique, psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, vol .1, n°4
- [17] **Chazarac P.** (2009), « *Point de vue psychanalytique sur la perte d'identité dans la maladie d'Alzheimer* », Revue thématique, psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, vol.7, n°3, p.174
- [18] **Charazac P.** (2012), « *Le soutien par le corps* », Soigner la maladie d'Alzheimer, Chap. 6, p. 105-120, Dunod
- [19] **Charazac P.** (2012), « *Vie et mort du patient* », Soigner la maladie d'Alzheimer, chap. 4, p. 67-84
- [20] **Charazac P.** (2015), « *Autonomie et dépendance* », Psychogériatrie, p. 111-133

- [21] **Chazarac P.** (2015), « *Le corps* », Psychogériatrie, p. 33-56
- [22] **Charazac P.** (2016), « *Groupes et soin institutionnel* », Le groupe dans l'institution gériatrique, p. 207-221
- [23] **Ciccione A.** (2001), « *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques* », Cahier de psychologie clinique, n°17, p. 81-102
- [24] **Codol J-P.** (1981), « *Une approche cognitive du sentiment d'identité* », Les Sciences Sociales
- [25] **Coeman A.** (2004), De la naissance à la marche, Étoile de l'herbe
- [26] **Delacroix J-M.** (2004), « *Corps, identité et contemplation* », Cahier de Gestalt-thérapie, n°15, p. 19-43
- [27] **Delion P.** (1997), Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile, ERES
- [28] **Derouesne C.** (1994), « *La maladie d'Alzheimer* », L'esprit du temps
- [29] **Dibie-Racoupeau F. et Maltaverne S.** (2005), « *Soins institutionnels aux patients âgés en souffrance psychique* », Synapse, n°18
- [30] **Dolto F.** (1984), L'image inconsciente du corps, Le seuil
- [31] **Dugravier R. et Barbey-Mintz A-S.** (2015), « *Origines et concepts de la théorie de l'attachement* », Enfances & Psy, n°66, p. 14-22
- [32] **Duquenoy Spychala K.** (2005), « *Comprendre le malade* », Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer, p. 27-48
- [33] **Eustache M-L.** (2010), « *Mémoire et identité dans la phénoménologie d'Edmund Husserl : liens avec les conceptions des neurosciences cognitives* », Revue de neuropsychologie, Vol. 2, p. 157-170
- [34] **Eustache M-L.** (2013), « *Éthique de la dépersonnalisation* », Conscience, mémoire et identité, Chap. 7, p. 153-166
- [35] **Feillet R.** (2012), « *Le corps dans "tous ses états"* », Corps, vieillissement et identité : entre préservation et présentation de soi, p. 105-168, ERES
- [36] **Federn P.** (1979), La psychologie du moi et les psychoses, PUF
- [37] **Ferreira E.** (2011), « *Démence et fonction de contenance dans les unités protégées* », Clinique, n°1, p. 110-124
- [38] **Fournier M.** (2019), « *Jean Piaget. Comment l'intelligence se développe-t-elle ?* », Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, n°54, p.12
- [39] **Gardey A-M.** (2003), « *L'atteinte des repères et des limites identitaires dans la démence sénile* », Annales Médico-Psychologiques, 161, p. 197-202
- [40] **Golse B.** (2011), « *Des sens au sens, la place de la sensorialité dans le cours du développement* », Spirale, n°57, p. 95-108
- [41] **Goumas J.**, « *Du travail pour les psychomotriciens en gériatrie !* », Théorie psychomotrice et Recherches

- [42] **Grobot D.** (2010), « *Deux cents ans d'histoire* », Etre psychomotricien, Potel Baranes C., p. 17-42, ERES
- [43] **Haag G.** (2008), « *De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme* », *Enfances et Psy*, n°41, p. 14-22
- [44] **Head H.** (1920), *Studies in Neurology*, Frowde, Hoder and Stoughton
- [45] **Helson C.** (2008), *Accompagner le grand âge : psycho-gérontologie pratique*, Dunod
- [46] **Herfray C.** (2007), *La vieillesse en analyse*, ERES
- [47] <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/maladie-alzheimer.html?pb=evolution-formes>
- [48] <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-veillissement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
- [49] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf
- [50] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_memo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_equipe_soignante_npi-es_2013-02-26_14-58-55_901.pdf
- [51] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>
- [52] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/memoire>
- [53] <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/identit%C3%A9/59715>
- [54] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/langage/46165>
- [55] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9diation/50103>
- [56] <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/maison-de-retraite-quest-ce-quune-ubr>
- [57] <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/michel2010.pdf>
- [58] <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
- [59] <https://www.vaincrealzheimer.org/historique-maladie-alzheimer/>
- [60] <https://www.who.int/topics/dementia/fr/>
- [61] **Jaeger C. de** (2008), « *Le vieillissement humain* », *La gérontologie*, Chap. 1, p. 5-35
- [62] **Jaeger C. de** (2012), « *Physiologie de la sénescence* », *Les techniques de lutte contre le vieillissement*, Chap. 11, p. 19-30, Coll. *Que sais-je ?*, Ed. Presses Universitaires de France
- [63] **Jovers M.** (2000), « *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture* », *Le développement du jeune enfant*, Édition Solal

- [64] **Kaempf S., Romatet D. et Truptil A.** (2011), « *Unifier de la tête aux pieds, approche psychomotrice de la problématique de l'identité chez le patient atteint de la maladie de Parkinson* », Protéger et construire l'identité de la personne âgée, p. 69-85
- [65] **Lacan J.** cité par **Ogilvie B.** (2005), « *Le stade du miroir* », Lacan, p. 96-119
- [66] **Laublin S.** (2008), « *L'infantilisation de la personne âgée en établissement gériatrique* », Le journal des psychologues, n°256, p. 34-36
- [67] **Le Breton D.** (2006) « *L'existence comme une histoire de peau : le toucher ou le sens du contact* », La saveur du monde, p. 175-217, Editions Métailié
- [68] **Le Gouès G.** (1987), « *La psycholyse* », Actualités psychiatriques, n° 8
- [69] **Le Gouès G. et Péruchon M.** (1992), « *Ultimes processus de pensée* », Revue française de psychanalyse, n°1, p. 140, 142, 146-147
- [70] **Létourneau P.Y.** (1991), Conséquences psychologiques de l'aphasie dans L'aphasique, Ed. Edisem
- [71] **Lipiansky E-M.** (1992), Identité et communication, PUF
- [72] **Maintier C.** (2011), « *Une identité à construire et à conserver* », Protéger et construire l'identité de la personne, de M. Personne, p. 33-46
- [73] **Maisondieu J.** (1989), Le crépuscule de la raison, Le Centurion
- [74] **Marc E.** (2016), « *La construction identitaire de l'individu* », Identité(s), p. 28-36
- [75] **Messy J.** (1992), La personne âgée n'existe pas, Rivages Psychanalyse
- [76] **Merleau-Ponty M.** (1945), Phénoménologie de la perception, Gallimard
- [77] **Meyre F.** (2018), « *J'avais conscience de moi... » Quand la démence fragilise l'investissement corporel. Apport de la psychomotricité chez le sujet âgé présentant une démence de type Alzheimer*, Mémoire de Psychomotricité
- [78] **Montani C.** (1990), « *Le dément et l'angoisse de vidage* », psychogériatrie, n°6, p 6-8
- [79] **Montani C. et Ruffiot M.** (2009), « *L'image du corps à l'épreuve de la démence* », Cliniques méditerranéennes, n°79, p. 103-116, ERES
- [80] **Mucchielli A.** (2013), « *Les fondements de l'identité psychosociologique* », L'identité, Chap. 1, p. 39-77
- [81] **Paturet J-B.** (2007), « *De l'inachèvement de l'homme* », De la responsabilité en éducation, p. 41-66
- [82] **Perls F, Hefferline R., Goodman P.** (1979 et 2001), Gestalt-thérapie, p. 214, 217 Stanké, puis l'Exprimerie
- [83] **Péruchon M.** (2006), « *Structure et déstructuration à la sénescence* », Annales Médico-Psychologiques, 164, p.601-606
- [84] **Péruchon M.** (2009), « *Figures de l'hypercomplexité en gériatrie, ou du destin des forces de déconstruction et de construction* », Cliniques méditerranéennes, n°79, p. 91-101, ERES

- [85] **Personne M.** (2011), Protéger et construire l'identité de la personne âgée, ERES
- [86] **Piaget J.** (1970), L'Épistémologie génétique, rééd. PUF, 2011
- [87] **Pireyre E.** (2015), Clinique de l'image du corps : du vécu au concept, Dunod
- [88] **Pitteri F.** (2010), « *Psychomotricité et personne âgées* », Psychomotricité : entre théorie et pratique de Potel C., p. 289-312, coll. Psycho, In Press Eds
- [89] **Ploton L.** (1990), La Personne âgée: son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence, Chronique sociale
- [90] **Poirier N. et Gil R.** (2018), « *Maladie d'Alzheimer et identité de la personne humaine* », Alzheimer : de carpe diem à la neuropsychologie, p. 245-261
- [91] **Potel Baranes C.** (2019), « *La question du cadre thérapeutique, la contenance, les limites, le corps* », Être psychomotricien, p. 357-381, ERES
- [92] **Potel Baranes C.** (2019), « *Médiations thérapeutiques et symbolisations en psychomotricité* », Être Psychomotricien, p. 364-379, ERES
- [93] **Potel Baranes C.** (2019), « *Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ?* », Être psychomotricien, p. 117-154, ERES
- [94] **Roman P.** (1997), « *Troubles somatiques et catastrophes de symbolisation* » Psychologie clinique et projective, vol 3, p.7-13
- [95] **Royer H. et Putinier M.**, enseignement théorique à l'Institut de Formation de Psychomotricité de Bordeaux
- [96] **Savatofski J. et Prayez P.** (2002), Le toucher apprivoisé, Ed Lamarre
- [97] **Schilder P.** (1950), *L'image du corps*, Gallimard
- [98] **Tauzia N.** (2002), *Rire contre la démence*, p. 67, 103, L'Harmattan
- [99] **Tauzia N.** (2005), « *Usage du rire relationnel dans un groupe de personnes âgées atteintes de démence sénile de type Alzheimer* », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, n°44, p.115-147
- [100] **Vygotski L.** (1934), Pensées et langage, La Dispute
- [101] **Wallon H.** (1930), Les origines du caractère chez l'enfant, PUF
- [102] **Winnicott D.** (1969), L'angoisse associée à l'insécurité , p. 126-130
- [103] **Winnicott D.** (1970) « *Intégration du moi au cours du développement de l'enfant* », Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement, Payot

ANNEXE

CRITERES DIAGNOSTICS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER :

A. Les critères de l'atteinte neurocognitive légère ou sévère sont observés

B. L'installation insidieuse des symptômes et le déclin graduel dans un ou plusieurs domaines cognitifs sont observés (pour la forme sévère, au moins deux domaines cognitifs doivent être atteints)

C. Les critères observés pour la maladie d'Alzheimer probable ou possible :

Pour la forme sévère, le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est posé

1. Si la mutation génétique associée à la maladie peut être indiquée soit par l'histoire familiale, soit par les tests génétiques
2. Ou si la présence des trois critères suivants est documentée :
 - a. Évidence claire d'un déclin de la mémoire et des capacités d'apprentissage ; et d'au moins un autre domaine cognitif (basé sur l'histoire de la maladie ou l'évaluation neuropsychologique)
 - b. Le déclin progressif, continu et graduel dans les capacités cognitives est observé, sans plateau prolongé
 - c. Aucune évidence d'étiologie mixte

Autrement, le diagnostic de maladie d'Alzheimer possible est posé.

Pour la forme légère, le diagnostic de maladie d'Alzheimer probable est posé sur la base de la présence de la mutation génétique et le diagnostic de maladie d'Alzheimer possible est posé si les trois critères suivants sont observés :

1. Évidence claire d'un déclin de la mémoire et des capacités d'apprentissage
2. Déclin progressif et graduel de la cognition observé sans plateau prolongé
3. Aucune évidence d'étiologie mixte

D. Les déficits observés ne sont pas mieux expliqués par une autre atteinte à la santé mentale ou à la santé physique.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	1
Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Introduction.....	4

CHAPITRE I: LA SENESCENCE, UN PROCESSUS DESTABILISANT DANS LE MAINTIEN IDENTITAIRE.....6

I) Les mécanismes à l'origine de l'émergence de l'identité dans l'enfance.....6

A. De la fusion à l'individuation.....7

1. *La mère suffisamment bonne* : terreau de la subjectivité 7

2. *Le Moi-Peau* 8

3. Le stade du miroir 9

4. La conquête de la subjectivité par le langage 10

B. Entre continuité et rupture.....11

1. Le tonus, toile de fond de l'identité 11

2. L'individu se construit dans un référentiel spatio-temporel 12

C. Le corps, base de l'identité.....13

1. Le cheminement de l'identité par la corporéité 13

2. La sensori-motricité dans l'émergence de la pensée 14

3. Axe et verticalité, tuteurs d'une intériorité corporelle 15

4. Les fonctions unifiantes des représentations du corps 15

a. Le schéma corporel 15

b. L'image du corps 16

II) Les remaniements identitaires lors du vieillissement « normal ».....18

A. Vieillesse et troubles induits.....18

1. Vieillir en quelques chiffres 18

2. Des modifications macroscopiques, physiologiques et psychologiques 19

a. Le corps vieillissant	19
b. Atteintes physiologiques	20
c. Impact du vieillissement sur les fonctions cognitives	20
3. Problématiques psychomotrices	21
a. Notion de trouble psychomoteur	21
b. Altération des fonctions sensorielles	22
c. Motricité fine et globale	23
d. Le schéma corporel chez la personne âgée	24
e. Les modifications de l'image du corps	25
B. Remaniements identitaires.....	26
1. Départ à la retraite et identité sociale	26
2. Identité corporelle	27
3. L'horizon de la mort	27
4. Valeur de soi	28

CHAPITRE II : LA MALADIE D'ALZHEIMER : UN BOULEVERSEMENT IDENTITAIRE INTENSE30

I <u>Comprendre la maladie d'Alzheimer</u>	30
A. La maladie d'Alzheimer, qu'est-ce-que c'est ?.....	30
1. La maladie d'Alzheimer est une pathologie démentielle	30
2. Données statistiques	31
3. Historique et causes de la maladie d'Alzheimer	31
4. Caractéristiques de la maladie	32
a. Les symptômes	32
b. Les différentes formes de la maladie	32
c. Les facteurs de risques	33
d. Les facteurs protecteurs	33
B. Diagnostic et prises en charge.....	34
1. L'établissement du diagnostic	34
a. Critères diagnostics selon le DSM V	34
b. Évaluations cognitives	34

c. Les examens biologiques	34
2. Les stades de la maladie	35
3. Des traitements médicamenteux et non médicamenteux	36
a. Les traitements médicamenteux	36
b. Les traitements non médicamenteux	37
II <u>Les troubles liés à la maladie d'Alzheimer et leurs conséquences en terme de pertes identitaires</u>	39
A. Les troubles cognitifs.....	39
1. Amnésie	39
2. Aphasie	41
3. Apraxie	42
4. Agnosie	43
B. Les troubles psychomoteurs spécifiques de la DTA.....	44
1. Les troubles de l'orientation spatio-temporelle	44
2. Le schéma corporel chez le sujet dément	46
3. Une image du corps altérée	46
C. Les troubles psychoaffectifs et comportementaux.....	48
1. Les manifestations anxio-dépressives	48
2. Les troubles de l'affectivité	49
3. Les manifestations agressives	49
4. Les comportements passifs	50
5. Les comportements de déambulation et d'agitation	50
6. Les troubles psychotiques	51
D. Rupture du sentiment de continuité d'existence.....	51
1. L'identité atteinte	51
2. La <i>Psycholyse</i> selon G. Le Gouès	52
3. La perte progressive de soi	53
CHAPITRE 3 : L'APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LA RECONCILIATION DE SOI	56

I	<u>La psychomotricité pour se retrouver</u>	56
	A. Le psychomotricien en milieu gériatrique.....	56
	1. Le concept psychomoteur	56
	2. L'examen psychomoteur en institution gériatrique	57
	3. Les indications de prise en charge en psychomotricité	60
	4. Le cadre et la médiation en séance	61
	B. La psychomotricité dans la préservation de l'identité de la personne.....	62
	1. Le pluriel au service du singulier	62
	2. La nécessité de l'autre, le rôle contenant du psychomotricien	62
II	<u>Mise en pratique clinique</u>	64
	A. Soutien de l'identité par le toucher-massage : cas clinique de Mme D.....	64
	1. Anamnèse	64
	2. Institutionnalisation	64
	a. Historique institutionnel	64
	b. Présentation de l'EHPAD et de l'UHR	65
	3. Présentation générale de Mme D.	66
	4. Observations en vue d'une évaluation psychomotrice de Mme D.	67
	5. Prise en charge psychomotrice	70
	6. Le massage face à la crise identitaire	71
	B. Étude d'un groupe thérapeutique : l'émotion dans la contribution du Soi.....	74
	1. Déroulé de la séance	75
	2. Mouvoir son corps pour se le réapproprier	75
	3. Le tissu groupal comme soutien de l'individualité	77
	4. Émotion et expression : le sujet acteur de ses éprouvés	78
	Conclusion.....	80
	Bibliographie.....	82
	Annexe.....	87
	Table des matières.....	88