

Accord perdu : mise en place d'un atelier de mime adapté à la psychomotricité en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

François Berto

► **To cite this version:**

François Berto. Accord perdu : mise en place d'un atelier de mime adapté à la psychomotricité en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02933010

HAL Id: dumas-02933010

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933010>

Submitted on 8 Sep 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.

Institut de Formation en Psychomotricité de la
Pitié Salpêtrière
Médecine Sorbonne Université
91, boulevard de l'hôpital
75013 PARIS

Accord perdu

Mise en place d'un atelier de mime adapté à la psychomotricité en Etablissement
d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Mémoire présenté par François BERTO en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien

Référente de mémoire :

Elodie MOULIN

Session Juin 2020

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma famille et mes plus proches amis, pour le soutien sans faille dont ils ont fait preuve pendant ma reprise d'études.

Merci à l'ensemble de mes enseignants pour avoir grandement contribué à ma formation de futur psychomotricien.

Je remercie chaleureusement l'ensemble de mes maîtres de stage pour la confiance qu'ils ont placée en moi et pour m'avoir permis d'effectuer mes premiers pas de futur thérapeute.

Je remercie particulièrement Marie Boisseau, pour l'ensemble de ce qu'elle m'a apporté pendant mon stage long de 3^{ème} et dernière année de formation, et Elodie Moulin pour avoir accepté de superviser mes travaux et de m'éclairer par ses conseils avisés.

Merci à l'ensemble du personnel de mes divers lieux de stages pour leur accueil et leur disponibilité.

Merci aux patients, à tout ce qu'ils m'ont dévoilé d'eux-mêmes et m'ont permis de vivre.

Enfin, merci à l'ensemble de la promotion, à toutes ces rencontres à la saveur si particulières, ces expériences inouïes, ce qu'elles m'ont appris sur la vie et sur moi-même.

Sommaire

Introduction	p.5
I. Contexte d'intervention	p.9
A. Les différents espaces	p.9
1. Les lieux de vie	p.9
2. L'unité protégée	p.9
3. Les salles d'atelier thérapeutique	p.10
B. L'équipe institutionnelle	p.10
C. Population accueillie.....	p.13
1. Le vieillissement normal.....	p.13
2. Le vieillissement réussi.....	p.18
3. Le vieillissement pathologique	p.19
a. Les démences.....	p.19
b. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence.....	p.21
c. La chute du sujet âgé	p.23
d. La maladie de Parkinson.....	p.23
4. Lecture psychomotrice du vieillissement	p.24
a. L'image du corps	p.24
b. Le schéma corporel.....	p.31
c. L'espace-temps	p.32
d. Les fonctions cognitives	p.33
II. La création de l'atelier de mime adapté à la psychomotricité	p.36
A. Constitution du groupe	p.36
1. Mme L	p.37
a. Anamnèse et histoire de vie de Mme L	p.37
b. Première rencontre avec Mme L.....	p.38
c. La sémiologie psychomotrice de Mme L	p.39
2. Mr M.....	p.43
a. Première rencontre avec Mr M.....	p.43
b. Anamnèse et histoire de vie de Mr M.....	p.44
c. La sémiologie psychomotrice de Mr M.....	p.45
B. Le mime adapté à la psychomotricité	p.49
1. La spécificité du mime en psychomotricité	p.49
2. Les objectifs de l'accompagnement psychomoteur dans cet atelier	p.55
C. Evolution du groupe de mime.....	p.56
1. L'identithérapie.....	p.56
2. L'algue.....	p.57
3. La marionnette	p.58
4. La vie à l'institution.....	p.60
5. Le tableau « clinique »	p.62
D. Synthèse.....	p.66
1. La synthèse de Mr M.....	p.67

2. La synthèse de Mme L	p.68
III. Discussion	p.72
A. La place du silence	p.72
B. Emotion et mémoire dans l'accompagnement psychomoteur du sujet âgé.....	p.74
C. Mon cadre en psychomotricité	p.76
1. Le cadre spatial.....	p.76
2. Le cadre temporel.....	p.77
3. Le cadre humain	p.78
4. Le groupe et la fonction contenante	p.79
D. Des espaces cloisonnés.....	p.80
1. Ce qui se passe dans la salle reste dans la salle.....	p.80
2. L'utilisation hors des murs	p.80
E. Mesurer l'évolution des patients	p.81
F. Les limites de la psychomotricité	p.83
G. Le deuil du sujet âgé.....	p.83
H. Un deuil psychomoteur ?	p.85
Conclusion	p.86
Bibliographie	p.88

Introduction

Durant mes études de psychomotricité, j'ai été amené à effectuer différents stages dans le secteur gériatrique. Mon stage long au sein d'un Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) m'a amené à réaliser que la population vieillissante était la source de nombreuses représentations erronées. Le vieillissement cristallise de nombreuses angoisses, allant même jusqu'à être considéré comme un fardeau pour notre société, tandis qu'il s'agit d'un processus normal de la vie. J'ai été en outre frappé par le discours tenu par de nombreux résidents à l'égard de leur corps. J'ai pu constater une perte considérable de l'autonomie physique et psychique mais également de leur identité. J'ai pu observer des corps délaissés, parfois inertes, comme si l'élan vital avait disparu et que la seule chose qui demeurait était l'attente passive de la fin de la vie. Les conséquences psychomotrices étaient multiples, se manifestant entre autres par une altération de l'image du corps, des troubles du schéma corporel, des difficultés de régulation tonique et des capacités motrices considérablement réduites.

Le processus qui m'a permis d'aboutir au choix d'adapter le mime à la psychomotricité et à cette population s'inscrit dans une temporalité, réflexion et expérience particulières. Avant de pouvoir commencer mon stage long qui a commencé en Septembre 2019, j'ai eu la chance d'effectuer une « période d'essai » en stage court dans ce même établissement en Avril 2019, pendant une semaine. J'avais pour projet à l'époque de proposer un atelier de « jeu du faire semblant », car j'avais pu participer à ce travail dirigé en seconde année d'études. Cela avait constitué une expérience singulière, et avait suscité chez moi l'envie de l'adapter dans ma future pratique professionnelle. Lors de cette semaine de découverte, j'ai vite réalisé que mon projet était flou. Je ne parvenais pas à déterminer ce que le « jeu du faire semblant » me permettrait d'apporter aux résidents. Il s'agissait certes d'un projet séducteur, mais je me heurtais à une difficulté que je n'avais pas anticipée: la barrière du langage. La complexité majeure était que le langage prenne trop de place dans l'action, et que le corps soit délaissé –ce que nous avons évoqué en travail dirigé. Je tiens à clarifier mon

propos : je ne dis nullement que cette médiation n'est pas compatible avec ce public. Bien au contraire, mais je ne parvenais pas à la mettre efficacement au service des résidents.

Je me suis alors interrogé sur les spécificités de notre métier. F. Giromini déclare que « *certains soignants, et les psychomotriciens en particulier, dont le métier consiste à travailler avec un corps engagé dans une relation thérapeutique, utilisent un objet singulier : leur propre corps comme médiateur de la relation à l'autre.* » (2019, p.15). Je savais que l'approche corporelle était à privilégier, mais j'ignorais encore de quelles manières avec cette population. M. Rodriguez définit « *la psychomotricité comme une thérapie à médiation corporelle pour en souligner le caractère essentiellement non verbal de son mode d'action.* » (ibid. p.27). Poursuivant mes recherches actives, une discussion avec un de mes camarades de promotion m'a alors amené à m'intéresser aux travaux de S. Conein-Gaillard qui définit le mime comme « *l'expression totale de soi à travers le corps tout entier, sans la parole* » (2011, quatrième de couverture). J'ai alors compris que l'approche corporelle me permettrait de rencontrer véritablement les patients. Je savais que cette rencontre prendrait place grâce au langage et à l'expressivité du corps.

J'ai alors souhaité comprendre comment la psychomotricité pouvait préserver l'identité psychocorporelle du sujet âgé et favoriser son réinvestissement corporel.

Plusieurs interrogations ont guidé ce travail : quelles sont les menaces qui pèsent sur l'identité du sujet âgé ? Quelle médiation choisir pour préserver cette identité et amener la personne âgée à renouer avec son corps ? Le mime pouvait-il être adapté à la psychomotricité pour répondre aux problématiques posées par le vieillissement ?

Ce mémoire est ainsi articulé en trois parties. Dans la première partie nous en apprendrons plus sur le fonctionnement de l'équipe qui exerce au sein de l'EHPAD. Nous aborderons spécifiquement le vieillissement, avec ou sans pathologie, pour comprendre davantage quels en sont les impacts sur la personne âgée.

Dans une seconde partie, nous présenterons le mime et la façon dont il peut s'articuler avec la thérapie psychomotrice pour répondre aux besoins des patients. Nous suivrons l'évolution de deux résidents en particulier au sein de l'atelier de mime adapté à la psychomotricité que j'ai mis en place et dirigé tout au long de l'année.

Enfin nous discuterons de la place du silence, de la position de stagiaire en dernière année de formation, de la place des émotions dans la prise en soin du sujet âgé, du cadre thérapeutique, des limites de la thérapie psychomotrice et de l'impact du deuil.

PARTIE I

Contexte d'intervention

I. Contexte d'intervention

Le groupe Korian, créé en 2001, segmente ses activités en quatre secteurs : les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les cliniques de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), le maintien à domicile, et les résidences services qui sont des logements adaptés répondant aux besoins des personnes âgées souhaitant vivre en autonomie. Le groupe Korian comporte 596 établissements en Europe, dont 364 implantés en France.

A) Les différents espaces

1. Les lieux de vie

Le rez-de-chaussée est composé de l'accueil, où le personnel reçoit les familles et les communications téléphoniques. Le bureau de la directrice se trouve non loin. On trouve ensuite le réfectoire où les résidents peuvent se restaurer. Au bout du réfectoire, une porte permet d'accéder au jardin. A sa droite, on trouve le salon où se déroulent les activités proposées par l'animatrice ainsi que certaines séances de kinésithérapie en groupe. C'est également en ce lieu que l'aumônier intervient. Chaque étage est composé d'une pièce commune, le salon, pour préserver la vie sociale des résidents qui peuvent s'y retrouver pour échanger et discuter, ou simplement regarder la télévision. Au 5^{ème} étage se trouve un bureau partagé par l'animatrice, la diététicienne, la psychologue et la psychomotricienne.

2. L'unité protégée

L'unité protégée se situe au 3^{ème} étage. Elle accueille les résidents dont l'autonomie est la plus réduite, afin de répondre plus spécifiquement à leurs besoins. Les membres du personnel sont plus nombreux à cet étage, afin d'assurer un meilleur accompagnement de ces résidents. La plupart sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées et souffrent de symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. Les résidents manifestent des troubles du comportement importants, auxquels le personnel spécialement

formé s'efforce de répondre. Le bureau des infirmiers, des aides-soignants et des médecins est présent à cet étage.

3. Les salles d'atelier thérapeutique

La première salle d'atelier thérapeutique est réservée aux kinésithérapeutes et se situe au rez-de-chaussée. L'art-thérapeute ne possède pas de salle personnelle, ces séances se déroulent dans le réfectoire. La salle d'atelier thérapeutique réservée à la psychomotricienne se situe au 4^{ème} étage. C'est également dans cette salle que les projets personnalisés de chaque résident sont discutés en équipe. La psychologue intervient directement auprès des résidents en proposant des séances dans leur chambre.

B) L'équipe institutionnelle

Il existe une volonté de travailler en interdisciplinarité au sein de l'EHPAD. Le partage des savoirs-être et savoirs-faire est fortement encouragé, avec comme objectif la santé et le bien-être des résidents. Cela permet également une meilleure cohésion d'équipe, de réduire les tensions, et de partager les points de vue de chacun. Ce partage se ressent lors des transmissions d'information, mais également pendant d'autres temps parfois informels. Les transmissions sont enregistrées et accessibles à tout le personnel via une plateforme numérique.

Les médecins généralistes auscultent les résidents et établissent des diagnostics sur leur état de santé. Ils travaillent en collaboration étroite avec le reste du personnel soignant. Ils doivent prendre en compte l'environnement ainsi que les facteurs de risque pour chaque résident. La démarche diagnostique est une tâche compliquée car la plupart du temps, l'état de santé des patients ne correspond que partiellement au tableau clinique d'une maladie. Une fois le bilan accompli, ils prescrivent un traitement qui peut être médicamenteux ou non. Ce sont eux qui effectuent notamment les prescriptions en psychomotricité.

Les Infirmiers Diplômés d'Etat travaillent en coordination avec le médecin traitant. Ils ont la responsabilité d'assurer le suivi et l'ajustement des soins proposés aux résidents. Ils

peuvent intervenir en cas d'urgence pour les résidents, dans le cas de nombreuses situations à risque (déshydratation, chutes, escarres...). Ils assurent la transmission d'informations et coordonnent les actions entre les soignants, les résidents et leurs familles, et avec les autres institutions médicales en cas d'hospitalisation et de rendez-vous médicaux. Ils sont également vigilants aux risques de dénutrition, déshydratation et de constipation des résidents.

Les Aides-Soignants et Aides Médico-Psychologiques travaillent de concert avec les infirmiers. Leur rôle est d'accompagner les résidents dans leur installation, leur alimentation, leur mobilisation ainsi que de les accompagner si nécessaire pour assurer l'hygiène corporelle. Leur travail s'inscrit en relation avec celui des autres professionnels de santé, ainsi qu'avec les familles et les résidents. Ils sont également sollicités lors de l'élaboration ou de l'actualisation du projet de vie du résident.

La psychologue est présente au sein de la résidence sur un temps partiel et exerce dans un autre EHPAD le reste de la semaine. Elle effectue l'évaluation psychologique ainsi que le suivi des résidents pendant leur séjour. Il lui est possible d'intervenir de manière individuelle auprès des résidents, en effectuant des rendez-vous hebdomadaires pour assurer et évaluer leur état psychologique, ou encore élaborer leur projet de vie en équipe. Elle joue un rôle fondamental dans l'accompagnement des familles et du personnel. Elle assure en outre le relais entre les familles, le résident et les professionnels de santé au sein de l'institution.

L'art thérapeute est intégré à l'équipe paramédicale. L'art-thérapeute est un spécialiste de l'activité artistique. Il ou elle a recours à l'art à des fins thérapeutiques et intervient pour soulager les personnes présentant des troubles physiques, psychiques ou relationnels. L'art-thérapeute qui intervient au sein de l'EHPAD est spécialisée dans la peinture et le dessin. Elle est présente tous les Jeudis de 14h à 17h et effectue des prises en charge en groupe de 5 à 10 personnes. Elle ne dispose pas de sa propre salle, par conséquent ses séances se déroulent dans le réfectoire.

La diététicienne est responsable à la fois de l'alimentation et de la santé des résidents. Sa tâche principale est de proposer un régime alimentaire adapté à chaque résident. Elle est

présente à mi-temps au sein de la structure, et intervient également dans la réalisation des projets personnalisés des résidents.

L'animatrice propose différentes activités qu'elle met en place chaque jour, parmi lesquelles la revue de presse, le chant, la lecture de poèmes, des activités ludiques ou encore des rencontres intergénérationnelles. Ces activités ne se contentent pas d'être purement occupationnelles, mais ont pour but de rendre les résidents acteurs de leur journée et de générer du lien social entre eux. Ainsi ces ateliers, bien que n'ayant pas de valeur thérapeutique à proprement parler, contribuent au bien-être de la personne ainsi qu'à faire de l'EHPAD un lieu de vie.

La psychomotricienne intervient à temps complet dans l'EHPAD. En réponse à la demande des médecins, elle évalue les besoins des résidents grâce à des examens psychomoteurs standardisés tels que le Mini Mental State Examination, l'Examen Géronto Psychomoteur, le Tinetti, les 5 mots de Dubois... Ces évaluations lui permettent de définir des axes thérapeutiques cohérents et adaptés aux résidents. Elle peut accompagner le résident en séance individuelle, ou bien en groupe selon ce qu'elle estime être le plus bénéfique. Les ateliers proposés sont variés, allant de la stimulation sensorielle jusqu'à la pratique de l'escrime, en passant par la consolidation de l'équilibre et la prévention des chutes. Elle participe également à la réalisation et à l'actualisation du projet de vie du résident, et assure son suivi dès son entrée jusqu'à la fin de son séjour au sein de l'institut.

Les kinésithérapeutes encouragent les résidents à la marche, ainsi qu'à la verticalisation lorsque la marche est impossible. Ils pratiquent des mobilisations ayant pour but d'éviter les escarres, la rétraction musculaire et l'enraidissement. Ces mobilisations favorisent aussi la circulation sanguine. Ils interviennent afin de préserver autant que possible la marche et les déplacements chez les personnes âgées pour sauvegarder leur autonomie. Un des kinésithérapeutes a mis en place un atelier de gymnastique douce, dans lequel il accueille une vingtaine de résidents afin de leur proposer des activités motrices dans l'économie de

mouvement et ainsi éviter les douleurs. Un autre kinésithérapeute a mis en place avec la psychomotricienne des ateliers d'équilibre et de prévention des chutes.

Le rôle de l'aumônier est de répondre aux besoins spirituels des résidents. La plupart sont de confession catholique. Il intervient pour effectuer la lecture de textes sacrés, ou encore pour recueillir les confessions d'une personne dont le décès est proche.

Les familles ne font pas partie du personnel de l'EHPAD, mais représentent des acteurs déterminants dans l'intégration et l'accompagnement des résidents. Elles représentent le lien entre le personnel et les résidents. Il est fréquent que la demande d'entrée en institution soit le fait des familles. Dans certaines situations, le résident vivait au domicile des proches et c'est dans un contexte d'épuisement que la demande est réalisée. Le personnel s'efforce de mettre en place des partenariats avec les familles. A titre d'exemple, la psychomotricienne supervise le fonctionnement d'une plate-forme numérique sur laquelle familles et résidents peuvent s'échanger des photographies et des nouvelles de manière très simple.

Comme nous pouvons le constater, l'EHPAD s'efforce de s'inscrire dans un esprit de transdisciplinarité. L'ensemble du personnel ainsi que les familles travaillent en étroite collaboration pour assurer la santé et le bien-être des résidents. Cette dynamique pluridisciplinaire contribue à ce que chaque acteur du projet de vie du résident se nourrisse d'autres pratiques –tout en préservant sa singularité- afin de répondre au mieux à ses besoins.

C) Population accueillie

1. Le vieillissement normal

Afin de comprendre davantage quelles sont les caractéristiques du vieillissement normal, je me suis appuyé sur les travaux menés par le Collège National des Enseignants en Gériatrie (2008-2009), qui recensent l'ensemble des altérations imputables au vieillissement normal. Les cours dispensés au cours de cette 3^{ème} et dernière année de formation ont également étayé mes travaux.

- **Les fonctions du mouvement**

La diminution de la densité en fibres musculaires, de la masse musculaire, de la force musculaire, de la densité minérale osseuse, de la résistance mécanique de l'os, de la quantité d'eau dans le cartilage articulaire altère les possibilités locomotrices de la personne âgée.

- **Les changements osseux et articulaires**

Le sujet âgé est confronté à une diminution de la densité osseuse, ce qui a pour conséquence de rendre l'os plus fragile et moins résistant, augmentant ainsi le risque de fracture. Les changements articulaires, structurels, moléculaires, articulaires et mécaniques qui affectent le cartilage articulaire sont responsables de son érosion. On observe également une baisse significative du volume liquide articulaire, ce qui rend l'articulation plus rigide et fragile. Ces modifications ont donc un impact sur l'aspect locomoteur.

- **Les fonctions sensorielles**

Le vieillissement cochléaire provoque une baisse de l'acuité auditive. La communication, la vie sociale, ainsi que l'autonomie du sujet sont donc impactées. L'opacité accrue du cristallin provoque une baisse de l'acuité visuelle. Ces changements affectent la mobilité ainsi que la vie relationnelle du sujet et contribuent à augmenter le risque de chutes et d'accidents.

- **Les fonctions sexuelles**

Pour les hommes, les altérations des fonctions sexuelles peuvent être les suivantes : difficultés à atteindre ou maintenir une érection, manque d'intérêt pour la sexualité, précocité de l'éjaculation. Cela provoque de l'anxiété, une baisse de l'estime de soi, un sentiment de vulnérabilité et déstabilise l'identité sexuée du sujet. Pour les femmes, les affections des fonctions sexuelles peuvent être les suivantes : manque d'intérêt pour la sexualité, difficultés à atteindre l'orgasme, lubrification trop faible. Les conséquences sont sensiblement les mêmes que pour les hommes.

- **Les fonctions immunitaires**

L'activité des lymphocytes T diminue. On nomme ce phénomène l'immunosénescence, c'est-à-dire la difficulté à combattre de nouvelles infections. On constate également une augmentation du taux de cytokines inflammatoires, ce qui mène à une fragilité immunitaire.

- **La fonction de la peau**

La peau joue un rôle de barrière. Or, les changements cellulaires qui s'opèrent la rendent plus sensible aux agressions externes, notamment au soleil. La vulnérabilité aux lésions cutanées est exacerbée, ainsi que la sensibilité aux troubles dermatologiques. La diminution des fibres de collagènes qui la composent ainsi que de l'élastine réduit considérablement l'élasticité. La peau perd sa fonction de protection et renforce le sentiment de vulnérabilité.

- **La composition corporelle**

La modification du métabolisme des glucides ainsi que la baisse de la tolérance au glucose résultent en un appauvrissement de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse chez le sujet âgé.

- **Le système nerveux**

Avec l'âge, le nombre de neurones corticaux s'amenuise, la quantité de neurotransmetteurs diminue et la substance blanche se raréfie. Cela résulte entre autres en une augmentation du temps de réaction, une baisse des performances mnésiques, particulièrement dans l'acquisition des compétences nouvelles. L'épiphyse sécrète moins de mélatonine ce qui perturbe les rythmes circadiens. Le résultat est une déstructuration du sommeil. On observe également une diminution de la sensibilité des osmorécepteurs. Le nombre de fibres fonctionnelles diminue, par conséquent le temps de conduction des nerfs périphériques est prolongé, et la sensibilité proprioceptive diminue. La quantité de catécholamines augmente chez le sujet âgé mais la sensibilité des récepteurs correspondants diminue. Cela résulte en une diminution des réponses sympathiques.

- **Le système cardiovasculaire**

La personne âgée subit une modification de sa masse cardiaque. Cette dernière ainsi que l'épaisseur pariétale du ventricule gauche augmente. Ces changements sont à l'origine d'un moins bon remplissage ventriculaire. La fonction diastolique s'en trouve altérée. Le vieillissement de la paroi artérielle est quant à lui provoqué par une baisse de l'élastine et des fibres de collagène.

- **Le système respiratoire**

La modification d'élasticité des tissus thoraco-pulmonaires résulte en une baisse de la compliance pulmonaire et de la compliance thoracique. Ajoutée à la diminution du volume des muscles respiratoires, celle-ci impacte la capacité ventilatoire du sujet.

- **Le système digestif**

Avec l'âge, la masse hépatique devient plus faible, et le débit sanguin hépatique est moins important. Le temps de transit intestinal est ralenti, on observe également une diminution du flux salivaire ainsi que de la sécrétion acide.

- **Les fonctions cognitives**

P. Lemaire et L. Bherer stipulent que « *l'ensemble des fonctions cognitives [est] impacté négativement avec l'avancée de l'âge, même si certains domaines sont moins touchés que d'autres.* » (2012, p.253). Ils proposent de classer les mémoires selon le système suivant :

-La mémoire déclarative induit un effort de concentration, de mémorisation et de récupération. Cela est effectué de manière volontaire et consciente. On en distingue deux types qui sont la mémoire à court terme et la mémoire à long terme.

-La mémoire à court terme est décomposée en deux sous parties. Il existe la mémoire immédiate qui consiste à réutiliser l'information telle qu'elle a été enregistrée. Il existe également la mémoire de travail, une partie du système cognitif où sont stockées et traitées

des informations pendant une courte durée. L'information peut être manipulée et transformée. Les régions concernées sont le lobe frontal, le lobe pré-frontal et les noyaux gris centraux.

-La mémoire à long terme permet de stocker les informations pendant une très longue durée. La mémoire épisodique en fait partie, elle permet de stocker et récupérer des souvenirs liés aux événements et leurs contextes vécus. On trouve aussi la mémoire sémantique qui concerne toutes les connaissances générales sur le monde que nous possédons, affranchies de contexte spatio-temporel.

-La mémoire implicite (ou procédurale) permet de stocker les informations relatives à des procédures. Elle correspond à la mémoire des automatismes, des habiletés et savoir-faire et ne nécessite pas d'effort intentionnel. Les boucles sous-cortico frontales sont impliquées dans cette mémoire.

-La mémoire perceptive correspond à la mémoire des sensations perçues par nos sens. On distingue dans cette catégorie la mémoire visuelle, auditive, olfactive, tactile et gustative.

Les études font clairement apparaître « *que l'âge est accompagné d'une importante dégradation des capacités de nos systèmes mnésiques, dans leur ensemble. Cependant, la détérioration de la mémoire à long terme, de la mémoire implicite et de la mémoire épisodique sont moins importants. Notons également qu'il existe de grandes différences interindividuelles.* » (Lemaire & Bherer, ibid. p.153).

-La vitesse de traitement de l'information : Le vieillissement entraîne « *une réduction de la vitesse de traitement de l'information donc un ralentissement cognitif.* » (Lemaire & Bherer, ibid. p.89).

-L'attention : L'attention peut se définir comme « *le réservoir énergétique de nos activités cognitives* » (Lemaire & Bherer, ibid. p.94) et se caractérise par les fonctions suivantes :

-L'attention sélective, qui consiste à traiter une source d'information en négligeant les informations non pertinentes pour accomplir la tâche.

-L'attention partagée qui est la capacité à traiter plusieurs sources d'information pour accomplir la tâche.

-Le switching attentionnel qui revient à traiter de façon alternative différentes sources d'information.

-La concentration qui permet de traiter une source d'information de manière prolongée et soutenue.

-L'attention préparatoire qui permet de se préparer à traiter une source d'information.

Toutes ces fonctions de l'attention subissent les effets délétères du vieillissement et se dégradent.

-Le langage : Selon J. Richard et E. Mateev-Dirkx (2004) les fonctions langagières comprennent un ensemble d'habiletés qui sont généralement sous-divisées en deux catégories : réceptives et expressives. On observe une atteinte de l'usage actif du lexique. La compréhension de phrases complexes est détériorée mais pas celle des phrases simples. Les principales difficultés apparaissant au niveau langagier du sujet âgé sont surtout provoquées par la modification du fonctionnement de la mémoire de travail.

Ainsi nous pouvons mieux identifier les caractéristiques du vieillissement qualifié de normal. Le corps subit les effets du temps et se fragilise. Les atteintes sont nombreuses, qu'elles soient d'ordre cognitif, moteur, sensoriel, somatique, psychique...Même s'il existe des spécificités interindividuelles, la connaissance des conséquences du vieillissement normal est indispensable pour une prise en charge efficace.

2. Le vieillissement réussi

Bien qu'en règle générale, le sujet âgé voie ses performances mnésiques diminuées à cause de l'altération de certaines structures cérébrales, on note cependant que certaines personnes âgées conservent par exemple une mémoire aussi efficace que celle de sujets bien plus jeunes. On parle dans ce cas de vieillissement réussi. Ce vieillissement réussi n'est pas

uniquement expliqué par le maintien des structures cérébrales impliquées dans les processus mnésiques. Une autre explication serait l'existence d'une réserve cognitive. Des études démontrent que cette réserve cognitive dépend du niveau d'études, de la qualité et de la fréquence des loisirs et de la vie sociale. Cette réserve permet une meilleure résistance aux changements liés à l'âge ou diffère l'apparition des symptômes de la pathologie. Cette réserve cognitive propre à chacun explique donc les différences interindividuelles observées lors du vieillissement avec ou sans pathologie. Ces études « *démontrent que cette réserve peut être alimentée et/ou maintenue tout au long de la vie, par l'engagement dans des activités cognitives stimulantes.* » (Bastin et al., 2013).

3. Le vieillissement pathologique

Nous avons donc pu voir précédemment que la vieillesse bien qu'étant un processus normal était à l'origine d'un certain nombre de troubles. Il existe également certaines pathologies spécifiques qui sont associées à la vieillesse. C'est le cas des démences et des affections neurodégénératives. Nous présenterons une liste non exhaustive de ces pathologies, afin de mieux cerner le profil des résidents que l'on peut rencontrer au sein d'un EHPAD.

a. Les démences

La CIM-10 définit la démence comme « *un syndrome dû à une affection cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisé par une perturbation de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Le syndrome ne s'accompagne pas d'un obscurcissement de la conscience. Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social, ou de la motivation.* » (p.41). J-M. Albaret et E. Aubert la définissent comme un « *ensemble complexe de modifications du comportement dans la vie quotidienne (ces modifications étant pour la plus grande part des « pertes »), liées à des déficits neuropsychologiques hétérogènes, et donnant lieu à un tableau « d'incapacité*

cognitive ». » (2001, p.116). Le syndrome démentiel le plus connu est la maladie d'Alzheimer, que nous allons détailler.

- La maladie d'Alzheimer :

En 1907, le neuropathologiste allemand Alois Alzheimer établit un lien entre des lésions neuroanatomiques caractéristiques et un syndrome démentiel. Au niveau anatomique, cette maladie se caractérise par deux lésions principales :

-On observe un agrégat du peptide bêta-amyloïde. Ce dépôt de plaques séniles s'accumule entre les neurones et gêne leur communication.

- La structure de la protéine Tau, qui joue un rôle dans la structuration des neurones et assure ainsi une transmission efficace des messages, est altérée. Cette protéine est liée à l'insuline, qui joue un rôle fondamental dans la plasticité cérébrale, c'est-à-dire la capacité du cerveau à remanier les connections neuronales selon les événements vécus.

Les conséquences sont une perte synaptique, neuronale, une dégénérescence neurofibrillaire ainsi qu'une déplétion du cerveau en neuromédiateurs. Au niveau macroscopique, on peut observer une atrophie corticale de la substance blanche sous-corticale ainsi qu'une atrophie au niveau des lobes frontaux, temporaux, occipitaux et des hippocampes. Cette maladie était autrefois appelée « maladie des quatre A » car elle provoquait l'amnésie, l'apraxie, l'aphasie et l'apathie chez les personnes atteintes.

On distingue trois stades d'évolution de la maladie :

-Stade de démence légère: Des troubles de la mémoire épisodique et à court terme, des manifestations anxieuses et/ou dépressives ainsi que des troubles des fonctions exécutives sont présents, ainsi que des troubles phasiques. On note un retentissement sur la vie quotidienne.

-Stade modéré: On observe des troubles sévères de la mémoire dans tous les secteurs.

L'aphasie est globale, les troubles gnosiques sont importants et on observe l'apparition de troubles praxiques. Le retentissement sur la vie quotidienne est majeur.

-Stade sévère: Dans le stade sévère, on constate une déstructuration majeure des facultés cognitives. Les troubles psycho-comportementaux qui accompagnent la démence sont majeurs. On observe également une désorientation temporo-spatiale importante, ainsi que des difficultés majeures de communication. La déstructuration des facultés cognitives est complète. Le patient manifeste une anosognosie des troubles, c'est à dire un déni de la maladie. La perte d'autonomie est totale.

- Autres types de démence

-Les dégénérescences Lobaires Fronto-Temporales sont ainsi nommées en fonction du lieu de l'atteinte neurodégénérative. Les troubles de la mémoire ne sont pas présents initialement. Il en existe trois variantes: la démence fronto-temporale autrefois appelée maladie de Pick, l'aphasie non fluente progressive, et la démence sémantique.

- Les démences sous-corticales sont caractérisées par une atteinte des noyaux sous corticaux, et on en distingue quatre types : la maladie de Binswanger, la maladie de Huntington, la maladie de Wilson et la maladie de Steel-Richardson.

-Les démences vasculaires sont liées à des antécédents d'Accidents Vasculaires Cérébraux ou d'Accidents Ischémiques Transitoires. Les démences vasculaires ne comportent pas d'atteinte neurodégénérative.

- b. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) :

Il s'agit de symptômes non cognitifs qui accompagnent la maladie d'Alzheimer et sont présents dès ses premiers stades. Ils peuvent concerner jusqu'à 90% des patients. Initialement décrits par Alois Alzheimer, ils ont été ensuite groupés par l'International Psychogeriatric Association. Ces manifestations aggravent les troubles cognitifs des patients et accélèrent l'avancée vers les stades plus sévères de la maladie. M-P. Pancrazi et P. Metais (2005)

s'attachent à développer ces symptômes afin de mieux identifier leurs survenues, leurs manifestations et ainsi améliorer leur prise en charge. Leur classification est la suivante :

- **les troubles émotionnels et affectifs**

L'apathie, qui se manifeste par une perte de l'élan motivationnel, de l'initiative motrice, de l'intérêt cognitif et du ressenti affectif, est un des symptômes clés. Une humeur triste est souvent présente, bien que les authentiques états dépressifs soient rares. On peut également observer des épisodes pseudo-maniaques d'euphorie transitoire. L'anxiété est souvent importante, et peut évoluer vers le syndrome de Godot, une manifestation anxieuse au cours de laquelle le résident accompagne les soignants dans tous leurs déplacements.

- **Les manifestations psychotiques**

Elles apparaissent plus tardivement. Les délires sont de type paranoïde, et peuvent concerner un sentiment de vol ou d'intrusion. Les hallucinations sont principalement d'ordre visuel ou auditif. Les troubles de l'identification sont liés aux troubles visuels et à la prosopagnosie, l'impossibilité de reconnaître des visages.

- **Les troubles comportementaux**

L'instabilité psychomotrice peut se manifester à travers les déambulations ou les fugues. L'agitation peut être présente et se manifeste au niveau verbal et moteur. Elle peut être accompagnée par de l'agressivité. Les stéréotypies ou compulsions apparaissent plus tardivement.

- **Les troubles des conduites élémentaires**

On peut observer une inversion complète du rythme veille/sommeil. Des parasomnies peuvent être présentes, et sont la source d'une importante désorientation pour le résident : certains se trouvent dans un état de conscience intermédiaire entre l'éveil et le sommeil, ce qui peut donner lieu à des comportements aberrants.

Ces symptômes sont la principale source de motivation d'entrée en institution. A la lecture de ces derniers, nous pouvons aisément comprendre à quel point ils peuvent perturber le fonctionnement de la personne et menacer son autonomie. Ils ne doivent pas être écartés dans la prise en charge de personnes atteintes d'une démence. Selon certains auteurs, ces

troubles se manifesteraient en réponse d'une inadéquation ou d'une modification de l'environnement. Aucun médicament ne possède à ce jour d'indication officielle dans leur prise en charge, voilà pourquoi l'approche non médicamenteuse est à privilégier.

c. La chute du sujet âgé

De nombreux patients sont hospitalisés à la suite d'une chute qui représente 90% des accidents de la personne âgée. Liée au vieillissement de l'appareil psychomoteur, la chute a de nombreuses conséquences. Elle peut ainsi provoquer une phobie de la chute, des troubles de l'équilibre statique, une station debout non fonctionnelle, une altération de la posture –en rétropulsion, le plus éloigné du sol, voire un refus de marcher. Cette fuite de la marche résulte en un appauvrissement du schéma corporel, un repli social et une perte de l'estime de soi. Elle renvoie la personne âgée à sa propre fragilité.

d. La maladie de Parkinson

Il s'agit de la principale maladie neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer. Elle est provoquée par la destruction des cellules productrices de la dopamine dans le locus niger. Le déficit en dopamine affecte l'activité des noyaux gris centraux. On retrouve trois symptômes principaux, nommés triade parkinsonnienne : les tremblements de repos qui s'atténuent lors d'un mouvement volontaire, une hypertonie de type plastique et une akinésie, c'est-à-dire une incapacité à initier le mouvement. Les traitements médicamenteux comportent des effets secondaires très indésirables. On distingue plusieurs stades d'évolution de la maladie : la phase diagnostic, la phase lune de miel pendant laquelle le traitement est efficace et les symptômes moindres, les phases on/off correspondant à une alternance entre le moment où le médicament agit et ceux où les symptômes se manifestent, et une phase d'aggravation avec l'apparition de troubles cognitifs. Les répercussions sont nombreuses et ont un fort impact sur la santé du sujet. On observe ainsi des troubles de la régulation tonique, des troubles comportementaux et cognitifs, des troubles posturaux, des troubles de l'organisation gestuelle, des difficultés de communication, des troubles de la représentation du corps, une faible estime personnelle, et des troubles émotionnels.

4. Lecture psychomotrice du vieillissement

Nous allons à présent apporter un regard psychomoteur sur le vieillissement. Il est important de garder à l'esprit que les items que nous allons aborder interagissent ensemble. Une altération d'un de ces items aura donc un impact sur un autre, car ils fonctionnent en indissociabilité. Les croisements de notre lecture psychomotrice avec les données recueillies sur le vieillissement normal, réussi et pathologique nous permettront de mettre en exergue l'impact sur l'identité psychocorporelle du sujet âgé.

a. L'image du corps

Selon D. Liotard (2007), l'image du corps est « *altérée par le temps et les pathologies, modifiée par la douleur et le plaisir, [elle] traduit ces changements dans les comportements, apparences, attitudes, ainsi que dans l'expression gestuelle de la personne et dans l'expression de son visage...C'est aussi tout le problème de l'identité qui est posé car comment maintenir une continuité alors que la personne sent et exprime une discontinuité.* » (p.241).

E. Pireyre (2015), en s'appuyant sur les travaux de P. Schilder, F. Dolto, J. De Ajuriaguerra, A. Bullinger, et J-D Nasio, établit le concept d'image composite du corps. Selon lui, cette image composite du corps est formée de 9 sous-composantes :

- **La continuité d'existence**

Le sentiment de continuer à exister se construit grâce à l'équipement neurologique et sensoriel de la personne mais également grâce à son environnement humain. Ce sentiment de continuité d'existence est nourri par les stimulations visuelles mais aussi proprioceptives. Lors du vieillissement, ce sentiment est mis à mal puisque le corps devient défaillant. Les désorientations à la fois spatiales et temporelles viennent menacer cette continuité. Dans le cas des déambulations, que D. Strubel et M. Corti (2008) définissent comme un besoin répété, impérieux et prolongé dans le temps de marcher avec ou sans objectif, on constate une

répétition des trajets ainsi qu'une régularité des horaires. Cette répétition et régularité peuvent alors être envisagées comme un moyen de maintenir ce sentiment.

- **L'identité**

L'identité humaine est complexe, plurielle, et composée de « *l'ensemble des données historiques, comportementales, cognitives, émotionnelles et sociales qui fondent la singularité de chaque être humain et configurent ainsi son « Soi » ou « Self »* » (Gil, Fargeau, & Jaafari, 2011, p.416). Les recherches menées par S. Sabat et L. Ploton (2015) peuvent apporter des éléments de réflexion supplémentaires quant à la manière d'envisager l'identité du sujet âgé. Ils s'attachent ainsi à décrire trois types de Self, qui font partie intégrante de l'individu.

Le premier de ces selfs est celui « *de l'identité personnelle, vécue comme continuité d'un point de vue singulier à partir duquel l'on perçoit et agit dans le monde. C'est-à-dire que chacun d'entre nous, excepté dans le cas de psychopathologies telles que des troubles de la personnalité multiple, se sent n'être qu'une seule et même personne d'un moment à un autre par rapport à son environnement, et par rapport au temps passé, présent et futur.* » (Sabat & Ploton, ibid. p.35). Ce premier self représente le sentiment d'unité vécu par la personne. Il permet de se situer dans l'espace-temps et d'exister, et est également le self qui permet au sujet de s'envisager en tant que tel et d'agir dans son environnement.

Le second self se compose « *des attributs mentaux et physiques tels que ceux que nous avons actuellement, et ceux que nous avons eus au cours de notre vie, en plus de nos croyances à propos de ces attributs, font partie de ce qu'on appelle SELF2.* » (Sabat & Ploton, ibid. p.36). Le Self 2 englobe ainsi l'ensemble des caractéristiques physiques et psychologiques de la personne ainsi que la façon dont elle se les approprie. La connaissance de ce self 2 permet de se sentir différent de l'autre et donc unique. Certaines caractéristiques sont stables tandis que d'autres peuvent être temporaires et peuvent être vécues de manière positive ou négative. Pour les sujets en bonne santé, il existe une tendance à estimer un grand nombre de ces attributs.

Enfin le troisième self se caractérise par « *les façons dont on peut se présenter dans le monde, avec sa personnalité et son caractère : elles font partie du Self 3.* » (Sabat & Ploton, ibid. p.36). Les auteurs insistent sur la pluralité de ce troisième self car elle implique la manière dont l'individu se présente au monde et englobe la sphère sociale. Un individu peut se présenter sous divers aspects car plusieurs rôles sociaux et donc comportements intriqués lui incombent (par exemple être à la fois un enseignant et un parent). La subtilité de ce troisième Self réside dans le fait qu'il ne saurait exister sans l'apport des interactions interpersonnelles et est susceptible de se modifier.

Ainsi, les fondements de l'identité d'une personne se déclinent en plusieurs catégories. Elle comprend tout d'abord la capacité de l'individu à se sentir « un » dans son environnement. L'identité se construit également sur la connaissance des caractéristiques qui sont propres à la personne. Elle possède en outre une dimension sociale et plurielle : le sujet peut se positionner par rapport à ses pairs à travers plusieurs rôles sociaux. Cette identité évolue, s'étoffe, se renforce ou s'affaiblit tout au long de l'existence. Elle peut ainsi être menacée dans le cas de ruptures par exemple la perte d'un statut social, d'un proche, ou encore après l'annonce d'une maladie. Cela est d'autant plus vrai que le vieillissement et les pathologies du vieillissement viennent fragiliser la mémoire de la personne et donc son identité. Les SPCD qui s'ajoutent aux démences perturbent en outre le comportement de la personne.

Nous nous intéresserons à l'impact des stéréotypes sociaux sur le sujet âgé. H. Langenhove (cité par Sabat & Ploton, ibid.) explique que le positionnement du sujet consiste à conditionner les possibilités et les comportements du sujet selon certaines données. Dans le cas du vieillissement, le regard de la société tendrait à considérer une personne uniquement via les caractéristiques négatives qu'elle présente. L. Mc Ewen déclare que ces stéréotypes « *restreignent le rôle social et le statut des personnes âgées, structurent leurs attentes à propos d'elles-mêmes, les empêchent d'atteindre leur potentiel et leur refusent des opportunités égales.* » (cité par Sabat & Ploton, ibid. p.39). Ces représentations influencent nos comportements et en retour viennent modifier le regard que le sujet porte sur lui-même.

Brody (cité par Sabat & Ploton, *ibid.*) développe la théorie de l'excès de handicap. Selon ses recherches, il existe un écart significatif entre l'incapacité fonctionnelle du sujet lié à sa maladie et sa véritable incapacité. L'environnement social est responsable de cet excès de handicap. Kitwood (cité par Sabat & Ploton, *ibid.*) a défini ce qu'il nomme la « psychologie sociale maligne », c'est-à-dire des comportements qui favorisent le handicap. C'est le cas notamment de l'étiquetage (considérer un patient différemment entre avant et après le diagnostic), l'infantilisation (s'adresser à la personne comme si elle était un enfant), la prise de pouvoir (effectuer certains actes à la place du patient dans un souci d'efficacité et de vitesse alors qu'il est capable de les accomplir), et le débordement (réaliser des activités à un rythme trop élevé pour le patient). Ces différents comportements sont retrouvés chez les aidants ainsi que chez les soignants et contribuent ainsi malgré eux à affaiblir l'identité du patient.

Nous pouvons ainsi comprendre que le vieillissement, les pathologies qui lui sont associées ainsi que les stéréotypes sociaux sont autant de menaces qui pèsent sur l'identité du sujet âgé. C'est l'ensemble des constituants du self qui est attaqué, qu'il s'agisse du sentiment continu d'existence, des caractéristiques propres à l'individu ou de sa place sociale.

- **L'identité sexuée**

Selon E. Pireyre la construction de l'identité sexuée se fait plus tardivement que la simple différenciation biologique, attribuée aux chromosomes X et Y. Cette construction se réalise par les sensations « *corporelles, l'assignation, consciente et inconsciente, par les parents, ainsi que des croyances subjectives et sociales.* » (2015, p.71). Cette identité sexuée se fait grâce aux données biologiques, sociales et affectives, démontrant ainsi le rôle crucial de l'environnement du sujet dans le développement de cette identité.

- **La peau**

La peau, qui constitue une limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps contient de nombreux récepteurs sensoriels permettant d'évoluer au sein de l'environnement. D. Anzieu

(2013) développe huit fonctions psychiques du Moi-Peau qui sont les suivantes: maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale et inscription des traces sensorielles.

Or, dans le vieillissement, la peau perd de son élasticité. Elle devient également plus fine, fragile et plus friable. Les attaques que subit la peau font qu' « *en tant qu'enveloppe corporelle, plissée, ridée, fanée, ayant perdu son élasticité, elle est un contenant aux limites devenues floues, flasques, incertaines pour le corps et le visage où la mimogestualité s'est modifiée* » (Liotard, 2007, p.239). M. Péruchon (2001) nous propose de comprendre la façon dont la démence constitue une attaque de ce Moi-Peau. Selon elle, la désintériorisation massive consécutive à la démence rend la fonction de maintenance du psychisme impossible à accomplir. La fonction de contenance est également menacée, avec les frontières dedans-dehors qui s'atténuent. La fonction de pare-excitation est difficilement assurée, et on peut l'observer à travers la manifestation des angoisses d'intrusion. Elle ajoute que « *dans cette déconfiture mentale, la fonction d'individuation du soi, bâtie sur la stabilité des limites et des repères, ne peut plus également se maintenir.* » (Péruchon, 2001, p.45-54). L'émoussement sensoriel ainsi que les désorganisations de leur intégration viennent ensuite menacer la fonction de l'intersensorialité. L'âge avancé correspond au moment où le sujet prend conscience de sa propre mortalité. Les altérations des fonctions sexuelles, l'absence du désir tourné vers l'avenir ainsi que le désinvestissement du sujet âgé révèlent également un défaut de la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle et de recharge libidinale. Enfin, la fonction d'inscription se trouve fortement fragilisée, car l'appareil psychique vieillissant devient plus sensible aux pertes de mémoire.

En conclusion, nous insisterons sur l'interdépendance du phénomène du vieillissement et de l'affaiblissement du Moi-Peau. Les fonctions de ce dernier sont intimement liées, ce qui explique pourquoi la dégradation de l'un des composants de la structure se répercute sur l'intégralité du système. Comme le précise M. Péruchon « *Plus que d'une relation de cause à*

effet, nous y verrions l'interaction de phénomènes concomitants : en même temps que le corps s'affaiblirait, que l'épiderme s'amincirait..., le moi-peau se fragiliserait.» (ibid. p.45-54).

- **L'intérieur du corps**

L'intérieur du corps humain se compose principalement des os, des organes, du réseau de circulation sanguine, des viscères et de liquides. Chaque individu se le représente de manière singulière. Il est fréquent que la personne âgée mette son corps à distance, car elle ne le reconnaît plus ou parce qu'il est vecteur d'angoisse ou de dégoût. Cette mise à distance du corps entraîne une perte de l'attention qu'on lui porte et une méconnaissance de ce dernier.

- **Le tonus**

S. Robert-Ouvray (2007) développe la théorie de l'étayage. Selon elle, le tonus assure tout au long de la vie la fonction d'agent intégratif des stimulations internes et externes. Le tonus est une fonction qui sert d'étayage à la sensorialité, l'affectivité et la représentation.

Le tonus est, selon A. Vulpian (1874), l'état de tension permanente des muscles, c'est-à-dire une contraction permanente et involontaire, qui varie en intensité selon l'état de vigilance, les actions ou encore les émotions. Cette contraction fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Il distingue le tonus basal – ou tonus de fond – défini comme la contraction isométrique, involontaire et toujours présente du début à la fin de la vie, le tonus postural – nécessaire au maintien des postures et attitudes – et le tonus d'action servant nos activités motrices. J. Rivière (2000) précise que le tonus est ainsi la toile de fond des activités motrices et posturales.

Chez la personne âgée, il est fréquent d'observer que le tonus tend vers l'hypertonie. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette élévation tonique apparaît en tant que réponse à l'anxiété provoquée par le vieillissement, agissant ainsi comme une carapace protectrice. S. Robert-Ouvray (2007) parle de paroi tonique qui protège des agressions internes et externes. Ainsi l'élévation du tonus que l'on observe avec l'âge pourrait être envisagée comme soutien des fonctions de maintenance, contenance et pare-excitation de la peau décrites par D. Anzieu

(2013). Ces désorganisations toniques ont une influence sur la motricité, comme le mentionne D. Liotard, « *la posture est souvent figée, en attente. Le mouvement ne traduit, ni ne connaît plus l'amplitude, la spontanéité, la fluidité.* » (2007, p.238).

- **La sensorialité**

Elle est également nommée sensibilité somato-viscérale. Elle est composée des récepteurs sensoriels, des voies de transmission et des centres de traitement de l'information sensorielle. Pireyre distingue clairement « *sensation (processus résultant du fonctionnement du récepteur sensoriel) et perception (traitement cognitivo-affectif de la sensation* » (2015, p.118). C'est l'attention qui assure le lien entre la sensorialité et les affects. Or, dans le vieillissement, on constate un ralentissement cognitif ainsi qu'une altération des systèmes sensoriels, contribuant donc à désorienter le sujet et à modifier son image composite du corps.

- **Les compétences communicationnelles du corps**

Le corps humain comporte de nombreux éléments de communication : attitudes, gestes, déplacements, mimiques, modifications toniques, regard, émotions... A. Damasio (2003) distingue les émotions des sentiments. En effet selon lui, les émotions se manifestent sur l'aspect corporel, tandis que les sentiments se manifestent sur celui de l'esprit. La génération de ces émotions dépend de l'histoire de vie de l'individu. Les émotions circulent, se propagent et s'échangent entre les individus. H. Wallon (1933) a mis en exergue le lien entre émotion, tonus et posture. J. De Ajuriaguerra (1970) dans la continuité des travaux de Wallon a posé les bases du dialogue tonique, qui consiste en des échanges mimo-posturo-gestuels entre les corps des individus, véritable outil de communication. Nous constatons ainsi que les capacités de communication de l'humain sont loin d'être limitées au seul dialogue verbal, mais recourent aux modulations et ajustements tonico-émotionnels. Or, le sujet âgé fait face à des désorganisations ou modifications toniques, qui altèrent fatalement ses capacités de communication.

- **Les angoisses corporelles archaïques**

Il existe plusieurs angoisses corporelles, que l'on retrouve chez le nourrisson. E. Pireyre (2015) mentionne entre autres l'angoisse d'effondrement, de morcellement, de liquéfaction et de dévoration. Ces angoisses ne sont pas uniquement présentes pendant la vie du bébé mais pendant toute l'existence du sujet. Le sujet âgé est confronté à un important risque de chute qui peut être assimilée à un effondrement tonique. La distanciation avec le corps et la difficulté de perception de ses différentes parties renvoient à l'angoisse de morcellement. L'angoisse de liquéfaction, quant à elle, peut se manifester à travers la sensation de la perte des limites corporelles, engendrée par l'affaiblissement du Moi-peau. En clinique, on réalise que le sujet âgé est souvent confronté à la peur: peur de se verticaliser, de se déplacer, d'être abandonné, de perdre son identité, de cesser d'exister. Le corps défaillant du sujet âgé ne permet pas d'offrir suffisamment de contenance pour canaliser ces angoisses.

b. Le schéma corporel

J. De Ajuriaguerra (1970) offre la définition suivante du schéma corporel : « *Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.* » Nous pouvons donc voir qu'avec cette définition le schéma corporel inclut la sensorialité du corps mise en lien avec l'espace de l'individu. Selon J-D. Nasio, le schéma corporel peut être appréhendé « *comme la représentation préconsciente que nous avons de notre corps lorsqu'il est vu dans ses déplacements, perçu dans son mouvement, reconnu dans son tonus, ajusté dans son équilibre, jaugé dans son épaisseur et ses limites et, pour tout dire, situé dynamiquement dans l'espace.* » (cité par Pireyre, 2015, p.37). Ces auteurs, en plus de clarifier le concept de schéma corporel, expriment bien l'interdépendance des items psychomoteurs car ils mettent en exergue les relations entre la sensorialité, le tonus, la motricité, l'espace, l'identité ainsi que le temps. Notons toutefois que ces définitions ne mentionnent pas la relation à l'autre. Nous avons pu voir que l'appauvrissement des déplacements, la réduction de l'espace, ainsi

que les désorganisations toniques contribuaient à générer une perte de l'ensemble des sensations de la personne âgée. Si nous ajoutons à cela la fragilisation de l'équipement sensoriel du sujet âgé, nous comprenons ainsi comment le schéma corporel peut être altéré voire déstructuré par le vieillissement.

c. L'espace-temps

Ces deux données sont indissociables et fondamentales en psychomotricité. Le temps et l'espace confèrent un cadre de référence à l'être vivant, et lui permet ainsi d'organiser ses pensées et ses actions.

A-C. Galliano, C. Pavot & C. Potel, précisent que l'espace est « *une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être humain à son milieu.* » (2011, p.219). Perception et structuration spatiale sont indispensables pour permettre à l'homme d'évoluer dans son environnement. Les travaux de E. T. Hall (1971) ont permis de distinguer des espaces de communication et de relation entre les individus, nommés «bulles». Chacune des distances que nous allons détailler est divisée en deux catégories, qui sont la situation proche et éloignée:

-la distance intime : En situation proche, cette distance est celle du corps à corps. Il s'agit de la distance du combat, de l'acte intime ou sexuel. La vision n'est que partielle à cette distance, les autres sens sont très utilisés. En situation éloignée (15cm-45cm), il s'agit de la distance des relations familiales ou amoureuses. A cette distance le contact physique est présent, mais pas la notion de contact sexuel.

-la distance personnelle : Cette zone définit la proximité interindividuelle en public. En situation proche (45-75cm) il s'agit de la zone limite de l'emprise physique sur l'autre. Les contacts dénotent l'affectivité entre les individus et la vision du visage de l'autre est totale. En situation personnelle (75-125cm), c'est la distance des conversations personnelles et des relations amicales. A cette distance, on peut voir le corps de l'autre ainsi que son visage mais de manière moins nette.

-la distance sociale : Il s'agit de la distance des relations interpersonnelles qui ne sont ni intimes ni amicales. En situation proche (125-210cm), il n'y a plus de contact physique direct. Le corps de l'autre peut être perçu dans son ensemble. En situation éloignée (210-360cm), ces relations sont plus formelles et régies par des codes sociaux.

-la distance publique : En situation proche (3,6-7,5m), la vision de l'autre est peu précise. Il est nécessaire d'élever la voix pour se faire entendre. Des changements posturaux et gestuels sont nécessaires pour appuyer le discours. En situation éloignée (plus de 7,5m), les individus qui prennent la parole ont un statut d'orateur. Le corps et la voix sont plus difficiles à percevoir, l'orateur doit donc exagérer sa gestuelle et hausser le ton de sa voix.

Nous pouvons donc voir que ces espaces ne comportent pas uniquement des notions de distance mais également des données sensorielles, motrices, affectives, relationnelles. D. Liotard (2007) explique que chez la personne âgée « *au travers des espaces moteur, sensoriel, sexuel, c'est l'espace relationnel qui est touché, appauvri, désinvesti* » (p.240). La personne âgée fragilisée réduit de plus en plus ses déplacements, et par conséquent ses espaces se limitent progressivement. La réduction de ces espaces appauvrit les « *sensations kinesthésiques, proprioceptives, tactiles* » (Liotard, ibid. p.240). Ce manque de stimulations est favorisé par l'exclusion du sujet âgé.

Le temps est également une donnée essentielle, caractérisée par trois composantes majeures : l'ordre, la durée et la succession. La structuration temporelle est un outil qui sert l'individu à s'adapter et à évoluer dans son environnement, et s'étoffe pendant le développement de l'enfant qui expérimente le temps vécu, le temps perçu et le temps représenté. Au fur et à mesure que la structuration temporelle se développe, des caractéristiques temporelles s'intègrent telles que l'intervalle, la vitesse, les cycles et le rythme (Galliano, Pavot, & Potel, 2011). Le temps est « *indispensable à la motricité globale et fine, aux praxies, à la communication verbale et non verbale, au graphisme, à l'adaptation comportementale* » (Galliano, Pavot, & Potel, ibid. p.229).

d. Les fonctions cognitives

L'ensemble des fonctions cognitives est altéré, comme nous avons pu le voir dans la partie sur les effets provoqués par le vieillissement normal et pathologique.

Afin de conclure, les connaissances extraites de nos lectures et recherches permettent de mieux cibler l'identité du sujet âgé. Le vieillissement, avec ou sans pathologie, a un fort impact sur l'individu qui voit ses possibilités d'adaptation à l'environnement diminuées. L'amenuisement de l'équipement sensoriel, l'exclusion et les stéréotypes sociaux, la perturbation du sentiment d'existence, la diminution des stimulations sensorielles, la réduction des capacités de communication, la fragilisation des enveloppes physiques et psychiques, la distanciation du corps réel, le caractère invasif des angoisses archaïques, les modifications du comportement, les désorganisations toniques, les deuils, la fragilisation de l'appareil locomoteur, la perturbation de la sphère espace-temps, la réduction des capacités motrices ainsi que la baisse de l'efficacité des fonctions cognitives sont autant de menaces qui pèsent sur l'intégrité de l'identité psychocorporelle du sujet âgé. Nous comprenons ainsi comment le corps peut devenir lieu de souffrance et être délaissé.

PARTIE II

La création de l'atelier de mime adapté à la psychomotricité

II. La création de l'atelier de mime adapté à la psychomotricité

L'essentiel du travail que j'ai tenté d'accomplir cette année aux côtés de ma maître de stage a été de tout mettre en œuvre pour restaurer l'identité psychocorporelle du sujet âgé et de l'amener à habiter de nouveau son corps. Comme le formule D. Liotard « *Le travail du psychomotricien visera à apprivoiser ce corps vieilli, malade, handicapé, pour aider la personne âgée à le reconnaître comme le sien.* » (2007, p.247). L'enjeu de la thérapie psychomotrice est donc de permettre au patient d'habiter ou dans ce cas précis de réhabiter son corps. Il ajoute que « *c'est par les sensations liées à la relaxation, au mouvement, à la respiration, à la présence d'émotions, que peu à peu d'autres perceptions du corps, d'autres représentations, d'autres investissements seront possibles.* » (ibid. p.247). L'engagement corporel ainsi que la disponibilité du psychomotricien sont des qualités essentielles afin que le patient puisse retrouver son unité. La psychomotricité vise à insuffler un élan vital (Bergson, 1907) à la personne âgée, pour soutenir son bien être et ses capacités de résilience. Une fois réconciliée avec elle-même, la personne âgée pourra alors retrouver son identité et poursuivre sa vie. La pertinence du choix du mime adapté à la psychomotricité dans cette démarche sera justifiée ultérieurement.

A) La constitution du groupe

J'ai disposé d'une assez grande liberté pour constituer le groupe de mime adapté à la psychomotricité. La sélection des résidents qui allaient y participer a fait l'objet de nombreuses conversations avec ma maître de stage. J'ai également choisi de rendre ce groupe ouvert. J'en discuterai ultérieurement dans ce mémoire mais les aléas pouvant se produire au sein de l'EHPAD m'ont amené à vouloir créer un cadre assez flexible. J'ai toutefois décidé de limiter le nombre maximum de participants à 8, à la fois pour ne pas surcharger l'espace de la salle mais également pour que je puisse être en mesure d'accompagner chaque résident de mon mieux. N'étant pas encore dans une posture professionnelle je souhaitais ne pas me mettre en difficulté et prendre mes marques de thérapeute et d'encadrant progressivement. Chaque semaine 5 résidents participaient systématiquement (sauf événement exceptionnel) à

l'atelier. Il est arrivé à plusieurs reprises que d'autres participent, mais de manière plus ponctuelle. J'aurais aimé pouvoir présenter l'évolution de chaque participant à cet atelier mais je ne disposais pas de la place suffisante pour le faire dans le cadre de la rédaction de ce mémoire. Choisir les résidents que j'allais présenter a été difficile mais j'ai choisi Mme L car elle a fait preuve d'un investissement conséquent au sein de cet atelier, et Mr M car j'ai trouvé son évolution au sein du groupe particulièrement intéressante.

1. Mme L

a. Anamnèse et histoire de vie de Mme L

Mme L est âgée de 89 ans. Elle est la troisième fille de la fratrie. Son fils aîné est musicien-compositeur et lui rend visite aussi souvent que possible. Son travail l'oblige à s'absenter fréquemment à l'étranger. Pendant ces périodes, Mme L est très inquiète et attend chaque jour que son fils rentre et lui rende visite. Son dossier indique qu'elle a un autre fils dont elle ne parle jamais. Mme L a obtenu son baccalauréat à l'âge de 17 ans. Elle a ensuite exercé le métier d'assistante radiologiste dans un hôpital, ce qui explique selon elle cette volonté de vouloir venir en aide aux autres, même une fois à la retraite. Elle a rencontré son mari dans le Nord-Pas-de-Calais à l'âge de 18 ans, ville où ils ont grandi et sont restés pour y fonder leur famille. Son mari était ingénieur en construction, et elle le décrit comme un homme « particulièrement voire entièrement dévoué à son travail ». C'est cet acharnement au travail que Mme L considère comme responsable du décès de son mari en 2015. Suite à la mort de son époux, Mme L est venue s'installer à Paris pour se rapprocher du domicile de son fils aîné.

Elle a toujours manifesté beaucoup d'intérêt pour le théâtre, un art qui la fascine depuis l'enfance. Cependant son père souhaitait qu'elle se concentre sur ses études. A ce souvenir Mme L évoque que le jeu n'a pas occupé une grande place dans sa vie. Elle apprécie jouer la comédie, faire semblant, et apprécie particulièrement « être le clown du groupe », une place qu'elle chérit. Elle cherche souvent à provoquer le rire dans l'assistance, et semble en quête de l'approbation du groupe et des soignants en particuliers. Elle a vécu dans le Pas-de-

Calais avec ses frères et ses sœurs. Aujourd'hui, elle mentionne régulièrement que la situation familiale est très compliquée. Elle parle beaucoup d'aider les membres de sa famille à demeurer unis et s'inquiète de leur capacité à pouvoir se débrouiller sans elle. Elle voudrait jouer le rôle de médiatrice dans la résolution des conflits familiaux. Les régulières discussions à ce sujet ne me permettront pas d'en apprendre davantage, Mme L étant souvent submergée par l'émotion lorsqu'elle aborde ce sujet.

Elle a été admise au sein de l'EHPAD le 19 juin 2019 en provenance de son domicile dans le Nord de la France, dans le cadre d'une perte d'autonomie et d'un maintien au domicile difficile avec la présence de troubles cognitifs et de troubles de la marche avec risques de chute. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée en 2015. Elle s'est bien intégrée à la résidence, elle apprécie échanger avec les gens qui s'y trouvent et participe aux activités lorsqu'on la sollicite. Aucune directive anticipée n'a été effectuée. En 2016, son dossier indique une cardiopathie ischémique et une coronaropathie stentée.

b. Première rencontre avec Mme L

Lors de ma deuxième semaine de stage, je discute avec ma maître de stage de la constitution du groupe. Celle-ci me recommande de rencontrer Mme L, qui selon elle, pourrait beaucoup apprécier cet atelier. Ma maître de stage me transmet plusieurs éléments du dossier de Mme L dont son histoire de vie, les raisons de son entrée en institution, et la façon dont elle gère sa récente arrivée dans l'établissement. Je me rends à l'étage où se trouve Mme L et frappe à sa porte. J'attends quelques secondes et il me semble entendre du bruit en provenance de la chambre. La porte s'entrouvre et me laisse apercevoir la moitié du visage d'une femme de petite stature. Elle semble à ce moment surprise. Je la salue et me présente, et elle m'invite spontanément à entrer dans sa chambre. Mme L est une femme de petite taille, aux cheveux coupés courts et blonds. Elle prend régulièrement rendez-vous chez l'esthéticienne et soigne son apparence. A ce sujet elle s'excuse de son aspect négligé car elle n'a pas enfilé de gilet. Elle m'invite à m'asseoir le temps qu'elle se rende présentable. Mme L se tient alors debout près du lit et prend un certain temps à enfiler son gilet et à le boutonner,

et remplit considérablement l'espace sonore pendant ce temps-là. Je note que son appartement semble tout à fait ordonné. Lorsque je mentionne ceci, elle me précise que des gens pénètrent souvent par effraction dans la chambre pour lui dérober des affaires dans le but de lui nuire. Elle craint qu'on dise du mal d'elle, car elle veut aider les autres résidents mais cela empiète sur le travail de certains. Sa crainte de se faire dérober des affaires sera un sujet fréquent de discussion entre nous dans les mois qui suivront. Mme L entreprend de me faire visiter sa chambre. Elle se déplace avec un polygone de sustentation assez réduit, les épaules voûtées, en posture d'enroulement. J'observe un faible déroulement du pied, à la place, ses chaussons semblent traîner au sol, comme si elle glissait d'un pas sur l'autre. Elle me redemande la raison de ma présence, et me pose beaucoup de questions, sur ma vie et mes études. Lorsque je lui propose d'intégrer le groupe de mime, j'expose les divers intérêts de cet atelier selon moi, dont la posture. Elle m'explique alors qu'elle a toujours souhaité faire du théâtre mais n'a jamais osé franchir le pas. Elle assimile rapidement le mime au théâtre dans la mesure où le corps doit exprimer « quelque chose de puissant. » Elle craint cependant de ne pas être à la hauteur car elle se sent maladroite et ne souhaite pas ralentir la progression des autres participants.

c. La sémiologie psychomotrice de Mme L

J'ai effectué la passation de l'Examen Géronto Psychomoteur à Mme L entre le 17 et le 24 Octobre 2019. Il a été nécessaire de répartir cet examen sur deux semaines car Mme L a démontré des signes de fatigue et de nervosité pendant la première moitié de l'épreuve. Dans un souci de lisibilité, j'ai décidé de présenter la sémiologie psychomotrice de Mme L, recueillie grâce aux passations de bilans, mais également avec ce que j'ai pu observer d'elle au quotidien, dans d'autres ateliers et avec les notes, apports et précieux commentaires de ma maître de stage.

- **Tonus**

L'état tonique de Mme L tend vers l'hypertonie. Les ceintures scapulaires et pelviennes se verrouillent pendant l'action. Elle peut toutefois réguler son état tonique pour se relâcher, mais cela lui demande un effort de concentration important.

- **Schéma corporel**

On observe des troubles du schéma corporel car Mme L souffre de difficultés de perception globale du corps.

- **Motricité**

Même si elle se déplace sans aide, la posture en enroulement de Mme L, la faible longueur et hauteur du pas, le regard abaissé et le manque d'attention porté à son environnement peuvent favoriser un risque de chute. Elle porte peu d'attention à son corps, elle éprouve des difficultés à se baser sur ses sensations et ressentis quand elle effectue des gestes.

- **Motricité fine membres supérieurs**

Mme L peut faire preuve de maladresse car elle agit dans la précipitation. Les doigts ne sont pas toujours contrôlés de manière précise, en particulier le majeur et l'annulaire. Elle est très sensible aux distracteurs et peut abandonner une tâche en cours de réalisation. Elle ne parvient pas à toucher la pulpe de ses doigts avec ses pouces. Elle parvient à mobiliser individuellement chacun de ses doigts, on ne note pas la présence d'arthrose qui pourrait nuire à son déliement digital. Les activités de dextérité manuelle peuvent être bien maîtrisées, mais le regard des autres, la grande distractibilité et l'état tonique élevé provoqué par le stress peuvent nuire à la qualité de ses activités.

- **Motricité fine membres inférieurs**

Mme L fait preuve de dextérité dans la maîtrise de ses membres inférieurs.

- **Coordinations**

Mme L fait preuve d'un bon équilibre statique, et sur la pointe des deux pieds. Elle éprouve des difficultés à tenir en équilibre sur un pied et ne peut pas se mettre sur la pointe d'un seul pied car elle a peur de chuter. Elle peut effectuer des frappes dans un ballon avec un tonus adapté.

- **Praxies**

On note la présence de troubles praxiques, ce qui nuit à son autonomie. Les praxies sociales sont bien conservées mais elle utilise systématiquement le langage pour décrire ce qu'elle fait. Elle peut écrire et copier des figures géométriques de base. Pendant ces activités, elle paraît très concentrée et effectue les actions avec une lenteur contrôlée. Les épreuves de construction et d'adresse provoquent de l'anxiété. La nervosité dont elle fait preuve impacte ses performances.

- **Gnosies**

Mme L souffre d'agnosie, un trouble impliquant des difficultés à reconnaître les objets en utilisant ses sens. Dans les activités de reconnaissance, elle parvient à identifier certaines caractéristiques (formes, couleurs) mais a des difficultés à nommer de nombreux objets. Cette agnosie est une des principales sources de frustration et de découragement de Mme L. Elle craint de perdre ses mots, et a peur de ne plus pouvoir s'exprimer et se faire comprendre. On note également la présence de troubles phasiques.

- **Image du corps**

Mme L possède une estime personnelle assez fragile. Elle est souvent préoccupée juste avant d'aller en séance à l'idée de mal faire car elle ne souhaite pas être un fardeau pour le groupe. Elle s'excuse fréquemment lors des séances, tout en répétant que son manque d'habileté est préoccupant. Mme L peut se montrer méfiante au premier abord des personnes qu'elle ne connaît pas bien. Elle peut se persuader que certaines personnes complotent à son sujet et se moquent d'elle. Cependant, elle se sent valorisée quant à ses capacités à faire rire

son auditoire. Elle possède une certaine aisance langagière malgré des troubles phasiques, et un goût prononcé pour les activités de théâtre.

- **Espace**

Mme L présente une désorientation spatiale majeure. Elle se trompe fréquemment d'étage et par conséquent ne peut retrouver sa chambre. Ceci procure un fort sentiment de stress, car elle craint que ses affaires soient dérobées. Elle déambule souvent, particulièrement après le dîner. Il n'est pas toujours possible pour elle de se rendre dans la salle d'atelier thérapeutique bien que celle-ci se trouve au même étage que sa chambre. Il est nécessaire de l'accompagner pour effectuer des déplacements.

- **Temps**

Mme L ne parvient pas à situer correctement la date du jour : elle sait parfois situer le jour de la semaine, mais pas la date, ni le mois, ni l'année. Il lui est difficile d'estimer la durée d'une activité.

- **Vigilance**

La capacité de concentration de Mme L est limitée. Elle est capable de comprendre des consignes simples. Elle n'est pas tout le temps attentive à son environnement. Mme L peut présenter certains aspects logorrhéiques : elle emplit considérablement l'espace sonore, et possède un débit verbal élevé. Il lui arrive de se perdre dans ses récits, et d'oublier quel était le sujet de la conversation.

- **Mémoire perceptive**

La mémoire perceptive est très altérée chez Mme L. Elle discrimine peu les différentes textures et ne parvient pas à reconnaître une matière qui lui a été présentée quelques minutes avant.

- **Mémoire verbale**

Madame L souffre d'amnésie verbale ce qui l'inquiète beaucoup. Il semble que ces troubles sont majorés dans le cadre d'évaluations. Elle conserve cependant une bonne mémoire sémantique.

- **Perception**

Mme L identifie correctement les formes et les couleurs des objets. L'appréhension des dimensions est plus compliquée. Elle ne souffre d'aucun problème d'audition.

- **Communication**

Son langage est cohérent et adapté, elle fait preuve d'une assez bonne compréhension des consignes. Son visage est très expressif mais son expression gestuelle assez pauvre.

2. Mr M

a. Première rencontre avec Mr M

Je rencontre Mr M lors de mon premier jour à l'EHPAD, à mon arrivée à l'accueil. J'observe un homme d'une stature imposante, le regard au loin, semblant à la fois préoccupé et perdu dans ses pensées. Son dos semble fortement appuyé contre le fauteuil et il se cramponne fermement aux accoudoirs. Lorsque je le salue, il observe rapidement mon badge et m'identifie rapidement comme le stagiaire de la psychomotricienne qu'il connaît bien. Lorsqu'il s'adresse à moi, il effectue de nombreux gestes et je ne peux m'empêcher d'observer des tremblements importants au niveau de ses mains. Il me précise qu'il ne faut pas faire attention, qu'il est simplement « gauche » et que l'adresse n'est clairement pas son point fort. Je remarque également que ses pieds ne sont pas appuyés au sol. Il se tient les jambes croisées, en touchant le sol avec la pointe de son pied. Il me demande si je pourrai participer aux ateliers animés par la psychomotricienne. Je lui réponds que oui, et en profite pour préciser que j'animerai également mes propres ateliers. Notre échange prend fin lorsqu'il constate l'heure et part se promener : il fait partie des rares résidents qui peuvent sortir de l'EHPAD car son autonomie est jugée suffisante. Il s'absente ainsi pendant 30

minutes. Lorsqu'il se lève de son fauteuil, je remarque une importante tension dans tout le corps: il se lève presque uniquement à la force de ses bras. L'ensemble de son corps est comme verrouillé. Sa respiration se bloque et ce transfert semble lui demander une énergie considérable. Ce n'est que plus tard que je lirai le dossier de Mr M.

b. Anamnèse et histoire de vie de Mr M

Le dossier de Mr M contenait assez peu d'informations quant à son histoire de vie. Lorsque je le rencontre pour qu'il puisse me conter les éléments de sa vie, il semble ravi. Son discours est assez désorganisé car il devient très émotif.

Mr M est un homme âgé de 79 ans. Il est fils unique, issu d'une famille de la classe moyenne. Son père était soignant. Il me raconte que dans sa jeunesse, il affectionnait les activités sportives. Lorsqu'il mentionne l'occupation allemande son visage s'assombrit. Ses parents étaient extrêmement stressés pendant cette période, et il me précise que tout le monde subissait les effets de la pénurie. Il ne possède plus beaucoup de souvenirs de cette période car il était très jeune, mais il conserve une sensation d'atmosphère « pesante » et « oppressante ». Il a toujours eu besoin de dépenser son énergie, de se déplacer énormément. Il a pratiqué de nombreux sports, tels que le tennis, la randonnée ou encore le ski. Il était ingénieur géomètre, un métier qu'il a exercé avec passion. Mr M ne mentionne pas l'existence d'une compagne. Il a vécu dans le Val de Marne, avec ses parents. En 2010, le décès de ses parents provoque un épisode psychotique avec symptomatologie délirante chez Mr M. Il sera hospitalisé à plusieurs reprises à l'hôpital Maison Blanche. Les épisodes psychotiques seront stabilisés en 2012. Il sera ensuite accueilli au Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiels (CATTP) Denise Grey. Il me précise qu'il appréciait cet établissement car le personnel et les autres patients étaient très sympathiques. L'échec de son retour à domicile a motivé son entrée au sein de l'EHPAD le 18 Mai 2012.

Le dossier de Mr M me renseigne sur son anamnèse, que je fais apparaître ici :

-opération du paraphimosis (blocage du prépuce) en 1985

-sous décalage des vertèbres 2 à 6, sans douleur

-psychose avec symptomatologie délirante réactionnelle au décès de ses parents en 2010

-épisodes épileptiques en 2012

-pneumopathie virale avec syndrome confusionnel en juillet 2013

-Opération de la cataracte de l'œil droit et de l'œil gauche en 2015

c. La sémiologie psychomotrice de Mr M

J'ai effectué la passation de l'Examen Géronto Psychomoteur à Mr M entre le 7 et le 14 Novembre 2019. Il n'a pas manifesté de signes de fatigue pendant l'examen, mais nos emplois du temps respectifs ne nous laissaient que peu de temps pour réaliser la passation. Dans un souci de lisibilité, j'ai décidé de présenter sa sémiologie psychomotrice à l'aide des mêmes procédés utilisés que pour Mme L.

- **Tonus**

On constate chez Mr M une hypertonie globale, très marquée au niveau du haut du corps, notamment pour les épaules, membres supérieurs et mains. On constate des tremblements importants pendant l'action qui finissent par disparaître après quelques minutes. L'adaptation tonique lui demande un effort très important. Il se trouve la plupart du temps dans un état de vigilance conséquent. La détente, à la fois musculaire et psychique, lui est difficile d'accès.

- **Connaissance des parties du corps**

Il est capable d'identifier et de nommer correctement les parties du corps sur lui-même et sur autrui. En revanche, s'il s'agit d'un dessin il rencontre des difficultés à identifier les parties manquantes. Il lui est difficile de reproduire un geste à l'identique (amplitude, profondeur, alignement...) lorsqu'il l'imité. Il perçoit son corps de façon globale, porte peu d'attention à l'arrière et au bas du corps. Le ventre est une zone surinvestie.

- **Motricité**

Mr M, bien qu'acceptant le toucher, se trouve dans un état de tension notable pendant les mobilisations passives. Il ajoute qu'il a des difficultés à sentir la différence entre la contraction et le relâchement musculaire. Il accompagne systématiquement les mouvements du thérapeute, que ce soit pour les membres inférieurs ou supérieurs. Lorsqu'il effectue des mouvements, qu'ils soient de grande ou faible amplitude, il bloque sa respiration : ses sourcils sont froncés, ses mâchoires crispées. Il précise que ses jambes sont particulièrement lourdes. Les mouvements réalisés sont effectués dans la précipitation et mobiliser un seul segment corporel à la fois est difficile. Les activités de coordination sont mieux maîtrisées pour les membres supérieurs que pour les membres inférieurs, tandis que les dissociations ne sont pas maîtrisées. Il se déplace sans aide, et ne présente pas de risque de chute majeur, mais sa démarche est très mécanique, peu harmonieuse et coûteuse en énergie à cause de son hypertonie de fond. Il se trouve en grande difficulté pour les exercices d'équilibre.

- **Motricité fine membres supérieurs**

Mr M se sent maladroit dans les activités impliquant la motricité fine des membres supérieurs. Les tremblements qui apparaissent initialement parasitent considérablement la motricité fine, notamment dans les jeux d'adresse. Ils sont devenus source d'appréhension et fragilisent son estime personnelle. Les tremblements s'atténuent et disparaissent après quelques minutes: les gestes effectués avec les mains sont peu précis, il présente des difficultés à reproduire des actions à l'identique. On peut observer une importante tension au niveau des deux pouces. Lors des manipulations, l'ensemble des doigts est utilisé, contre sa volonté.

- **Motricité fine membres inférieurs**

Même si l'ensemble du corps est très tonique, Mr M parvient à faire preuve d'une bonne maîtrise de sa motricité fine.

- **Coordinations**

Mr M conserve un bon équilibre sur ses deux pieds sans appui. Il se déplace sans aide, et a l'habitude de sortir de la résidence le matin pour se promener. En revanche il est impossible pour lui de se mettre sur la pointe des pieds ou en équilibre sur un pied. Il vacille, et précise que son poids est trop élevé pour que son corps soit soutenu par une seule jambe.

- **Praxies**

Les praxies sociales sont bien conservées. Mr M a souvent recours au langage pour organiser son geste et sa pensée. Il peut toujours écrire et copier des figures géométriques de base. Pendant ces activités, il serre son stylo intensément ce qui peut nuire à la qualité de ses tracés. La construction de la pyramide a été mal vécue, car il l'a faite chuter. Il manifeste de la frustration pendant cet exercice.

- **Image du corps**

Son estime personnelle est très faible. Il a souvent peur de mal faire et est souvent en recherche d'approbation. Il porte un regard très critique sur son corps qu'il considère parfois comme un « poids ». Il se sent vieux, usé, maladroit et limité dans ses possibilités d'action. Il est très focalisé sur son poids, et également sur son ventre qu'il trouve beaucoup trop volumineux. Il est très volontaire pour participer aux ateliers car il recherche souvent le lien social. Il apprécie particulièrement les activités de discussion. Son corps est déprécié, mis à distance, il porte peu d'attention à ses sensations. Il éprouve en outre des difficultés à mettre des mots sur ses émotions, son vécu et ses ressentis.

- **Rythme**

Il effectue la plupart des actions dans la précipitation. Ses gestes sont vifs mais peu précis. On observe souvent des mouvements saccadés et un manque de fluidité gestuelle. Son débit verbal est élevé et sa respiration saccadée: il achève souvent ses phrases le souffle court. Il se trouve en difficultés lors des activités qui nécessitent d'être dans la lenteur et de contrôler précisément ses gestes.

- **Espace**

Les notions devant /derrière, haut/bas, gauche/droite sont bien intégrées. Les repères autocentrés et exocentrés sont maîtrisés même si cela lui demande un effort de concentration important. Il se déplace de manière autonome dans l'établissement. Il parvient à se rendre seul sur les lieux de son choix. Il sait parfaitement situer le réfectoire, sa chambre ainsi que les lieux de vie commune. Il parvient à reproduire, discriminer et identifier des figures simples en 2 dimensions. Il manifeste des difficultés spatiales dans l'organisation du geste, notamment dans l'imitation.

- **Temps**

Dans ses récits, Mr M est capable d'organiser chronologiquement des événements entre eux, ainsi que d'identifier globalement le début et la fin d'un moment. Lorsqu'il doit classer dans un ordre chronologique des images, il identifie rapidement le début et la fin de l'action, mais pas les étapes intermédiaires. Il connaît parfaitement la date du jour. Cependant l'écoulement du temps le laisse parfois perplexe: il lui est compliqué d'estimer la durée d'une activité. La prise des repas lui permet de structurer sa journée.

- **Vigilance**

Il est assez attentif à son environnement, mais porte peu d'attention à son corps. Il peut manquer de concentration quand il s'agit d'observer les autres. Il parvient à rester focalisé dans les activités qui l'impliquent directement.

- **Mémoire perceptive :**

La mémoire perceptive de Mr M est déficitaire, qu'il s'agisse de se rappeler de couleurs, de formes, ou de postures.

- **Mémoire verbale**

Lorsqu'il raconte le déroulement d'une journée, il est capable de la séquencer et de délivrer son récit étape par étape. La mémoire verbale de Mr M est impactée, retenir des séries de mots lui est assez difficile.

- **Perception :**

Mr M présente une très bonne préservation de ses capacités de perception. Il ne porte pas d'appareil auditif, et porte occasionnellement des lunettes, principalement pour lire.

- **Communication**

Son langage est cohérent et adapté, la compréhension des consignes est bonne, son visage est expressif. Cependant son expression gestuelle est assez appauvrie, en effet on n'observe presque pas de mouvements pour accompagner le discours.

B) Le mime adapté à la psychomotricité

1. La spécificité du mime en psychomotricité

S. Conein-Gaillard stipule que mime et psychomotricité sont très proches et que « *leur but est commun lorsqu'il s'agit de mieux comprendre l'Etre Humain, en l'éveillant à lui-même à travers l'expression de son corps. C'est l'amener à s'exprimer pleinement. L'aider dans sa créativité ou simplement lui faire retrouver l'harmonie et l'équilibre perdu, en allant jusqu'à la pathologie* » (2011, p.29). Ainsi, je comprends l'intérêt de viser à concilier ces deux approches, au service des résidents, ces deux disciplines s'enrichissant mutuellement.

Mon propos ne sera pas de détailler l'ensemble des exercices proposés en séance dans leurs moindres détails techniques mais de mettre en exergue la façon dont le mime peut s'articuler avec la thérapie psychomotrice. Le but de la thérapie psychomotrice est que le patient puisse « *enfin habiter son corps, se l'approprier en son nom et ne le perçoive plus comme un chaos indifférencié, une enveloppe percée et en permanence menacée de l'intrusion ou encore un ennemi à attaquer ou à faire taire* » (Boutinaud, 2009, p.145). Le

mime présente quant à lui l'avantage de mettre en jeu chaque item psychomoteur car il n'est limité en rien. Il n'est nullement nécessaire d'avoir recours à l'objet réel, même si cela peut être réalisé pour favoriser la réalisation d'une activité. En théorie, il est possible de tout mimer : objets, états émotionnels, animaux, activités sportives ou quotidiennes, déplacements, personnages... Telle est l'inépuisable richesse du mime. Naturellement, il existe des limites au mime qui dépendent des capacités réelles de la personne. S. Conein-Gaillard établit le parallèle suivant entre mime et psychomotricité qui me paraît plus que pertinent : « *Le but commun étant de mieux comprendre l'Être Humain à travers l'expression de son corps, pour l'amener à s'exprimer pleinement, ou à lui faire retrouver l'harmonie et l'équilibre perdus.* » (2011, p.25). Je vais à présent justifier mon propos selon lequel le mime adapté à la psychomotricité permet un travail en profondeur sur de nombreux items psychomoteurs en présentant certains exercices emblématiques.

- **Le schéma corporel**

Le schéma corporel est fortement stimulé dans le mime. Il est demandé au sujet de porter une attention bien particulière à son corps, en se focalisant sur la disposition des segments corporels les uns par rapports aux autres, et sur la façon dont le corps s'organise. Il est possible d'orienter l'attention sur une seule partie du corps ou bien de manière globale. Cet exercice peut s'avérer délicat, particulièrement lorsque le corps est laissé de côté. Cela nécessite une véritable écoute de soi. Il est possible pour le thérapeute d'attirer l'attention sur les mouvements et les déplacements que le corps humain nous permet : cette activité révèle parfois à certains des surprises. En demandant aux résidents de réaliser des gestes les yeux fermés, on sollicite le sens proprioceptif. Cette activité est souvent appréciée par les résidents, d'une part car fermer les yeux permet de créer une sorte de barrière entre soi et le regard des autres, et aussi car cela permet une nouvelle qualité d'écoute à soi, souvent peu exploitée. En procédant ainsi, on invite alors l'autre à ressentir son corps en utilisant de nouvelles ressources. Notons également qu'effectuer une activité les yeux fermés peut générer de l'anxiété et du stress.

- **Espace**

Le corps du sujet est amené à se déplacer à travers l'espace, qu'il soit fictif ou non. Les déplacements se réalisent dans tous les plans de l'espace. Il est possible de proposer une activité permettant de penser, d'organiser, de diviser et de structurer l'espace. C'est le cas notamment dans la création de parcours imaginaires dans lesquels le participant évolue dans un espace fictif créé de toutes pièces. Inclure les autres à pénétrer et à évoluer dans cet univers est un exercice certes difficile à réaliser mais très riche pour développer la maîtrise de l'espace. L'exercice du labyrinthe de verre se veut riche dans cette perspective. Les participants font semblant d'être dans un espace composé entièrement de miroirs. Il faut donc tâtonner, avancer avec prudence, explorer avec les mains pour pouvoir trouver la sortie. Il faut également être à l'écoute des autres pour suivre le même itinéraire et respecter les données de cet espace créé conjointement.

- **Le tonus**

L'attention que le sujet porte à son corps, lui permet d'affiner de manière qualitative son observation personnelle. Ce développement de la conscience corporelle aide le patient à percevoir les différences entre tension et relâchement lors des diverses actions qu'il entreprend. A titre d'exemple, certains exercices amènent l'attention du sujet sur une seule partie de son corps, le reste ne nécessitant plus d'être maintenu dans un état de tension. C'est cette alternance subtile entre tension et détente qui permettra au patient de développer ses capacités de régulation tonique. La communication via le dialogue tonique est privilégiée pour compenser l'impossibilité de recourir aux mots.

- **Le funambule**

Il s'agit d'un exercice où l'on prétend marcher en équilibre sur un fil. Je n'ai naturellement proposé cet exercice qu'aux résidents qui ne présentaient pas de risques de chute et qui se sont portés volontaires. L'équilibre statique et l'équilibre dynamique sont

naturellement mis en jeu dans cette activité. La régulation tonique est fondamentale et lors de cet exercice le participant est amené à se concentrer et à identifier la façon dont est réparti le tonus. Il s'agit d'un excellent exercice pour apprendre à percevoir et moduler son tonus.

- **Les marches**

La marche est un exercice complet qui peut se décliner en de nombreuses catégories. A titre d'exemple, on peut mentionner la marche contre le vent, la marche au ralenti, la marche sous une intense chaleur ou encore la marche dans le froid. Les différentes marches mettent en jeu l'équilibre, le rythme, la régulation tonique, le schéma corporel, les coordinations, les dissociations, et l'espace. La marche sur place est un exercice particulièrement intéressant qui permet de décomposer le mouvement. Il s'agit également d'un exercice ludique qui offre la possibilité d'aborder la marche sous un angle nouveau.

- **Le robot**

Dans cet exercice, il est demandé aux participants d'imaginer que leurs corps ne peuvent se mouvoir que d'une manière bien précise et très segmentée, à la manière d'automates. Ce travail met en jeu le rôle des articulations, ainsi que la faculté à utiliser son corps de manière segmentaire ou globale. Je précise qu'il s'agit d'un exercice qui nécessite un certain niveau technique et une concentration importante. Cette activité met en jeu une utilisation complète de sa motricité et permet un travail de fond sur le schéma corporel.

- **La boîte à merveilles**

Dans cet exercice, il faut faire semblant de retrouver dans ses affaires une boîte dans laquelle sont dissimulés des objets précieux de son passé. On prétend alors fouiller dans cette boîte pour en extraire un objet que l'on manipule devant les autres. Cet exercice vient stimuler l'imagination ainsi que la mémoire. La manipulation de la boîte et des objets développe la dextérité et la motricité fine. L'espace est également abordé car il faut retrouver la boîte dans la pièce imaginaire où elle est rangée, la déposer à un endroit précis pour ensuite pouvoir

l'ouvrir. Notons que cet exercice génère des émotions assez intenses, car les résidents présentent souvent des objets intimes à leurs yeux, telles des lettres ou encore des photographies.

- **Les ralentis**

Les différences de rythme constituent un point fondamental dans la pratique du mime. Chaque mouvement possède une rythmicité qui lui est propre et chacun possède son propre tempo. La réalisation de mouvements lents développe la précision, la régulation tonique, le contrôle moteur et la concentration. La lenteur est préférable car le rythme rapide tend à accentuer les maladresses et nuit à la qualité des propositions. Les ralentis nécessitent d'inhiber et de retenir son mouvement. Ils développent aussi l'écoute de soi : lors de la marche au ralenti par exemple, l'attention se porte sur les transferts de poids, la façon dont les parties du corps s'articulent entre elles, et l'enchaînement naturel des mouvements. Le ralenti offre également un moment privilégié pour synchroniser la respiration avec le mouvement. Lorsque cela se produit, on entre alors dans un état de relaxation, qui favorise la détente physique et psychique.

- **Le dialogue tonique et la communication infraverbale**

Entrer en relation avec l'autre, non pas à l'aide de la parole comme nous en avons l'habitude mais via le dialogue corporel représente une tâche qui peut s'avérer ardue pour certains. Le mime propose d'établir, ou de restaurer un échange tonique entre les participants. Il s'agit d'observer, d'écouter, de s'adapter, de recevoir et de donner afin de créer ensemble. La communication en mime est un exercice très complet, qui nécessite un accordage tonique d'une grande finesse entre les participants. Le mime sera donc utilisé pour développer un dialogue tonique adapté, notamment à travers les saynètes, dans lesquelles les binômes sont amenés à improviser et à construire ensemble dans le partage et le silence.

- **La maîtrise de la respiration**

Elle est fondamentale dans le mime. Celle-ci doit accompagner le mouvement et se coupler efficacement aux gestes. Lors de l'échauffement, l'attention des participants est attirée sur la respiration. Même s'il est fréquemment rappelé aux participants d'inspirer et d'expirer amplement, la respiration est souvent mise de côté. Les efforts cognitifs ainsi que physiques ont tendance à entraîner un blocage de la respiration, ce qui nuit à la qualité du mouvement, au confort du résident, à la fluidité ainsi qu'au rythme du geste et résulte fréquemment en une hypertonie. La maîtrise de la respiration se propose de pallier cela.

- **La concentration**

Elle est également omniprésente dans la pratique du mime adapté à la psychomotricité. Afin de faire exister et de montrer aux autres ce qui n'est à l'origine pas présent, il est nécessaire de redoubler d'efforts. Comme nous l'avons vu précédemment il s'agit d'abord d'être à l'écoute de soi, pour ensuite pouvoir entendre l'autre. L'intensité des efforts fournis par les participants dans les activités proposées était notable, c'est pourquoi un temps de repos et de verbalisation était aménagé après chaque proposition.

- **L'imagination**

Les mécanismes de l'imagination sont encore méconnus. Il s'agit d'une fonction très complexe, mettant à l'œuvre de nombreuses structures cérébrales, parmi lesquelles le cortex visuel et le précunéus. Les travaux de Vygotsky (1930) permettent d'envisager l'imagination comme une fonction mentale supérieure, qui sert à se dégager des contraintes du réel pour mieux l'enrichir par la suite. Contrairement à Piaget qui situe l'activité paroxystique de l'imagination chez l'enfant entre deux et sept ans pour palier son incompréhension du monde (1972), Vygotsky la situe quant à lui à l'âge adulte. En effet selon lui la création se fait à partir du réel et se base sur l'expérience. Le vécu de l'adulte étant en plus riche que celui de l'enfant, sa force d'imagination se verra plus importante avec l'âge. Le recours à l'imagination est très fréquent dans la pratique du mime. Lors de la manipulation d'objets fictifs par exemple, il a été proposé aux résidents d'attribuer des caractéristiques

supplémentaires aux objets. Ainsi, lorsque l'on fait semblant de manipuler une balle il est possible d'imaginer sa couleur, son poids, sa texture, sa taille. La stimulation de l'imagination a pour objectif d'inviter la personne âgée à se tourner vers ses expériences et son vécu, l'aidant ainsi à renouer avec son histoire. L'imagination est alors employée pour renforcer l'énergie créatrice des résidents ainsi que leur identité.

2. Les objectifs de l'accompagnement psychomoteur dans cet atelier

Comme nous avons pu le constater, le mime adapté à la psychomotricité constituait l'occasion de proposer des activités aussi nombreuses que variées. Ainsi, chaque nouvelle séance était l'occasion de proposer aux résidents de réinvestir leurs corps tout en effectuant un travail sur plusieurs items psychomoteurs. Toutefois, je me suis toujours efforcé de proposer aux patients des activités dont les bénéfices pourraient être utilisés dans leur vie quotidienne. Les objectifs généraux de cet atelier étaient :

- une meilleure écoute de soi et de l'autre
- développer sa motricité générale et fine
- accroître ses capacités de régulation tonique
- renforcer le schéma corporel et l'image du corps
- affiner sa perception de l'espace-temps

A la fin de la séance, il était proposé aux résidents de faire un lien entre ce qu'ils découvraient au sein de l'atelier et leur vie au sein de l'EHPAD. Ceci avait pour but de soutenir l'autonomie, et de faire comprendre qu'au-delà du plaisir suscité pendant l'activité, réinvestir leurs corps pouvait être véritablement utile. A long terme, l'objectif de cet atelier était comme nous avons pu le voir que le patient puisse réapprivoiser son corps et de renforcer son identité psychocorporelle. Comme le formule si bien S. Conein-Gaillard, le mime c'est « *aller vers l'harmonie de soi, car ce mime rassemble, tel un puzzle éparpillé, les fragments*

de nous-mêmes, pour les recentrer dans une présence consciente de l'Ici et Maintenant. »
(2011, p.258).

C) Evolution du groupe de mime

Dans cette partie du mémoire, je vais m'attacher à décrire l'évolution de Mr M et de Mme L. Les circonstances particulières de cette fin d'année scolaire m'ont forcé à interrompre mon stage long de manière précoce. Il n'a pas été possible de faire repasser un Examen Géronto-Psychomoteur complet à ces deux personnes. Cependant, afin de mesurer les progrès effectués au sein de ce dispositif, j'ai décidé de décrire quelques séances clés. Les exercices ont été abordés plusieurs fois tout au long de l'année. En effet comme j'ai pu le préciser auparavant, chaque exercice est très complet et mérite d'être pratiqué à plusieurs reprises pour poursuivre le travail sur l'unité psychocorporelle. D'autres activités ont été effectuées au cours de l'année, et chacune d'elle a été l'occasion de vivre des expériences riches pour les patients. Toutefois, les séances que je vais à présent décrire sont celles dans lesquelles se sont produits les événements et progrès les plus intéressants pour les patients selon moi.

1. L'identithérapie

Cette séance a porté autour du thème des métiers. J'avais pris soin de consulter les métiers que les résidents avaient pratiqué auparavant. J'avais demandé aux participants de me donner les idées que ce thème faisait naître en eux. Spontanément, des métiers emblématiques ont été mentionnés tels qu'instituteur, agriculteur, ou encore maçon. Lorsque Mme L prend la parole, elle indique avoir exercé le métier d'assistante radiologiste. J'ai pu me saisir de cette proposition pour que chaque participant m'indique le métier qu'il avait exercé. Chacun a alors été invité à réfléchir puis à mimer les gestes les plus représentatifs de sa profession. La concentration était palpable, et tous se sont appliqués à présenter leurs métiers aux autres, uniquement par le geste. Il a ensuite été proposé de reprendre les gestes proposés pour que chacun puisse « pratiquer » le métier de l'autre. Le temps de verbalisation a été très riche. Mme L explique alors qu'elle était très fière de son métier et qu'elle avait tenu à le

retranscrire le plus fidèlement possible aux autres. Elle s'est exprimée un long moment à ce sujet, pour notamment formuler qu'elle était surprise de se souvenir avec autant de précision de ce quotidien qui avait été le sien. Elle explique également avoir ressenti une certaine fierté à pouvoir transmettre ces gestes et son savoir aux autres participants.

En conclusion, cette séance a permis d'aborder l'identité professionnelle de chacun, et ce qu'il en subsistait aujourd'hui. Tous les résidents ont vécu ce renouement avec leur passé avec émotion, et certains m'expriment leur tristesse de ne plus pouvoir exercer aujourd'hui.

2. L'algue

Il s'agit d'un exercice qui met en jeu la fluidité, la lenteur, et l'harmonie dans le mouvement. Le travail sur la respiration est déterminant dans cette activité. Pendant cet exercice, il faut s'identifier à une algue, immergée, dont la base est fermement enracinée dans le sol. C'est donc le haut du corps qui est mobile, ondulant au rythme des courants, tandis que la partie inférieure est statique. Cela implique d'être capable de dissocier le haut et le bas du corps. Tous les participants ont pu faire cette activité debout, à l'exception de l'un d'entre eux qui se déplace à l'aide d'un déambulateur. Des sons aquatiques comme le bruit des vagues ont servi de fond musical. Mr M pendant cet exercice parvient à rester fixe au sol. Cependant l'ensemble de la partie supérieure de son corps est verrouillé, il effectue donc des mouvements en bloc. Progressivement, j'amène les résidents à se concentrer sur leur respiration. Mr M me fait un signe et me demande à voix basse s'il peut réajuster sa position, ce que je l'encourage à faire. Progressivement ses membres se délient, jusqu'à ses doigts. Ses mouvements étaient au départ très saccadés, où on pouvait observer des ruptures rythmiques dans sa motricité. Après avoir été invité à fermer les yeux, Mr M utilise alors sa respiration qui devient très sonore. Graduellement, il parvient à synchroniser ses mouvements avec sa respiration et finit par accéder à une certaine fluidité.

Lors du temps de parole Mr M m'explique qu'il ne se sentait pas suffisamment équilibré pour réussir l'exercice. Nous avons alors pu discuter de l'importance des appuis plantaires et de la nécessité de trouver la position adéquate pour un ancrage suffisant au sol.

Ce n'est qu'une fois stabilisé qu'il a pu se sentir suffisamment sécurisé pour effectuer des mouvements plus amples. Cette stabilité lui a permis de pouvoir effectuer un recrutement tonique au niveau des membres inférieurs et de relâcher le haut du corps. Quand je l'interroge sur les sensations ressenties en fermant les yeux, il m'explique que ses jambes étaient « bloquées » mais suffisamment fortes pour soutenir le « haut en vadrouille ». Il ajoute avec un sourire que la respiration lui a servi d'appui pour guider ses mouvements car il se sentait sans repères.

3. La marionnette

Cet exercice se réalise par binôme. Une personne joue le rôle du marionnettiste et l'autre celui de la marionnette. Le marionnettiste fait semblant d'attacher des fils à diverses parties du corps et la marionnette suit ses mouvements. Si le principe de l'exercice est aisé à saisir, il peut être complexe à réaliser. Il faut faire preuve de bonnes capacités de communication, d'accordage tonique, d'accordage rythmique et d'attention. Cette activité permet de mieux explorer les possibilités motrices du corps humain, les articulations impliquées dans un mouvement, et la façon dont les éléments corporels s'organisent les uns par rapport aux autres. A titre d'exemple, si le fil est attaché autour du poignet, il s'agira de ne mobiliser que cette partie du corps et non pas le reste du bras, l'épaule ou encore le tronc. Ainsi les capacités de contrôle moteur, de coordinations et de dissociations sont mobilisées. Il est en outre nécessaire de prendre en compte les possibilités de mouvements propres à une posture, par exemple l'amplitude de mouvements du bassin sera réduite si la personne est assise. Avant de commencer, j'ai invité chaque personne à se recentrer et à identifier quelles parties du corps étaient en tension ou douloureuses. Une des participantes a indiqué que mobiliser son épaule droite provoquait des douleurs à cause de l'arthrose. Mr M mentionne alors que ses jambes sont très tendues. Mr M et Mme L réalisent l'activité ensemble.

Au début c'est Mr M qui joue le rôle du marionnettiste. Mme L est en difficulté pour suivre ses mouvements, qu'il exécute à un rythme très rapide. Il agite ses deux mains dans

toutes les directions et Mme L s'efforce de respecter la règle du silence en lui jetant des regards insistants pour qu'il ralentisse. De plus, il lui propose des mouvements assez complexes. Je me rends alors vers ce binôme et explique la nécessité d'effectuer l'exercice de manière progressive. J'invite également Mr M à reprendre cette respiration consciente que nous travaillons ensemble à chaque séance. Il prend alors un moment pour inspirer et expirer profondément. Il décide alors de n'attacher le fil qu'à un segment corporel à la fois. La conscience de sa respiration lui permet de ralentir son rythme et laisse à Mme L l'opportunité de s'ajuster au sien. Je peux alors observer les débuts d'un accordage tonique de qualité entre Mme L et Mr M. Ils échangent quelques rires, et répètent plusieurs fois les mêmes mouvements, tant et si bien qu'on finit par ne plus savoir qui guide l'autre. Une fois que les mouvements ont été suffisamment répétés et automatisés à leurs goûts, Mr M mobilise alors un autre segment corporel en procédant de la même manière. Une autre résidente qui avait stoppé son activité avec son partenaire pendant que je donnais quelques conseils à Mr M leur dit « qu'on pourrait presque voir les fils ». Mr M et Mme L reçoivent et retournent le compliment avec une fierté non dissimulée.

J'invite ensuite les binômes à échanger leurs rôles. Lorsque Mr M et Mme L me demandent s'ils peuvent rester ensemble, je réponds par l'affirmative en sentant un certain amusement naître en moi. Mme L semble utiliser sa respiration pour soutenir et guider Mr M. Après plusieurs mobilisations des bras, Mme L se rapproche et entreprend d'attacher un fil aux membres inférieurs de Mr M, qui a mentionné qu'il avait senti ses jambes tendues au début de la séance. Elle lui propose alors des mouvements simples, de flexion et extension de la hanche et du genou, répétés pendant plusieurs minutes, d'abord la jambe gauche, puis la jambe droite. Ensuite, elle guide Mr M pour qu'il effectue ces mouvements simultanément avec les deux membres inférieurs, et enfin en alternant entre le gauche et le droit.

Cette séance a été l'occasion pour Mr M de développer des stratégies pour adapter son rythme. Il a mis à profit la conscience et la maîtrise de sa respiration pour exécuter des mouvements dans la lenteur, contrôler ses gestes et jouir d'une certaine fluidité. Il a pu entrer

en communication et s'accorder à sa partenaire sans passer par le langage, une expérience peu commune chez lui d'après ses dires. Enfin la régulation et le dialogue tonique lui ont permis d'accéder à une détente à la fois physique et psychique. D'un autre côté Mme L a été très heureuse qu'on lui « laisse la main » pendant cet exercice. Elle m'explique qu'elle avait retenu que Mr M ressentait une tension dans le bas du corps et qu'elle avait eu l'idée de lui proposer des mouvements simples et répétés, s'apparentant à ceux qui étaient travaillés en gymnastique douce avec le kinésithérapeute. Elle mentionne qu'elle a apprécié être responsable de l'autre. Il semblerait que Mme L ait intégré que le contrôle, la lenteur, et la répétition d'un mouvement coordonné avec la respiration permettent d'accéder à une forme de relâchement. Je note en outre que pendant cette situation Mme L a pu occuper une place très active dans les soins : le sien ainsi que celui de Mr M.

4. La vie à l'institution

Cette séance a eu pour objectif d'aborder la vie quotidienne des résidents. Le thème principal était les activités indispensables à l'autonomie, comme la préparation et la prise des repas, la toilette, les loisirs, ou encore les soins. L'activité du petit-déjeuner a été retenue, car c'est celle dont les résidents ont parlé spontanément lorsque le thème de la séance a été évoqué. J'ai cru remarquer que c'est cette activité qui a le plus éveillé leur intérêt.

Dans un premier temps, chacun a été amené à se concentrer sur tout ce que l'activité mettait en jeu : les transferts pour passer de la station debout à assise, les ajustements posturaux une fois sur sa chaise, l'ordre dans lequel effectuer les actions, les notions spatiales pour disposer convenablement les éléments sur la table, les gestes à effectuer... Tous les résidents ont choisi de débiter leur scène déjà assis. La plupart ont réajusté leur position pour se rapprocher de la table. Je peux observer différentes praxies préservées, comme se servir un verre, ou le porter à ses lèvres, ou encore découper une tranche de pain pour ensuite la beurrer et la mettre en bouche. Mr M se trouve le dos appuyé contre son fauteuil, assez loin de la table. Il peine à effectuer les gestes, qui sont réalisés à un rythme saccadé. Ses membres supérieurs semblent rigides et les tremblements de ses doigts sont nombreux. En certaines

occasions je ne suis pas en mesure de reconnaître de nombreux gestes qu'il effectue. Mme L quant à elle, observe beaucoup les gestes des autres participants pour s'en imprégner.

J'observe aussi des difficultés spatiales quand elle saisit et tente de manipuler les ustensiles.

Lors du premier temps de verbalisation, Mme L m'exprime qu'elle ne parvient pas à se représenter cette scène et les actions qu'elle doit accomplir. Nous reprenons alors une scène classique du petit-déjeuner, que nous détaillons. J'invite Mme L à décrire les actions en même temps qu'elle les effectue : « J'ouvre le tiroir, je saisis le couteau avec ma main droite, je le ramène près de moi. Avec mon autre main, j'attrape le pot de confiture... » Tous ensemble, nous décrivons notre petit-déjeuner imaginaire. Cet exercice est l'occasion de visualiser plus précisément la scène et de revoir chaque geste en détail. De plus, les résidents sont invités à se concentrer sur leurs sens: le goût de la confiture, l'odeur du café, les couleurs des tasses, la texture du pain, les bruits provoqués par les ustensiles... Tous les sens viennent nourrir l'imaginaire et contribuent à rendre cette scène plus réelle. Ce temps est également mis à profit pour parler des ajustements posturaux. Grâce à des exercices de tirer-repousser, chacun peut ajuster sa posture. Mr M en profite pour se repositionner sur sa chaise et se redresser. La reprise de cet exercice me permet d'observer que Mme L semble moins démunie. Je vois qu'elle remue silencieusement les lèvres, et je devine qu'elle décrit les actions qu'elle effectue. J'observe beaucoup plus de gestes cohérents avec l'activité. Quant à Mr M, il se tient plus droit et semble plus présent. Son visage est un peu plus relâché. Il prend également le temps de humer plusieurs aliments avant de les déguster. Les notions spatiales ne sont en revanche pas davantage respectées.

La dernière partie de cet exercice a consisté à mettre les résidents par binôme, afin d'effectuer un travail en miroir. Un exercice assez complet car il reprenait les gestes travaillés précédemment, les ajustements posturaux, les adaptations rythmiques, le dialogue tonique, la régulation tonique, le schéma corporel, la planification, les coordinations et dissociations, ainsi que l'image du corps. Je note que Mr M évite de regarder sa partenaire dans les yeux, préférant utiliser sa vision périphérique. Ses gestes deviennent alors frénétiques, et ses

mouvements se succèdent de manière désordonnée. Les tremblements au niveau des doigts sont majorés, et le contact avec sa partenaire est rompu. Je m'approche alors et après lui avoir proposé de se recentrer, je lui rappelle les consignes de l'exercice. Mme L de son côté parvient à faire preuve de bonnes capacités d'accordage et de régulation tonique. Elle arbore un grand sourire et émet de petits rires occasionnellement.

Lors de la verbalisation, certains résidents mentionnent qu'il était délicat de faire l'exercice sous le regard de l'autre. Mr M exprime alors la honte qu'il avait ressentie. Il précise que les tremblements de ses doigts s'étaient majorés et qu'il s'était senti très exposé. Il n'avait alors plus osé regarder l'autre dans les yeux, et souhaité se soustraire à ce regard, trop pesant. Cela a provoqué une agitation psychomotrice, d'où la frénésie soudaine de ses gestes et la rupture du contact avec l'autre. Sa partenaire lui explique alors que cela ne l'avait pas dérangée, mais qu'il avait été très ardu pour elle de suivre son rythme. A la fin de la séance, Mr M vient me voir pour m'expliquer sa gêne à l'idée d'avoir mis sa partenaire en difficulté. S'en suit une longue conversation au cours de laquelle je m'efforce de rassurer Mr M sur ses capacités en surlignant les progrès qu'il effectue à chaque séance. J'expose alors à nouveau les principes de bienveillance du groupe, de non jugement, de non performance et lui rappelle les propos de sa partenaire qui n'avait pas été perturbée par ses tremblements. Mr M semble alors rassuré, et me promet de faire de son mieux, bien que cela ne soit pas nécessaire.

Mme L quant à elle parle de son quotidien, qu'elle décrit comme morose et de façon très mécanique. « A force de subir et de faire les choses sans y penser, on finit par ne plus en profiter » confie-t-elle sous l'approbation générale. Elle mentionne également l'utilité et le plaisir de renouer avec ses sens, ce qui lui permet de raviver des souvenirs, et dans le cas présent de renforcer son imaginaire. Cette séance a été pour elle l'occasion de palper un atout sensoriel de taille. Elle m'explique aussi que se concentrer sur l'utilisation de ses sens lui a permis de ne pas se perdre dans le fil de ses pensées et de garder le contrôle de la situation.

5. Le tableau « clinique »

Dans cette activité, les participants ont prétendu peindre un tableau. L'idée m'est venue en discutant avec l'art thérapeute, présente le Jeudi dans l'établissement. Chaque après-midi, 2h avant l'atelier mime, elle propose aux résidents des activités de peinture. Cela peut aller du remplissage de formes à l'expression libre, laissant ainsi la possibilité aux résidents d'expérimenter cette activité artistique selon leurs besoins et envies. Elle propose en outre de travailler les gestes nécessaires à la peinture. J'ai donc décidé de proposer une séance en lien avec une partie du travail de cette professionnelle de santé.

Le principe était simple : il s'agissait de faire semblant de peindre le tableau de son choix. Le temps de discussion initial autour du thème a permis de répertorier un vaste panel des éléments peints en art thérapie. Lorsque je les questionne autour de l'autoportrait, ceux-ci m'expliquent qu'ils n'ont pas souvenir d'avoir pu l'expérimenter. J'y vois ici l'occasion de proposer une activité innovante qui contourne la question de la trace, potentiellement anxiogène pour eux. Exposer la façon dont on se représente son corps dans un travail aussi introspectif et personnel aux yeux des autres pouvait selon moi s'avérer risqué. Dans ce cas précis, le mime permettait de neutraliser cette difficulté potentielle.

La première partie de la séance a consisté en une rapide manipulation du matériel. Nous avons abordé ensemble les différents ustensiles de peinture ainsi que leurs caractéristiques: poids, formes, tailles, volumes, couleurs, odeurs, textures... Puis nous avons répertorié les différents gestes qui allaient être utilisés à ces fins. Ceci a mis en jeu les capacités de coordination, de régulation tonique, de motricité fine, de concentration, ainsi que les compétences visuo-spatiales. Progressivement la respiration s'est synchronisée au mouvement, notamment dans les activités de balayage haut-bas et gauche-droite. Nous avons enfin revu les postures qu'ils allaient utiliser afin d'effectuer leur peinture silencieuse. Ensuite nous avons abordé l'exercice principal. J'ai jugé utile de préciser que l'aspect technique ne primait pas et qu'il n'était pas nécessaire de faire preuve de virtuosité. L'objectif était de se dessiner tel que l'on se représente, le plus fidèlement possible. Les résidents pouvaient se représenter au cœur de la scène ou du paysage de leur choix, seuls ou entourés, et ceux qui ne

souhaitaient pas se représenter avaient la possibilité de peindre autre chose. L'activité s'est déroulée dans un silence très complet, plus dense que d'habitude. Chaque visage que j'observais était tendu par la concentration, les respirations se faisaient sonores, et à certains moments se synchronisaient.

Mme L effectue au départ des mouvements amples et fluides. Elle balaye sa toile imaginaire de gauche à droite. Puis elle prétend poser son pinceau pour en prendre un autre. Les gestes qu'elle mime avec ses doigts me font comprendre qu'elle sélectionne un outil plus petit avec des poils que j'imagine plus fins. Elle trace un cercle puis des diagonales et des traits verticaux. Elle reste songeuse plusieurs instants. Elle ferme alors les paupières et fronce les sourcils. Lorsqu'elle les rouvre, les gestes qu'elle effectue vers le centre de la toile semblent teintés d'agacement. Elle baisse le regard à plusieurs reprises vers la tunique qu'elle porte, et balaie la salle du regard. Après quelques minutes, elle s'éloigne du centre de sa toile et fait semblant de changer de pinceau. Elle sourit, et semble plus apaisée tandis que ses gestes et son visage se délient.

Ce qui m'interpelle quand j'observe Mr M c'est la minutie dont il fait preuve. Son visage est tendu par la concentration. Ses gestes sont précautionneux, et il effectue de très nombreux allers-retours entre sa toile et ses instruments de peinture. Je crois deviner qu'il change régulièrement de matériel et de couleurs. Lorsqu'il remarque que je l'observe, il me sourit et se met à inspirer et expirer plus intensément. Il « peint » alors de manière ininterrompue sur l'ensemble de la toile. Sa main directrice ne tremble pas, mais je peine à imaginer ce qu'il représente. Quelques instants plus tard, son bras se raidit et il appuie très intensément de manière continue sur sa toile. Il paraît contrarié, et je le vois rayer rapidement plusieurs éléments sur son tableau. Enfin, je l'observe tracer de nombreux cercles de petite taille en pointillés.

Progressivement, les résidents cessent de peindre. Un à un ils se font immobiles et semblent soulagés. Certains s'étirent, d'autres laissent échapper un long soupir. Cette activité a duré presque 20 minutes : un temps considérable, surtout quand on sait à quel point le mime

est coûteux en énergie. Je suis très agréablement surpris de leur ténacité et de la force de concentration dont ils ont fait preuve, ce que je leur signale. Ils semblent flattés et fiers. Il s'agit de l'activité pendant laquelle les résidents ont réussi à maintenir leur attention le plus longtemps. J'ai choisi de ne pas l'interrompre pour leur laisser plus d'autonomie. De plus, je ne souhaitais pas stopper un moment à part, comme hors du temps, pendant lequel ils étaient comme absorbés par leurs œuvres. Les participants ont mis fin à la séance sans avoir besoin que je leur signale en faisant preuve d'une bonne qualité d'écoute et d'observation. Vient alors le temps de verbalisation, moment précieux pour partager ses éprouvés et leur donner du sens, et pour aller de l'implicite vers l'explicite. Une fois de plus, tous les propos auraient mérité d'être retenus mais c'est de Mme L et Mr M en particulier dont nous traitons ici.

Mr M écoute attentivement les retours des autres participants. Il attend patiemment que chacun prenne la parole mais ne partage pas ses ressentis. Après un moment de silence, il dirige son regard vers moi et j'en profite pour lui demander s'il souhaite décrire son expérience. Celui-ci acquiesce et me précise avoir beaucoup apprécié. Il m'explique que contrairement à certaines séances d'art-thérapie où il se sent maladroit, il ne s'était pas senti contraint dans son dessin. L'absence de trace tangible avait donc décomplexé Mr M sur ses productions, et j'émetts l'hypothèse que l'absence de cette contrainte et du stress engendré pourrait expliquer pourquoi ses doigts ne tremblaient pas. Il ajoute s'être remémoré l'époque où il skiait, ce qui a inspiré le paysage dans lequel sa scène se déroulait. Le paysage montagneux qu'il avait imaginé comprenait de nombreuses couleurs très variées. Il me parle des divers éléments qu'il a incorporés dans son tableau : fleurs, sentiers, animaux, ciel... Lorsque je le questionne pour savoir la façon dont il s'est décrit, il semble hésitant. Il m'explique s'être dessiné quelques mètres en dessous du sommet. Il annonce alors au groupe qu'il a dessiné un personnage volumineux, lui-même. J'imagine qu'il représentait ses propres contours lorsqu'il appuyait intensément sur son pinceau, car il précise que « sa charpente était certes grosse mais particulièrement solide. » Il m'explique que représenter son corps lui a demandé un temps considérable, et qu'il avait rayé certaines de ses tentatives car ils ne les jugeaient pas assez fidèles à la réalité.

Mme L semble plus encline à partager son expérience. A l'instar de Mr M, elle m'explique avoir ressenti beaucoup de plaisir à pouvoir peindre sans contrainte, libérée des contraintes physiques et guidée par son imagination. Elle mentionne cependant une contrainte liée à cet exercice inédit pour elle: la difficulté de garder à l'esprit la toile que l'on est en train de peindre, sans trace réelle pour poursuivre son travail. Elle m'explique alors avoir cessé de réfléchir et de contrôler sa peinture : elle avait décidé de peindre tout simplement. Ceci explique probablement les gestes assez déliés qu'elle produisait. Le lâcher-prise lui avait permis de s'apaiser psychologiquement et cela s'exprimait sur le plan moteur, à travers une motricité fluide et harmonieuse. Mme L poursuit le récit de son expérience et confie avoir « triché ». Pour clarifier son propos, elle m'avoue avoir regardé à plusieurs reprises les vêtements qu'elle portait et la disposition de la salle. Quand je lui précise que cela n'a rien à voir avec la triche, elle semble surprise et me confie qu'elle pensait que cet exercice était fait pour développer la mémoire. La peur de perdre la mémoire étant très présente chez Mme L, je comprends alors qu'elle cherche fréquemment à travers les activités proposées une manière de la stimuler. Elle était donc très concentrée sur l'instant présent, cherchant à retranscrire la scène actuelle, dans l'ici et maintenant, un exercice difficile, mais qui lui a permis d'être très à l'écoute de ses sensations et attentive à son environnement. Elle poursuit la description de sa peinture, et raconte que se représenter actuellement l'avait contrariée. Elle parle alors de sa coiffure qu'elle n'aime pas, de sa petite taille, de son allure voûtée et de sa peau ridée. Elle a donc délaissé son portrait actuel pour se représenter à côté lorsqu'elle était plus jeune, avec son mari. Lorsqu'elle prononce ces mots, un grand sourire éclaire son visage, et cela explique pourquoi elle semblait plus apaisée lorsqu'elle s'est éloignée du centre de la toile, délaissant sa représentation actuelle au profit de ce à quoi elle ressemblait dans ses jeunes années.

D) Synthèse

En conclusion, le mime adapté à la psychomotricité a été l'occasion pour M. M et Mme L de faire de nombreuses expériences et de pouvoir mettre du sens sur leurs éprouvés. Je vais réaliser la synthèse des progrès qu'ils ont effectués au sein de cet atelier.

1. La synthèse de Mr M

M. M a réalisé un travail conséquent sur la conscience de sa respiration. Il pense à inspirer et expirer profondément pour se recentrer. Progressivement, il parvient à synchroniser mouvement et respiration, ce qui lui confère un contrôle moteur plus précis, fin et adapté. Il est également capable de procéder à des ajustements posturaux selon l'activité qu'il pratique : redressement volontaire, tenue de tête, conscience du bassin et de son axe.

Il continue à développer l'écoute de son corps et il identifie plus précisément les zones qui sont en tension, afin de pouvoir progressivement accéder à une détente. Il commence à établir des liens entre son état corporel et psychique. A titre d'exemple, il a bien compris que les tremblements de ses doigts étaient majorés par le stress ou la frustration. Le soutien et la bienveillance dont a fait preuve le groupe à son égard lui ont permis de se sentir en sécurité dans cet atelier. Certains propos des résidents l'ont rassuré et il n'a plus ressenti le besoin de dissimuler ces tremblements. Paradoxalement, c'est lorsqu'il accepte que les tremblements font partie de lui que ces derniers ont tendance à s'atténuer : une intéressante forme de travail sur soi. Cependant, s'exposer au regard des autres reste un exercice délicat pour lui. Il a également pu travailler sur la qualité de ses appuis au sol, pour pouvoir se mouvoir avec plus de sécurité.

Mr M a pu s'approprier son propre rythme et développer des stratégies pour le moduler selon ses besoins. Les capacités de concentration de Mr M ont été sollicitées, il a apprécié rester concentré sur une seule tâche pendant un long moment et de manière soutenue. Ses possibilités de communication s'en trouvent étoffées, il a pu, sans recourir à la parole, entrer en contact avec les autres résidents, en mobilisant des capacités de lecture et d'ajustement tonique de qualité. Pour compenser l'utilisation restreinte de la parole, il a investi davantage son corps afin de le rendre plus expressif et a découvert la vaste palette de mouvements qu'il lui était possible de réaliser.

Enfin, il se concentre davantage sur ses perceptions et sensations afin d'évoluer de manière adéquate au sein de son environnement. Il a également été reconnu en tant que

pair dans le groupe. Il a ainsi pu se sentir considéré comme une personne à part entière, dans toute son individualité. Il continue à construire son identité, soutenu et étayé par le regard des autres. Il a également pu investir cet espace comme un lieu de socialisation. Il a pu créer des liens au sein du groupe et les transposer à l'extérieur de la salle. Il se connaît mieux dans le mouvement, est conscient de son propre rythme et a affiné la connaissance qu'il a de sa façon de se mouvoir. Il s'est découvert une certaine impulsivité, qu'il est à présent capable de contrôler pour pouvoir s'adapter à l'autre. Mr M a également progressé sur ses capacités d'écoute. Il est désormais plus attentif aux autres, capable de freiner son impulsivité pour pleinement recevoir, et entrer en relation avec le groupe.

Partager des souvenirs, ressentis, émotions et compétences autour de la pratique professionnelle et sportive a contribué à renforcer l'assise identitaire de Mr M. Il dispose d'un vaste panel de gestes techniques hérités des différents sports qu'il a pratiqués et c'est avec fierté qu'il a pu faire la démonstration aux autres de son expertise dans ce domaine.

Les souvenirs dans lesquels il a puisé pour soutenir sa motricité et réaliser les exercices ont permis de raffermir le lien entre son identité passée et actuelle. L'image du corps de Mr M reste cependant fragilisée, même s'il a conscience de ses progrès. Il aimerait surtout perdre du poids et avoir un ventre moins bombé car cela entrave sa mobilité.

2. La synthèse de Mme L

Mme L a effectué des progrès considérables au sein de cet atelier. Sa place s'est progressivement affirmée au sein du groupe. Dans un premier temps, elle occupait une place d'observatrice, et s'exposait assez peu au groupe par peur de mal faire ou de ne pas être à la hauteur. Au fil des séances, la cohésion de groupe s'est renforcée et les liens entre les participants se sont développés. Profitant de la bienveillance des participants, Mme L s'est de plus en plus investie dans les séances. Avec les progrès qu'elle effectuait, elle participait davantage et s'est mise à son tour à encourager et à guider les autres.

Elle a également développé sa capacité de concentration. Grâce à l'attention et à l'écoute qu'elle a su porter à elle-même et au reste du groupe, elle a pu garder le contrôle de ses pensées et s'ancrer dans l'ici et maintenant, une expérience très satisfaisante pour elle.

Certains exercices lui ont permis d'explorer des souvenirs qu'elle pensait profondément enfouis, et cela a été accompagné de nombreuses émotions assez intenses. Elle a donc pu renouer avec certaines données de son passé, tentant de concilier celle qu'elle était, est, et sera. La satisfaction qu'elle a ressentie à présenter son métier aux autres s'est couplée avec celle d'avoir conservé des traces du métier qui fut le sien. Un constat plus que rassurant pour Mme L qui craint de perdre son identité, ainsi que les éléments qui font d'elle la personne qu'elle est. L'impossibilité d'avoir recours à la parole pendant les séances l'a contrainte à développer de nouvelles stratégies de communication. Mme L dispose donc d'un nouvel arsenal de communication car si la parole fait défaut, le corps reste. Cela a partiellement diminué l'anxiété ressentie lors des troubles phasiques qu'elle manifeste.

De plus, le fait d'avoir participé régulièrement à l'atelier et d'avoir effectué un point sur les progrès accomplis à chaque séance lui a redonné confiance en ses capacités. Ainsi, lorsque des résidents participaient de manière ponctuelle à l'atelier, par curiosité ou parce que leur état du jour le leur permettait, Mme L se sentait en position d'experte, et n'hésitait pas à prodiguer conseils et encouragements aux autres : elle s'en trouvait ainsi valorisée et cette attitude démontrait une amélioration de son estime personnelle. C'est dans cette dimension que la prise en charge groupale a été bénéfique pour elle. Elle a ainsi pu évoluer avec et grâce au groupe. Le regard des autres participants a permis d'étayer son image de soi. Mme L s'est inscrite dans le groupe, s'est individualisée au fil de l'année, et s'est rendue unique.

Les liens qu'elle a pu créer avec certains des résidents, notamment avec Mr M, se sont étendus au-delà de la salle de thérapie. J'ai appris et constaté que depuis plusieurs semaines, Mme L et Mr M prennent leur petit-déjeuner ensemble. Un début d'amitié s'est installé entre elle et un autre résident, récemment arrivé dans l'établissement. Elle le guide, le conseille et

l'accompagne lors de sa prise de repères dans l'établissement ils passent un temps considérable ensemble, que ce soit en atelier thérapeutique ou pendant leur temps libre.

Elle a en outre réussi à développer des stratégies personnelles pour contrer l'angoisse qui l'assaille occasionnellement, et parvient à garder plus facilement le contrôle de ses émotions lors de l'émergence des délires de persécution qui survenaient peu de temps avant le début de l'atelier. Le mime a en plusieurs occasions sollicité sa mémoire. Elle tente régulièrement d'établir des liens entre les activités qu'elle pratique, pour poursuivre son développement personnel et atteindre les objectifs qu'elle se fixe.

Elle a, tout au long des séances, effectué un travail sur la prise de conscience de sa posture. Un de ses buts était d'améliorer sa posture, et de soigner la façon dont elle se présentait aux autres, pour bénéficier d'une certaine prestance, à la manière des comédiens. Elle a donc effectué de grands progrès dans la conscience de son bassin, de son axe et de ses appuis au sol, démontrant une écoute plus active de son corps.

Mme L prête aujourd'hui plus attention à sa mémoire perceptive. Découvrir que sa mémoire n'était pas limitée à la mémoire épisodique l'a rassuré. L'important de ce travail a été de lui faire réaliser les capacités qui étaient préservées chez elle. La reviviscence des souvenirs a servi à relier sa vie antérieure avec sa vie actuelle au sein de l'institution.

Cependant, elle peine encore à réconcilier celle qu'elle était autrefois avec la femme qu'elle est aujourd'hui. Le travail de deuil de son corps idéal n'est pas encore finalisé. Même si Mme L investit davantage son corps pendant les séances, il lui est toutefois difficile d'accepter son corps vieillissant. Son estime personnelle reste fragilisée et elle peut se décourager assez facilement. Mme L a parfois des difficultés à se rendre seule en atelier : elle peut oublier l'heure ainsi que le lieu du rendez-vous. Il est parfois nécessaire d'aller la chercher en chambre et de l'accompagner jusqu'en salle.

PARTIE III

DISCUSSION

III. Discussion

A) La place du silence

Parmi les nombreuses particularités du mime, on trouve bien évidemment la présence du silence. Le silence, dérivé de la locution latine « sillentium », se réfère à l'origine à l'état de celui qui s'abstient de parler. Dans son sens le plus courant aujourd'hui, ce terme se réfère à l'absence de bruit. Sujet à de nombreux fantasmes, le silence est un terme aujourd'hui porteur d'une certaine ambiguïté. On le dit à la fois salvateur, propice à la méditation et au recentrage sur soi, mais également destructeur, apparenté à la mort et à l'absence de communication.

Que signifie donc le silence pour l'être humain ?

Les derniers mots prononcés par Hamlet, personnage iconique créé par Shakespeare, avant de mourir sont : « *Le reste...est silence.* » (1599-1601, Acte 5, Scène 2). On peut aisément interpréter cette phrase comme une analogie entre le silence et la mort. En effet, dans la mort ce sont à la fois les absences de tonus musculaire, de respiration et de bruit qui priment. Ce lien expliquerait donc en partie pourquoi le silence peut être si dérangent pour certains. Cependant en anglais le terme « rest » est porteur d'un double sens puisqu'il signifie « le reste » mais également « le repos ». La phrase prend alors un autre sens et démontre que c'est dans le silence que l'on trouve le repos, état propice à développer l'écoute de soi et des autres.

Nous allons étayer cette réflexion sur le silence en nous interrogeant sur la parole. La parole, définie par P. Breton et D. Le Breton peut se comprendre comme « *cet instrument précieux qui nous lie aux autres : elle est au coeur de toutes les relations sociales : en ce sens elle est fondatrice de la condition humaine.* » (2009, p.8). Ainsi l'absence de parole se voudrait donc comme la rupture de la communication entre êtres humains, voire comme une perte de l'identité sociale. On comprend ainsi mieux comment le silence peut être menaçant et déstructurant pour l'humain.

Pourquoi dans ce cas avoir choisi le mime comme médiation thérapeutique, si le silence est si destructeur ?

Tout d'abord il est nécessaire de s'interroger sur la place de la parole dans notre société. P. Breton et D. Le Breton définissent la parole comme « *l'ensemble de ce que nous avons à dire du monde, à dire au monde, à nous dire à nous-mêmes.* » (ibid. p.23). Mais que faire de ceux qui n'ont pas ou ont perdu l'usage de la parole ? Ceux pour qui le verbe a perdu son sens ? Notre époque est entre autres caractérisée par la profusion de la communication sous toutes ses formes. La communication, relayée par les médias, les publicités et les réseaux sociaux de plus en plus développés, se veut efficace et invasive. La parole couplée à ce type de communication prend un statut étouffant. Celui qui ne fait que parler n'est alors plus en mesure d'écouter et d'entendre l'autre.

Bien que le premier réflexe serait de concevoir silence et parole comme deux termes diamétralement opposés, nous pouvons au contraire les inclure dans un espace de réciprocité : « *Le silence est nécessaire à la parole, il introduit un espace de respiration, de méditation. Il est le souffle des conversations et leur tempo.* » (Breton & Le Breton, ibid. p.9). Cependant le silence tend à être écrasé par l'omniprésence du bruit.

A la lumière de ces réflexions, je choisis certes de privilégier le silence, mais pas d'exclure la parole. La parole constitue dans la conception commune une des formes de communication les plus efficaces. Cependant, en tant que futur psychomotricien, le premier outil de communication n'est pour moi pas la parole, mais le corps, notre « *souche identitaire* » (Breton & Le Breton, ibid. p.7). Le choix de laisser sa place au silence devient alors plus clair, car lorsqu'on ne peut plus avoir recours à la parole, c'est le corps qui prend le relais. Le corps redevient cet outil privilégié de communication. Le silence est alors l'occasion d'écouter et d'entendre, pas seulement les autres, mais également soi. Les vertus que procure le silence sont à mon sens une meilleure écoute de soi et de l'autre, une capacité de concentration accrue, et un moyen de mettre le langage de côté pour redonner au corps sa juste place : celui de messenger de l'identité et de l'expression de soi. Je précise enfin que la parole était donnée aux résidents à la fin de chaque activité, qui pouvaient alors mettre des mots sur leurs maux.

Afin de conclure cette réflexion, je me réfère alors aux écrits de S. Conein-Gaillard pour qui le mime permet « *la découverte de soi pour ensuite apprendre à être à l'écoute de l'autre. C'est redonner au corps sa véritable place : celle d'interprète, non pas dans le sens représentation théâtrale, mais de représentation de soi dans toute son expression vraie et spontanée. C'est apprendre à vivre son corps autrement en s'exprimant plus librement, et en allant grâce au mouvement vers une conscience d'être différente et un meilleur contrôle de soi.* » (2011, p.44).

B) Emotion et mémoire dans l'accompagnement psychomoteur du sujet âgé

B. Giffard et B. Lechevalier (2006) développent dans leurs travaux la corrélation entre émotions et cognition. Pour rappel le système limbique, dont une des fonctions est la régulation émotionnelle, est composé principalement de l'hippocampe, de l'amygdale, le fornix, l'hypothalamus, le gyrus cingulaire. Le cortex orbitofrontal est souvent considéré comme faisant partie du système limbique puisqu'il est impliqué dans les émotions et le système de récompense. L'amygdale (ainsi que les autres structures constituant le système limbique) joue un rôle important lors de l'encodage, le stockage et le rappel des souvenirs émotionnels. Notons que l'amygdale agit davantage comme un réhausseur des souvenirs émotionnels négatifs et positifs. Le cortex orbitofrontal, quant à lui, tient un rôle dans la mémorisation des souvenirs liés aux récompenses et aux punitions.

En 2013, A. Sava et H. Chainay indiquaient qu'il existe une meilleure récupération des informations émotionnelles que neutres. Selon ces auteures, on peut décrire l'expérience émotionnelle selon deux caractéristiques : la valence (neutre, positive ou négative) et son intensité. Il existe une relation entre les structures impliquées dans la mémoire et celles impliquées dans le traitement émotionnel. L'amygdale joue un rôle fondamental dans la mémorisation des informations émotionnelles, car elle s'active lors de l'encodage, de la consolidation et de la récupération de ces dernières. Le rôle joué par l'amygdale dans ces processus est lié à la valence et à l'intensité de l'expérience émotionnelle. Au cours du

vieillesse normale, cette structure est relativement préservée. Mais qu'en est-il des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer ? En effet, on peut observer une réduction du volume amygdalien chez le patient atteint et se demander quels en sont les impacts.

L. Carstensen (2003) fait apparaître une autre spécificité du sujet âgé à travers ce qu'elle nomme la « sélectivité socio-émotionnelle ». Le sujet âgé aurait tendance à se concentrer davantage sur les stimuli positifs que négatifs. En effet, lorsque les limites temporelles sont envisagées comme proches, le bien-être émotionnel devient la priorité. On peut d'ailleurs observer que lors de l'encodage d'expériences émotionnelles positives, l'activité du cortex préfrontal est plus importante chez le sujet âgé que chez le sujet jeune. A. Sava et H. Chainay (2013) démontrent que malgré une réduction du volume amygdalien dès les stades précoces de la maladie, le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer n'éprouve pas de difficultés particulières dans l'identification et le traitement de l'information émotionnelle. Les expériences révèlent que la mémoire émotionnelle implicite est déficitaire. Les effets de l'émotion sur l'amélioration des performances mnésiques n'ont pu être observés. En ce qui concerne la mémoire épisodique, les résultats sont moins concluants. Les auteurs s'accordent cependant à dire que chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer l'effet des émotions sur la mémoire émotionnelle peut s'observer pour des événements ayant une importante valeur personnelle pour le sujet. Des résultats comparables sont observés pour la mémoire de travail. Il semblerait donc qu'une expérience émotionnelle intense, couplée à une forte valeur personnelle puisse être récupérée plus facilement qu'une expérience neutre pour les patients atteints.

Pour résumer, l'émotion occupe une place importante dans la prise en charge psychomotrice, et dans le soin en général. Elle est fondamentale pour permettre l'alliance thérapeutique et la rencontre entre psychomotricien et patient. La spécificité de cette rencontre psychomotrice est que le thérapeute rend son corps disponible pour que lui et le patient puissent vivre ensemble. Cet accordage tonico-émotionnel favorise alors l'émergence d'expériences nouvelles. La singularité des expériences proposées est vectrice d'émotions qui,

selon leur intensité et la valeur que leur accorde le patient pourront consolider l'efficacité des processus mnésiques. Dans cette perspective, il sera plus aisé de laisser une trace de ce qui a été vécu en séance, contribuant ainsi à poursuivre le développement psychomoteur du patient. En psychomotricité « *soigner représente un jeu complexe où se mêlent connaissances théoriques, compétences techniques et capacités empathiques. Dans cette dynamique, s'occuper de l'autre signifie porter attention à son langage du corps, en l'ouvrant vers le langage des mots. Les émotions apportent une signification aux sensations et aux actions en les transformant en expériences, reliées au passé, contribuant à renforcer l'identité individuelle et sociale. Elles influencent la mémoire, facilitent les rappels en les contextualisant.* » (Boscaini & Saint-Cast, 2010, p.84).

C) Mon cadre en psychomotricité

Le cadre thérapeutique est un aspect fondamental de la prise en charge psychomotrice, c'est pourquoi je souhaite en discuter dans cette partie. Ma position de stagiaire et d'encadrant de l'atelier de mime adapté à la psychomotricité a engendré un cadre particulier dont je vais m'efforcer d'analyser les modalités.

1. Le cadre spatial

La thérapie psychomotrice se situe toujours dans un espace délimité. Il est préférable que le lieu de la thérapie psychomotrice ne change pas, afin de créer des repères fixes pour le patient. Le rôle du cadre spatial est de constituer un lieu qui pourra accueillir les diverses expériences vécues. Il doit donc représenter une sécurité pour le patient, tant sur le plan physique que psychique pour lui permettre de pouvoir exprimer pleinement son vécu.

J'ai eu la chance de pouvoir proposer les séances de mime dans la même salle d'atelier, facilitant ainsi la prise de repères pour les résidents. J'ai remarqué que le fait de connaître la salle, le déroulement chronologique de la séance et la répétition d'activités avaient un véritable effet sur l'apaisement des résidents. Ainsi, le cadre spatial remplissait sa fonction contenante.

Cependant cette salle était également utilisée par d'autres professionnels à d'autres fins, notamment pour les réunions d'équipe afin de discuter des projets de vie et thérapeutiques des résidents. C'est également cette salle que la zoothérapeute utilisait lorsqu'elle ne se rendait pas directement dans les chambres des résidents. Elle était également utilisée en cothérapie avec le kinésithérapeute dans le cadre des ateliers équilibre et de prévention des chutes, perdant ainsi son statut de « salle dédiée à la psychomotricité ».

Le cadre thérapeutique comporte une double facette spatiale : il est à la fois constant (par la répétition du lieu où se produit la rencontre) et changeant (par les modifications possibles de son architecture interne). Cette double caractéristique permet donc à la fois d'ancrer le patient à travers la permanence du lieu et de l'ouvrir au changement, à l'image de la variété des expériences qu'il pourra effectuer. L'aménagement de la salle a fait l'objet de plusieurs réflexions de ma part car avec le temps le nombre de participants augmentait. J'ai finalement opté une disposition en cercle à l'instar de la façon dont procédaient mes enseignants lors des travaux dirigés. Chaque résident faisait ainsi partie du groupe, pouvait voir et être vu par tout le monde. Je suppose que j'ai moi-même ressenti le besoin de me rattacher à ce que je connaissais pour recréer des repères connus et sécurisants.

2. Le cadre temporel

Le cadre temporel possède un aspect persistant car dans l'idéal, les séances ont lieu à un horaire régulier, afin d'instaurer une routine chez le patient. Les habitudes se retrouvent dans la structuration de la séance : celle-ci débute toujours par un échange verbal sur l'état du jour, suivi d'un temps de réveil corporel, puis de l'activité dominante en lien avec le projet thérapeutique et enfin d'un temps de verbalisation.

L'importance de ces rituels d'entrée et de clôture n'est pas à sous-estimer. La régularité des séances contribue à créer des repères temporels chez le patient. Chez le sujet âgé, la désorganisation temporelle est fréquente, ainsi il est fondamental de contribuer à structurer le déroulement temporel d'une journée pour rassurer, sécuriser et offrir au patient la possibilité de se situer dans le temps. La notion de continuité doit impérativement être prise

en compte par le psychomotricien. J'ai pu constater le besoin de ressentir une continuité et une régularité dans les suivis proposés chez les résidents. Malheureusement, les nombreux imprévus survenant dans une journée au sein d'une structure de soin m'ont en plusieurs occasions contraint à ne pas pouvoir proposer la séance de psychomotricité à l'heure prévue. Cela perturbait certains résidents et faisait resurgir de l'anxiété. M. M par exemple, craignait qu'une séance retardée l'empêche de se rendre à temps au réfectoire pour le dîner. Je réalise alors l'importance capitale de s'efforcer de maintenir les séances à un horaire régulier lorsque cela est possible.

3. Le cadre humain

Le thérapeute, ici le psychomotricien, encadre la séance. Il peut être accompagné par un autre membre du personnel soignant, nous parlerons dans ce cas-là de cothérapie. Dans mon cas, bien que seulement stagiaire, j'étais responsable de l'atelier de mime. J'ai été en quelques occasions accompagné par la psychologue, ainsi que par ma maître de stage.

Le thérapeute possède une double identité, à la fois changeante et persistante. Toujours dans une logique de continuité, le thérapeute doit être le même pour un suivi efficace du patient et pour maintenir les repères de celui-ci. Il constitue une des clés de voûte du processus thérapeutique. Il demeure celui qui offre la possibilité de vivre des expériences uniques et de pouvoir mettre des mots sur celles-ci. Il assume ainsi le rôle de garant du cadre, en toutes circonstances. « *L'implication et l'engagement corporels du psychomotricien sont un pivot essentiel des suivis proposés. Il est le corps « référent » et peut devenir support d'identification pour le patient. C'est un point d'ancrage important* ». (Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019, p.303). Ainsi, un des aspects fondamentaux dans la démarche thérapeutique est que le corps du psychomotricien fasse office de référentiel pour les patients.

Cependant, un être vivant est soumis au changement de manière continue. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne le psychomotricien. Sans cesse en train de s'ajuster, de moduler sa posture, de se modifier et se reconstruire, le psychomotricien est passé maître dans l'art de l'adaptation. Le but de toutes ces modifications est d'entrer en relation de

manière optimale avec son patient, via le dialogue tonique. Ainsi, je n'ai eu de cesse d'alterner entre référentiel stable et changeant, afin de m'ajuster au mieux aux résidents. Plus l'année passait, plus j'évoluais vers une posture professionnelle, poursuivant ma formation et mon développement. Etre stagiaire en dernière année d'étude est un statut qui comporte une certaine ambivalence qui peut à l'occasion être déroutante puisque l'on se situe à la frontière entre thérapeute et étudiant.

4. Le groupe et la fonction contenant:

Dans les modalités de prise en charge, j'ai décidé de faire bénéficier les résidents d'un suivi groupal en psychomotricité. La plupart de leurs projets personnels indiquaient qu'il était nécessaire de favoriser la socialisation. Désireux que les résidents puissent créer et nouer des liens entre eux, la prise en charge groupale me semblait alors indiquée. L'identification aux pairs et l'évolution sous le regard des autres me paraissaient en outre être d'excellents moyens de poursuivre son développement personnel ainsi que de renforcer l'estime de soi, pour peu que le groupe soit suffisamment contenant, bienveillant et sécurisant. J'ai pu constater des différences interindividuelles, certains résidents manifestant de l'inquiétude quant à l'idée d'être un frein à l'évolution du groupe, tandis que d'autres se faisaient un plaisir d'être inclus. En référence aux travaux de D. Winnicott (1989), le groupe permet également de travailler « *la capacité d'être seul en présence de l'autre* » un mouvement d'intégration de soi chez l'enfant. Selon lui, l'acquisition de cette capacité témoigne de la maturité du développement affectif de l'individu. Même si les travaux de D. Winnicott s'orientaient principalement autour du développement de l'enfant, il me semble que cette capacité mérite d'être maintenue chez la personne âgée qui est fréquemment exposée à un sentiment de solitude. C. Potel définit le groupe comme un « *Tissu groupal, relationnel qui a cette capacité de tenir bien serré, bien au chaud, à condition que les repères et le cadre tiennent bon et que le maillage soit suffisamment solide, ferme, sans être par trop rigide.* » (2009, p.79-89). Le groupe permettait ainsi de contenir, limiter et tisser des liens entre ses participants. C'est au thérapeute qu'incombe le rôle de garantir le cadre pour permettre ce procédé.

D) Des espaces cloisonnés

Je souhaite à présent discuter d'un défi de taille auquel j'ai souvent été confronté lors de mes stages. Il s'agit d'une source de questionnement récurrente, dont j'ai parlé aussi souvent que possible avec mes maîtres de stage et avec l'ensemble du personnel soignant que j'ai pu rencontrer lors de ces trois années d'étude. Le sujet dont je souhaite discuter est le transfert des compétences apprises en séance à l'extérieur de la salle.

1. Ce qui se passe dans la salle reste dans la salle

A force de travail et de persévération, les participants de ce groupe sont à présent bien plus attentifs à eux-mêmes, la façon dont ils s'organisent pour se mouvoir, ainsi qu'à leur environnement. Il a été généralement bien intégré que le mime nécessitait une certaine discipline ainsi qu'une écoute active de soi. Tous se sont efforcés d'adopter cet état de conscience bien particulier. Cependant, j'ai pu le constater, cette écoute si particulière, à la reconquête de son corps prend fin une fois la séance terminée. J'ai pu par exemple observer une patiente porter une attention toute particulière à sa posture pendant la totalité de la séance pour finalement s'enfoncer dans son fauteuil comme si elle se laissait couler dedans, et quitter la salle pour regagner sa chambre en effectuant ses habituels petits pas, bien que cette dernière ait été capable d'effectuer l'exercice de la marche complète avec une adresse notable. J'ai eu la nette et dérangeante sensation que les acquis, le travail et les progrès n'étaient effectués que pendant ce court laps de temps que représentait la séance de mime. Ceci était fondamentalement dérangeant pour moi, car tout l'intérêt de ce que je proposais était de pouvoir le transférer à l'extérieur de la salle, afin que les patients puissent évoluer de manière plus libre et variée dans leur environnement. L'intérêt de les voir progresser et prendre du plaisir uniquement dans cette salle me semblait soudain très limité.

2. L'utilisation hors des murs

Alors comment procéder pour que les apprentissages se poursuivent en dehors de la salle?

J'ai tout d'abord demandé aux participants de retravailler certains exercices abordés dans la séance. Je prétextais que puisque la fréquence de nos sessions était moindre, je tenais à ce qu'ils entretiennent ce qui était abordé dans leurs chambres, à la manière d'étudiants à qui l'on donnait des devoirs pour travailler efficacement lors du prochain cours. Je ne saurais dire avec certitude si cela a été fait avec rigueur, mais cela constituait déjà pour moi un moyen de décroiser les espaces.

Ma seconde action a été de réactiver ce que nous avons pu pratiquer lors des séances en dehors de la salle, lors de moments informels : par exemple lorsque je discutais avec les résidents au sein de leurs chambres ou encore dans les lieux communs.

Enfin, la dernière mesure que j'ai mise en place a été de faire en sorte que les activités abordées en mime puissent toujours être reliées à la vie quotidienne des résidents. Ce qui compte le plus dans une séance, ce n'est pas tant la performance, mais que le patient puisse s'approprier ce qui est vécu. Un des aspects fondamentaux dans la thérapie est que le patient puisse faire du lien entre les séances et sa propre vie. Dans le cas contraire, ce que l'on propose, même si le patient peut y trouver du plaisir, se rapproche plus de l'occupationnel que du soin. J'ai ainsi progressivement amené les résidents à chercher le sens de ce que nous pratiquions, et quand le besoin se faisait sentir, je les aidais à faire du lien. Cette démarche m'a amené à envisager la construction des séances différemment, afin de toujours proposer une activité qui pourrait s'inscrire dans leur quotidien. A titre d'exemple, la prise de conscience et les ajustements de la posture peuvent réduire les risques de chute, le travail sur la respiration peut permettre de gérer son anxiété dans les situations de stress, solliciter la motricité fine et les coordinations oculo-manuelles peut aider le résident à préserver son autonomie lors de la réalisation des actes de la vie quotidienne comme se laver les dents, prendre son petit-déjeuner, ou se maquiller. Chaque exercice a été ainsi présenté dans le but de servir une fois la séance de psychomotricité terminée.

E) Mesurer l'évolution des patients :

Tenter d'établir l'évolution des patients ne fut pas chose aisée.

Tout d'abord, il est difficile d'estimer les effets attribuables au seul atelier de mime. L'évolution des patients imputable au temps ainsi qu'à la progression de la maladie n'était naturellement pas à mettre de côté. De plus, il était nécessaire de prendre en compte les autres suivis dont bénéficiaient les résidents le reste de la semaine en psychomotricité, kinésithérapie, psychologie...

D'autre part, la fréquence à laquelle avait lieu cet atelier (1h par semaine) était à mes yeux insuffisante pour que les résidents puissent en tirer des bénéfices applicables sur le long terme.

J'ai en revanche pu observer l'évolution des patients progressivement au sein de l'atelier. Certaines séances m'ont particulièrement marqué, tant par les temps de verbalisation qui consolidaient ce qui avait été vécu pendant la séance que par l'habileté dont faisaient preuve les résidents.

L'arrêt prématuré de mon stage en raison des circonstances particulières de cette année ne m'a pas permis de faire repasser l'Examen Géro-psycomoteur aux résidents. Je ne bénéficie donc pas de résultats selon des tests étalonnés qui pourraient prouver une amélioration dans certains items psychomoteurs suite à l'atelier que j'ai proposé. J'ai cependant tenté de rester le plus fidèle possible à la réalité de ce que j'ai pu observer en séance, même si conserver une objectivité quant aux résultats obtenus s'est avéré ardu. Je désirais intensément que mes séances et le travail accompli tout au long de l'année puissent s'avérer bénéfiques pour les patients. Ma subjectivité en tant que stagiaire psychomotricien était présente, puisque soumise à mes ressentis et à mes attentes. Dans cette perspective, je souhaitais voir apparaître des progrès, même infimes et j'ai à plusieurs reprises eu besoin d'un avis extérieur des professionnels de santé exerçant au sein de la structure pour m'assurer que mon regard sur le développement des résidents n'était pas biaisé par mes attentes.

Enfin, les progrès n'ont pas été accomplis de manière linéaire, puisque l'état émotionnel et corporel des résidents était variable d'une séance à l'autre. La séance de mime adapté à la psychomotricité avait lieu à 17h, pour des raisons d'emploi du temps. Cet horaire

n'était pas idéal selon moi pour plusieurs raisons. Tout d'abord, à cet horaire de nombreux résidents ressentait une certaine fatigue, car nous approchions de la fin de leur journée. Ensuite, c'est vers cette heure que j'ai pu observer à plusieurs reprises lors de ce stage une recrudescence des symptômes psycho-comportementaux, me contraignant à ne pas pouvoir proposer de séance car le résident n'était pas en mesure d'y assister. Enfin certains traitements médicamenteux dont bénéficiaient les résidents avaient des effets secondaires indésirables qui impactaient leur disponibilité et leur bien-être.

F) Les limites de la psychomotricité

La notoriété de la psychomotricité est de plus en plus importante et son efficacité est prouvée auprès de publics de plus en plus variés. Cependant elle possède également ses limites. Un suivi efficace ne saurait exister sans une alliance thérapeutique de qualité et la complexité de la personne humaine n'est plus à démontrer. Il faut proposer au patient des expériences qui le touchent et ont du sens pour lui, sans quoi les progrès observés seront modestes et se limiteront au cadre de la séance. D'autre part la prise en charge groupale, bien qu'utile dans de nombreux cas, peut s'avérer complexe. Il est en effet nécessaire de penser des projets thérapeutiques propres à chacun et de mettre en place de la différenciation dans la prise en soin mais comment procéder pour respecter l'individualité de chacun au sein d'un groupe ? Le risque d'orienter une séance vers un axe thérapeutique global et donc moins adapté car moins spécifique est ainsi présent. D'autre part, l'engagement corporel et psychique dont fait preuve le psychomotricien l'amène lui-aussi à se confronter à ses propres limites, selon sa personnalité et ses expériences de vie. Enfin, bien que trouvant ses racines dans de nombreuses disciplines, la psychomotricité ne saurait être sans l'existence des autres professions de santé : le travail en interdisciplinarité ne doit pas être mis à l'écart afin de continuer à s'enrichir mutuellement.

G) Le deuil du sujet âgé

A. De Broca décrit le deuil comme étant le fait d'un être vivant. Il correspond à la perte brutale de repères fondamentaux et constitue «*un véritable traumatisme psychique et*

physique» (2006, p.8). E. Kubler Ross (1969) décrit cinq phases: le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Précisons que le travail de deuil ne s'effectue pas de manière linéaire mais doit être plutôt envisagée comme une spirale : les phases d'amélioration suivent des moments d'effondrement et ainsi de suite. Il est difficile de situer la fin du processus de deuil, car l'endeuillé conservera toujours une trace de cet événement, au niveau psychique, physique et social.

La personnalité est la résultante de l'organisation dynamique des différentes composantes fonctionnelles (émotionnelles, intellectuelles, gestuelles, mimiques, morphologiques, biologiques, historiques, personnelles) et constitue l'originalité d'un individu. Le deuil menace l'ensemble de la structure de la personnalité. Pour faire face à cet événement destructeur, l'individu a recours à ses systèmes de défense archaïques, les moins coûteux en énergie psychique. Selon A. De Broca, les traits prédominants de la personnalité dans le travail du deuil seront exacerbés et amèneront le sujet à répondre de manière très singulière, considérée parfois comme anormale par l'environnement. L'équilibre sensori-tonique décrit par H. Wallon (1933) comme « *l'état interne de l'organisme qui permet de recevoir sans désorganisation les signaux de l'extérieur* » est rompu dans le cas du deuil. Le déséquilibre qui en compromet les capacités d'adaptation à l'environnement. A. De Broca compare le deuil à une plaie car pour lui cet événement induit une véritable amputation d'une partie de soi, sans possibilité de revenir à la situation antérieure. Il génère également un fort sentiment d'abandon car l'endeuillé perd à la fois des figures aimées mais aussi aimantes. L'apport de cette tendresse est brutalement interrompu et dévalorise l'image de soi. La perte d'un proche correspond à la perte d'une relation avant tout d'ordre sensoriel comme l'explique A. De Broca : « *le décès d'un être cher interrompt cette relation sensorielle et l'endeuillée peut se demander qui va désormais lui renvoyer des informations indispensables à la perception de sa propre existence.*» (2006, p.75). Il est nécessaire d'avoir été sensibilisé aux deuils et à ses conséquences, d'en comprendre les mécanismes afin de pouvoir se faire une idée plus précise de ce à quoi certains patients font face. Une attitude d'écoute est à privilégier, pour recréer un espace de communication entre patient et soignant et tenter de

compenser les liens affectifs, sociaux et sensoriels qui ont été brisés. G. Le Gouès écrit à ce sujet que « *La meilleure façon de conserver plus longtemps une jeunesse mentale semble liée à la capacité de se forger des représentations nouvelles, notamment de nouvelles représentations de soi* » (1974, p. 13). Aussi le « *vieillissement bien tempéré* » est-il lié à « *l'habileté du sujet vieillissant à se placer dans le carrefour interactif qui lui est favorable, ni trop excitant ni pas assez* » (ibid. p. 19). L'accompagnement psychomoteur s'organisera alors autour de la construction de nouvelles représentations de soi pour la personne âgée, grâce à la possibilité de vivre des expériences uniques en impliquant son corps, et d'offrir un espace pour pouvoir mettre du sens sur ce qui a été vécu, et contribuer ainsi à l'unité psychocorporelle.

H) Un deuil psychomoteur ?

Il ne s'agit pas d'un item psychomoteur à proprement parler. Cependant, les recherches effectuées sur le travail du deuil chez la personne âgée m'ont amené à m'interroger sur ce sujet. On ne peut exactement parler de « deuil » car il concerne la perte d'un être cher. Cependant, de nombreux patients que j'ai rencontrés cette année éprouvaient de grandes difficultés à faire le deuil de leurs corps jeunes. Accepter leur corps vieillissant, fragilisé et faillible représentait une épreuve de taille. On observe alors un conflit interne dans lequel s'affrontent la nécessité de s'actualiser en tant qu'individu dans l'instant présent avec son corps actuel et l'épreuve de renoncer au fantasme d'éternité, décrit par G. Le Gouès (1974). Le projet thérapeutique sera donc en partie d'accompagner l'individu lors de la réappropriation de ce corps afin qu'il puisse à nouveau être un objet d'amour. Il s'agit d'un long travail, car de nombreux patients ont tendance à délaissé leur corps, à le mettre à distance et de s'en éloigner pour ne pas affronter les effets indésirables du temps sur l'être. Le travail en psychomotricité visera donc à fournir un accompagnement pour que le patient puisse de nouveau habiter et investir son corps pour une évolution optimale au sein de son environnement.

Conclusion

Ce mémoire a constitué l'occasion d'en apprendre davantage sur une population accueillie au sein d'un établissement qui s'efforce de s'inscrire dans une dynamique de transdisciplinarité.

Nous avons pu identifier la façon dont l'identité de la personne âgée était menacée. Le vieillissement, les pathologies qui lui sont associées ainsi que les stéréotypes sociaux contribuent à fragiliser la personne âgée qui voit ses capacités d'adaptation à l'environnement compromises. Faible estime de soi, distanciation du corps, désinvestissement personnel, capacités motrices réduites, fonctions cognitives amoindries, désorganisation tonique, autonomie menacée, désorientation temporo-spatiale, repli et exclusion sociale, communication compromise font partie des complications plausibles du vieillissement.

Nous avons donc étudié la façon dont la thérapie psychomotrice, qui a pour objectif d'accompagner le patient à habiter et à investir son corps, pouvait constituer une forme de réponse à ces problématiques et devenir ainsi un soutien de l'identité psychocorporelle du sujet âgé.

Ce mémoire parle de la découverte du mime, un art méconnu qui suscite la curiosité, et de la manière dont il peut s'articuler avec la psychomotricité dans la prise en soin de la personne âgée. J'ai par conséquent créé un atelier de mime, à la fois adapté à la psychomotricité et aux résidents de l'EHPAD. Cet atelier a évolué tout le long de l'année en même temps que je poursuivais ma dernière année de formation, progressant dans ma posture de futur thérapeute.

Les progrès réalisés par les participants au sein de cet atelier m'amènent à penser que cette médiation peut s'avérer efficace dans l'accompagnement de la personne âgée. C'est ainsi que Mme L a entre autres pu développer de nouvelles capacités de communication, se découvrir une mémoire perceptive efficace, améliorer ses facultés de concentration, améliorer sa posture et créer de nouveaux liens d'amitié. Mr M quant à lui met à profit sa respiration

pour améliorer la finesse de son contrôle moteur, calmer son impulsivité et accéder à une détente physique et psychique. En prêtant plus attention à son corps, ses ressentis et à celui des autres il a développé ses capacités de communication et d'adaptation à l'autre. C'est en évoluant dans le silence, que le corps a pu redevenir le messager de la personnalité et le pilier de l'identité psychocorporelle. Les émotions générées dans ces activités couplées à l'imagination des participants ont servi à relier la vie antérieure et actuelle des résidents.

Cependant, il serait naïf d'attribuer ces progrès aux seuls effets du mime, à raison d'une séance hebdomadaire. La prise en soin groupale, bien que bénéfique à de nombreux égards, nécessite de différencier les axes thérapeutiques pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient, une tâche plus compliquée qu'il n'y paraît. La thérapie psychomotrice possède ses limites, et il est nécessaire de s'interroger sur la façon dont le patient peut utiliser ce qu'il apprend en séance dans sa vie quotidienne. C'est dans cette perspective que le travail en interdisciplinarité prend son sens, chaque professionnel contribuant par son expertise à prendre en soin la personne âgée.

On ne saurait lutter contre le temps. Il est en revanche possible d'accompagner la personne âgée à renouer avec son corps, véritable pilier identitaire, afin qu'elle puisse poursuivre sa vie et s'enrichir continuellement de nouvelles expériences. Pour cela il sera nécessaire de s'interroger sur nos propres représentations de la vieillesse et comprendre ce à quoi la personne âgée est confrontée, tout en gardant à l'esprit que chaque individu est unique.

Bibliographie

- Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.

- Albaret, J-M., Aubert, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Paris : Solal.

- Anzieu, D. (2013). *Le penser. Du Moi-Peau au Moi-pensant*. Paris : Dunod.

- Bastin, C., Simon, J., Kurth, S., Collette, F., Salmon, É. (2013). Variabilité individuelle dans le fonctionnement de la mémoire épisodique au cours du vieillissement normal et pathologique : le rôle de la réserve cognitive. *Revue de neuropsychologie*, volume 5(4), 235-242. doi:10.1684/nrp.2013.0278

- Bergson, H. (1907). *L'évolution créatrice*. Paris : Puf.

- Boscaini, F., Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, volume 49(4), 78-88. doi:10.3917/ep.049.0078

- Boutinaud, J. (2009). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. Paris : In Press

- Breton, P., Le Breton, D. (2009). *Le silence et la parole contre les excès de la communication*. Toulouse : ERES.

- Carstensen, L., Fung, H., Charles, S. (2003). Socioemotional Selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the Second Half of Life. *Motivation and Emotion*. 27. 103-123. doi :10.1023/A:1024569803230

- Conein-Gaillard, S. (2011). *L'art du mime adapté à la psychomotricité : Du corps oublié au corps créateur*. Gap : Le Souffle d'or.

- Galliano, A-C., Pavot, C., Potel, C. (2011). L'espace et le temps. In P. Scialom, F. Giromini, J-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 219-249). Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.

- Giffard, B., Lechevalier, B. (2006). Neurosciences et affects. *Champ psychosomatique*, n° 41(1), 11-27. doi:10.3917/cpsy.041.0011
- Gil, R., Fargeau, M-N., Jaafari, N. (2011). Conscience de Soi, maintien du Soi et identité humaine au cours de la maladie d'Alzheimer. *Revue Psychiatrique*, 169(7), p.416.
doi :10.1016/j.amp.2011.06.004
- Giromini, F. (2019). Spécificité de la formation corporelle en psychomotricité. In A. Vachez-Gatecel, A. Valentin-Lefranc, *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.15-26). Paris : Dunod.
- Hall, E.T. (1971). *La dimension cachée*. Paris : Seuil.
- Lemaire, P., Bherer, L. (2012). *Psychologie du vieillissement : Une perspective cognitive*. Louvain-La-Neuve : De Bœck Supérieur.
- Liotard, D. (2007). La personne âgée : du comportement à l'acte imaginé. In A. Calza, M. Contant, *Psychomotricité* (p. 238-248). Paris : Masson.
- Pancrazi, M-P., Metais, P. (2005). *Maladie d'Alzheimer, diagnostic des troubles psychologiques et comportementaux*. Press Med 2005; 34 :661-6
- Péruchon, M. (2001). Du moi-peau : applications à la gérontologie et à la ritualité. *Psychologie clinique et projective*, n°7(1), p.45-54. doi:10.3917/pcp.007.0045.
- Piaget, J. (1972). *La formation du symbole chez l'enfant. Imitation, jeu et rêve, image et représentation*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Pireyre, E.W. (2015). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*. Paris : Dunod.
- Potel, C. (2009). Adolescence et relaxation : le groupe, un contenant thérapeutique privilégié à l'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53(2), 79-89.
doi:10.3917/rppg.053.0079

- Richard, J., Mateev-Dirks, E. (2004). *Psychogérontologie*. Paris : Masson.
- Rivière, J. (2000). *Le développement psychomoteur du jeune enfant*. Paris : Solal.
- Robert-Ouvray, S. (2007). *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In A. Vachez-Gatecel, A. Valentin-Lefranc, *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.27-28). Paris : Dunod.
- Sabat, S. R., Ploton, L. (2015). *Le vécu du malade d'Alzheimer : Comprendre pour mieux accompagner*. Lyon : Chronique sociale.
- Sava, A., Chainay, H. (2013). Effets des émotions sur la mémoire dans la maladie d'Alzheimer et le vieillissement normal. *Revue de neuropsychologie*, volume 5(4), 255-263.
doi:10.1684/nrp.2013.0255
- Shakespeare, W. (1599-1601). *The Tragedy of Hamlet, Prince of Denmark*.
- Strubel, D., Corti, M. (2008). *La déambulation chez les patients déments*, n°4(6), p.259-264.
doi : 10.1684/pnv.2008.0147
- Vulpian, A. (1874). *Des lésions des nerfs et de leurs conséquences*. Paris : Masson.
- Vygotsky, L.S. (1930). Imagination and creativity in childhood. *Soviet Psychology*, 28(1), p.84-96.
- Wallon, H. (1933). *Les origines du caractère chez l'enfant, les préludes du sentiment de personnalité*. Paris : Puf.
- Winnicott, D.W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.

Organismes :

-CIM-10 *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques*. Paris : Masson.

Supports de cours :

-AOUN SEBAITI, M. (2019), Cours de neuropsychomotricité de 3^{ème} année de psychomotricité, IFP Pitié Salpêtrière, Non publié à ce jour

-Collège National des Enseignants en Gériatre (2008-2009), repéré à l'adresse suivante :

http://campus.cerimes.fr/geriatrie/polygeriatrie.pdf?fbclid=IwAR0ezVWISROZLgpH_E2_W4Ru-ZFgR7WZswzVihPAldGqkSlbLnUjUkPNKAA

-LEFEVRE, C. (2020), Cours de gériatrie de 3^{ème} année de psychomotricité, IFP Pitié Salpêtrière, Non publié à ce jour

-ROUX, J. (2020), Cours de gériatrie de 3^{ème} année de psychomotricité, IFP Pitié Salpêtrière, Non publiée à ce jour

-TRUPTIL, A. (2020), Cours de gériatrie de 3^{ème} année de psychomotricité, IFP Pitié Salpêtrière, Non publié à ce jour

Résumé

Lors de mes différents stages dans le secteur gériatrique, j'ai pu constater que de nombreuses personnes âgées étaient confrontées à une fragilisation identitaire et désinvestissaient leurs corps. Par conséquent nous tâcherons d'en apprendre davantage sur les effets délétères du vieillissement, les pathologies et représentations qui lui sont associées afin de comprendre quelles menaces pèsent sur l'identité du sujet âgé et ce qui le mène à déprécier son corps. Suite à cela nous nous questionnerons pour savoir de quelle manière la psychomotricité peut répondre à ces problématiques. Nous nous intéresserons à une médiation particulière, le mime, pour comprendre comment elle peut s'articuler avec la thérapie psychomotrice. Nous suivrons la mise en place de cet atelier de mime adapté ainsi que l'évolution des résidents au sein de ce dernier.

Mots clés : Vieillissement-Démence-Psychomotricité-Image du corps-Schéma corporel-Dialogue tonique-Communication-Identité-Mime-

During my different internships with elderly people, I realised many of them were suffering from loss of identity and could not help but notice that they were abandoning their body. Therefore we will question the deleterious effects of ageing, its associated pathologies and representations, to get to grips with what threatens the elderly people's identity and to understand why they disregard their bodies. Then we will wonder how psychomotricity can be an answer to these issues. We will focus on a specific therapeutic mediation, mime, to understand how it could be linked to psychomotor therapy. In this research paper we will follow the creation of the therapeutic workshop of mime and witness the patients' evolutions.

Key Words : Ageing-Dementia-Psychomotricity-Body image-Body Mapping-Tonic Dialogue-Communication-Identity-Mime