



**HAL**  
open science

# ”Qui es-tu ?” : réflexions sur le soutien de l’identité chez la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs

Alice Dugas

## ► To cite this version:

Alice Dugas. ”Qui es-tu ?” : réflexions sur le soutien de l’identité chez la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04718762

**HAL Id: dumas-04718762**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04718762v1>**

Submitted on 2 Oct 2024

**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 de  
Psychomotriciens de la Pitié Salpêtrière  
Faculté de Santé Sorbonne Université  
91, Bd de l'Hôpital 75013 Paris

## « Qui es-tu ? »

Réflexions sur le soutien de l'identité chez la personne atteinte de  
troubles neurocognitifs majeurs

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien  
Par Alice DUGAS

Nom des maîtres de mémoire :

Verónica Baptista Ramos

Astrid Bohnec

Session 2023-2024



## REMERCIEMENTS :

Je souhaite remercier l'Institut de Formation de Psychomotriciens -Sorbonne Université-, tous les professeurs qui nous ont transmis leur savoir et partagé leurs expériences. Merci pour ces Travaux Dirigés un peu fous, qui m'ont énormément appris.

Merci à mes maîtres de mémoire, Astrid et Verónica qui m'ont guidée cette année, qui ont répondu à mes incalculables et parfois incongrues questions. Merci pour l'aide, pour toutes ces heures de relecture, pour les précieux conseils et pour la patience.

Merci à tous mes maîtres de stages qui m'ont accompagnée ces deux dernières années, à Emilie qui m'a énormément appris, avec bienveillance et douceur.

Merci à toutes les personnes de l'accueil de jour et à leurs proches, qui m'ont permis de me questionner, d'apprendre et qui m'ont accompagnée avec indulgence dans cette voie qu'est la psychomotricité.

Merci à ma famille, à mes proches et à mes colocataires pour votre présence et votre soutien.

Merci à mes amies, futures psychomotriciennes, avec qui j'ai partagé ces trois merveilleuses années.

# Sommaire

INTRODUCTION :	6
PARTIE 1 : VIEILLIR	8
I- Qu'est-ce que le vieillissement ?	8
1. Le vieillissement normal	8
1.1 Une perte de qualité des sens : vieillissement des fonctions sensorielles	9
2. Altération des fonctions psychomotrices	14
2.1 Tonus et motricité	14
2.2 Gnosies et praxies	17
2.3 Latéralité	17
2.4 Espace et temps	17
2.5 Le schéma corporel	18
2.6 Représentations affectives de soi et du corps	18
2.7 Mémoire, attention et fonctions exécutives	20
II- Vieillir avec un trouble : zoom sur les troubles neurocognitifs	23
1. Les troubles neurocognitifs	23
1.1 Zoom sur la maladie d'Alzheimer	23
1.2 Altération des fonctions psychomotrices	26
III- Construction et atteinte de l'identité	32
1. Définition de l'identité	32
1.1 Les grandes dimensions de l'identité personnelle :	32
2. Construction identitaire	34
2.1 De la dépendance absolue, d'un état de fusion...	34
2.2 Vers l'indépendance et la différenciation	37
2.3 Zoom sur l'atteinte identitaire chez les sujets atteints de troubles neurocognitifs majeurs...	41
PARTIE 2 : CLINIQUE	45
I- Présentation du lieu de stage :	45
1. Entrée à l'accueil de jour	45
1.1 Une équipe pluridisciplinaire :	46
1.2 Un jeudi à l'accueil de jour	46
1.3 Un espace structuré et structurant	49
II. Création du groupe en psychomotricité	50
1. Place de la psychomotricité	50

2. Contexte du groupe : .....	50
2.1 Création du groupe.....	51
2.2 Objectifs et axes thérapeutiques du groupe .....	53
2.3 Fonctionnement et rituels de l'atelier .....	54
3. En corps, les émotions.....	56
4. Monsieur SP. ....	61
4.1 Présentation de Monsieur SP : .....	61
4.2 Anamnèse et dossier médical de Monsieur SP : .....	61
4.3 Rencontre avec Monsieur SP : .....	63
4.4 Première séance de groupe avec Monsieur SP.....	63
4.5 Deuxième séance de groupe avec Monsieur SP. : .....	66
PARTIE 3 : DISCUSSION .....	70
I- Evolution de ma pensée : .....	70
II-Le mouvement, un moyen de se sentir exister .....	71
III- L'intérêt du groupe : .....	78
1. Le cadre pour permettre un espace de jeu et d'expressivité .....	78
2. Espace de partage.....	80
IV) Mon identité professionnelle.....	81
Conclusion : .....	83
Bibliographie :.....	85
Résumé : .....	92
Abstract : .....	92

# INTRODUCTION :

Les troubles neurocognitifs majeurs représentent des défis complexes, tant pour les individus concernés et leur entourage que pour les professionnels de santé. Ces troubles, qui englobent notamment la maladie d'Alzheimer, affectent l'autonomie, les interactions sociales et l'identité des patients.

Mon stage en accueil de jour a permis l'émergence d'une multitude de questionnements. L'accompagnement des angoisses liées à la désorientation temporo-spatiale et la question de l'autonomie ont occupé une grande part de mes réflexions. J'ai finalement pris conscience qu'une question restait en soubassement de toutes les autres, celle de l'identité.

Les premières semaines, je me sentais démunie. J'avais l'impression que je ne pouvais pas aider les personnes accueillies, que la déstructuration, la perte de repères et les angoisses étaient tellement présentes, qu'elles limitaient toute relation.

La considération de la personne, la liberté de choix, la liberté d'être soi, d'affirmer, de confirmer son identité m'a fortement interpellée : « J'aimerais aller au salon » me dit Monsieur G. après le repas. En l'y amenant, une soignante nous questionne sur la raison pour laquelle nous allons là-bas.

Cette situation a été un des points de départ de ma réflexion. En portant attention à la liberté de choix, au respect de l'identité de chacun, j'ai pris conscience que les personnes s'effaçaient souvent, comme si elles avaient pris l'habitude que leurs idées ne soient plus prises en compte. Et puis, la maladie venait effriter cette identité, déjà ébranlée.

Lorsque je regarde une personne âgée, je me dis toujours qu'elle a eu mon âge, qu'elle a eu un métier, une histoire, une vie, une famille, qu'elle a fait des choix, des choix libres. Je me demande toujours comment je peux continuer à maintenir son autonomie, lui permettre d'être libre de faire ses choix malgré ses troubles cognitifs. Je me suis questionnée sur la façon dont nous pouvons la respecter pour qui elle est, suivre ses idées, dans son individualité, dans son identité.

Au cours de mon stage, la psychomotricienne a dû quitter la structure en novembre. J'ai donc continué le stage en accord avec la direction de l'école, et j'ai été aidée par mes maîtres de mémoire. La question de ma place de stagiaire, de mon regard professionnel et la construction de mon identité professionnelle a pris une place importante lors de cette dernière année d'étude.

De plus, la question de l'identité revenait à travers ces deux prismes. C'est de cette manière que s'est élaborée ma réflexion. Durant ce stage, j'ai donc pu approfondir la notion d'identité, et j'ai souhaité construire ce mémoire autour de la question suivante : **comment la psychomotricité contribue-t-elle à soutenir l'identité d'une personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs ?**

J'ai d'abord choisi de me concentrer sur le processus de vieillissement chez les personnes âgées, en le considérant comme un point de départ à mon mémoire. J'ai ensuite exploré le vieillissement sous l'angle des troubles neurocognitifs et particulièrement la maladie d'Alzheimer. Puis, j'ai développé la notion d'identité, sa construction et son atteinte en lien avec les troubles neurocognitifs majeurs. Ensuite, dans une deuxième partie consacrée à la clinique, j'ai illustré mes propos et mes questionnements en présentant ma pratique. Enfin, en discussion, j'ai exposé mes réflexions sur ce qui soutient l'identité des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs.

# PARTIE 1 : VIEILLIR

## I- Qu'est-ce que le vieillissement ?

Le vieillissement est un phénomène graduel et continu qui commence dès l'âge adulte et se poursuit tout au long de la vie. Il est marqué par une série de changements physiologiques et psychologiques qui influent sur la vie quotidienne des individus. Bien que la définition exacte de ce qui constitue « être vieux » puisse varier, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2022) souligne que la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans devrait doubler entre 2015 et 2050. Ce constat met en lumière les défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé et les politiques sociales face à une population vieillissante.

D. Quinodoz, évoque le vieillissement comme un « *travail de construire activement la fin de sa vie* », insistant sur la complexité de cette période de vie (cité dans Morin, 2023, p.106). Chaque individu aborde le vieillissement de manière unique, influencé par des facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux propres à son parcours de vie. Cette perspective souligne l'importance d'une approche holistique du vieillissement, prenant en compte les multiples dimensions médicales, psychologiques et sociales qui façonnent cette étape de la vie.

Face à cette réalité démographique croissante, les enjeux associés au vieillissement sont de plus en plus prégnants, et notamment au niveau psychomoteur. Pour comprendre les enjeux du vieillissement et ce qui m'a amenée à me questionner, il est nécessaire de poser son regard sur le vieillissement dit « normal ».

### 1. Le vieillissement normal

Le vieillissement normal, entendu au sens de non pathologique, connaît des modifications qui touchent les fonctions sensorielles, mais également les fonctions

psychomotrices. Cet aspect multidimensionnel impacte le sujet dans toute sa dynamique.

## 1.1 Une perte de qualité des sens : vieillissement des fonctions sensorielles

Tous les sens sont affectés par le vieillissement : la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat, le goût, la proprioception et le système vestibulaire. L'amenuisement des perceptions sensorielles est lié à la détérioration de l'organe sensoriel et à une diminution de la propagation de l'information aux voies centrales (Albaret & Aubert, 2001). Les sens jouent un rôle essentiel dans la prise en compte et la perception de son environnement, pour agir et interagir sur et avec lui.

### 1.1.1 La vue

La vue est le sens qui nous relie au monde extérieur, qui nous nourrit d'informations sur les couleurs du dehors, sur la grandeur d'une pièce, sur la hauteur d'un arbre, sur une émotion qu'on lit sur le visage ou encore sur des mots posés sur une feuille. Cet organe sensoriel subit le vieillissement. Dès 40 ans, on constate que le sujet perçoit moins bien les couleurs : le jaune et le bleu, puis le vert, sont les premières couleurs à être touchées par cette perte de sensibilité.

Ainsi, au quotidien, la personne peut être impactée dans sa motricité. Par exemple, lorsqu'il y a une petite marche, d'une couleur peu marquée, la personne peut ne pas la voir.

Par ailleurs, le cristallin devient plus opaque, entraînant des difficultés à distinguer le bleu et le vert. Cette opacité peut être à l'origine de l'atteinte de la cataracte, ayant pour conséquences une diminution de la vision des couleurs et une perte progressive de la vision. Le rapport à la lumière est aussi entravé, en effet, de nombreuses personnes âgées sont gênées par l'influx lumineux ou un soleil éblouissant d'été. Ainsi, les changements de lumière ou les lumières éblouissantes nécessitent un temps d'adaptation plus long que pour une personne jeune. L'activité oculomotrice est quant

à elle également ralentie. Nous avons une perception du champ visuel qui évolue en fonction de l'âge. Ainsi, à 20 ans, nous percevons nettement l'objet se situant à 10 cm de nous, puis à 45 ans, l'objet est net à 20 cm et enfin à 60 ans, l'objet se situe à 84 cm. C'est la raison pour laquelle une personne âgée aura besoin de mettre à distance l'objet pour le voir plus nettement (Albaret & Aubert, 2001).

### 1.1.2 L'ouïe

L'ouïe est un sens qui permet la perception des sons, jouant un rôle important dans le développement du langage chez l'enfant, mais également dans la compréhension de son environnement, dans l'organisation spatiale et temporelle et dans la fonction d'alerte et de vigilance.

Dans les institutions accueillant des personnes âgées, le volume sonore est une des premières choses que l'on remarque. En effet, nous parlons plus fort auprès des patients pour nous faire comprendre. Cette perte de l'audition est due en partie au vieillissement naturel, mais également à l'impact de l'environnement, à l'exposition à des sons forts durant la vie du sujet. Cette perte physiologique qu'on appelle presbyacousie se développe aux alentours de 50 ans. Elle a des conséquences sur la compréhension du langage parlé et peut être très handicapante dans la vie sociale du sujet. Nombreuses sont les personnes âgées qui se coupent du lien social, participant de moins en moins aux conversations qu'elles entendent mal. Ainsi, 50% des personnes de plus de 80 ans sont sourdes ou malentendantes (Albaret & Aubert, 2001).

### 1.1.3 Le toucher

Le sens tactile est le premier organe sensoriel à se mettre en place. Il est aussi le moins touché par le vieillissement. Toutefois, le seuil de sensibilité tactile augmente chez le sujet âgé : on parle d'hypoesthésie. La peau, organe du toucher, se fragilise,

perd en élasticité et s'abîme (Lefèvre, 2023). En s'abîmant elle devient objet qu'on rejette car elle est le marqueur du vieillissement.

*Mme D. me parle de ses taches de vieillesse, « c'est moche toutes ses taches (silence), je suis vieille », me dit-elle. Et elle rit. Moi, je la regarde en souriant, touchée par ses mots et le regard qu'elle porte sur elle-même.*

La peau est donc associée à des représentations sociétales et les taches de vieillesse ou encore les rides, marques visibles du temps qui passe, sont souvent connotées négativement.

La peau, enveloppe du corps, a une fonction sensorielle fondamentale, renseignant le sujet sur son environnement. Les capteurs cutanés, dispersés à travers l'épiderme, permettent une détection fine de divers stimuli tels que la chaleur, la texture et la pression. Ainsi, la sensation de la peau d'une main sur la nôtre est le résultat de l'interaction complexe entre ces capteurs et le système nerveux central, illustrant la capacité de la peau à fournir des informations essentielles pour une adaptation au milieu (Albaret & Aubert, 2001).

#### 1.1.4 L'olfaction

L'olfaction est un sens permettant la perception des odeurs et fonctionnant avec le sens du goût.

La sensibilité des odeurs diminue progressivement à partir de 40 ans d'après Doty (cité dans Albaret & Aubert, 2001) : on peut parler d'anosmie. Ce sens reste toutefois le moins altéré. De plus, il est éminemment lié aux affects. Marcel Proust (1913) évoque la force du souvenir olfactif à travers l'odeur et le goût de la madeleine. En ce sens, l'olfaction est en lien direct avec la mémoire épisodique et perdure longtemps.

#### 1.1.5 Le goût

Le goût c'est la saveur qu'a un aliment : acide, amer, sucré ou salé (Robert, s.d.). Physiologiquement on constate une baisse de bourgeons gustatifs, de papilles

fonctionnelles et des connexions axonales rendant ainsi plus difficile la reconnaissance de la saveur de l'aliment. La saveur du sucre est quant à elle conservée (Lefèvre, 2023).

*Mme X. est attablée avec moi aujourd'hui. Elle goûte l'entrée : du céleri mixé. Elle le juge sans goût et refuse de manger. Le plat arrive, rien ne lui plaît, « tout est fade ». Elle n'a encore rien mangé. Elle me demande du sucre et verse plusieurs sachets dans son plat. « C'est meilleur », m'explique-t-elle. Sucrez, pour manger quelque chose qui a du goût, c'est le seul moyen qu'elle a trouvé pour apprécier ce qu'elle mange et continuer d'avoir un peu d'appétit.*

L'odeur associée au goût de l'aliment forment la flaveur (Robert, 1996). La perte de sensibilité de ces sens impacte la flaveur de l'aliment qu'on nomme communément le goût. Elle peut entraîner une baisse du plaisir de manger. Par conséquent cela entraîne une diminution de l'appétit, allant parfois jusqu'à la dénutrition.

### 1.1.6 La proprioception

La proprioception est la sensibilité profonde permise par des capteurs sensoriels au niveau de la peau, des muscles, des tendons et des ligaments. On retrouve notamment les fuseaux neuro-musculaires qui envoient des informations au cerveau sur la vitesse et l'amplitude des mouvements musculaires et les organes neurotendineux de Golgi qui détectent les changements de tension au niveau des tendons et informent le cerveau. Cela permet la perception consciente ou non de la position de son propre corps et des différentes parties du corps sans avoir besoin de les regarder (Boucher, Decatoire & Jeddi, 2003).

On retrouve une diminution « *du nombre de récepteurs ligamentaires et capsulaires associés à une raréfaction des récepteurs néotendineux de Golgi* » (Tavernier-Vidal et al., cité dans Albaret & Aubert, 2001, p. 18). Ainsi, si les récepteurs sont moins nombreux, moins d'informations sensorielles parviennent à informer le sujet de la localisation des différents membres ou de son corps dans l'espace. Cette baisse proprioceptive a de nombreuses répercussions sur les fonctions psychomotrices :

notamment l'équilibre et la marche. En effet, le sujet sent moins bien le sol, ce qui conduit à des déséquilibres.

*Lors d'un atelier avec l'ergothérapeute autour des sens, celle-ci propose à chacun de se déchausser et de porter attention aux sensations sur le sol. En enlevant ses chaussures, Monsieur S. nous dit qu'il a chuté deux fois chez lui. Nous entendons son inquiétude et restons près de lui lors du temps de marche. Ses pas sont petits, précautionneux. Nous nous rasseyons et faisons rouler un gros bâton sous nos pieds puis nous nous relevons. Monsieur S. marche d'une façon plus sûre et dit au groupe « c'est plus stable ».*

Le travail proprioceptif réalisé à l'aide des bâtons, vient stimuler la voûte plantaire, améliorant la sensibilité de cette partie du corps. En sollicitant activement les récepteurs proprioceptifs, cela permet une meilleure perception des variations de pression et de positionnement du pied lors de la marche. Par conséquent, la proprioception est essentielle pour maintenir la stabilité et prévenir les chutes.

### 1.1.7 Le système vestibulaire

Le système vestibulaire est un système qui est situé dans l'oreille interne et est composé de canaux semi-circulaires, détectant les mouvements angulaires de la tête et des otolithes, sensibles aux accélérations. Les cellules ciliées situées dans ces structures convertissent les mouvements mécaniques en signaux électriques, transmis au cerveau. Ces informations participent au maintien de l'équilibre, de la posture et de la coordination des mouvements. Or, le nombre de cellules ciliées diminue avec le vieillissement et peut donc avoir des répercussions sur l'équilibre (Albaret & Aubert, 2001).

Ainsi, les conséquences de ces pertes sensorielles sont nombreuses : elles entraînent une perte de capacité, un repli sur soi en raison d'un manque de moyens pour communiquer avec les autres. Par exemple, la perte d'audition et la diminution de la vue entraînent des difficultés à suivre une conversation, à se déplacer pour voir des proches. Certaines modifications sensorielles telles que le toucher s'accompagnent de

changements physiques au niveau de la peau et ont un impact sur l'image du corps du sujet. Les déficits sensoriels ont également un impact sur la perception de l'environnement. Ils perturbent ainsi les coordinations, l'équilibre et la marche pouvant être vecteurs d'isolement, exacerbant ainsi le risque de développer des troubles anxieux voire dépressifs. Enfin, la perte de goût et d'odorat peut impacter l'alimentation du sujet et provoquer un amaigrissement. En somme, on peut constater que le vieillissement des fonctions sensorielles impacte les fonctions psychomotrices et peut avoir des conséquences sur l'autonomie. Nous allons donc approfondir notre analyse portant sur le vieillissement des fonctions psychomotrices afin de mieux en saisir la portée et d'appréhender les difficultés que rencontrent les personnes âgées.

## 2. Altération des fonctions psychomotrices

Chaque individu se construit avec des fonctions psychomotrices qui définissent cette personne : tonus, motricité, praxies et gnosies, espace et temps, schéma corporel, représentations corporelles et image du corps ou encore fonctions cognitives. Ces fonctions vont donner des indices sur le fonctionnement individuel de chaque individu.

Ainsi, les fonctions psychomotrices donnent des informations sur le fonctionnement corporel, et même psychocorporel de chacun de nous. Ces fonctions vont évoluer au fil du temps, en fonction de notre histoire de vie, de notre pratique physique, de notre métier ou encore de l'âge. En ce sens, le vieillissement impacte les fonctions psychomotrices et c'est pourquoi nous allons nous y attarder.

### 2.1 Tonus et motricité

#### ***Tonus***

Le tonus est l'état de tension constante qui résulte d'une contraction réflexe, indispensable au maintien de postures (Ajuriaguerra, 1966). Le tonus dépend de nombreux facteurs, notamment la vigilance et « *est abolie toutefois pendant le sommeil*

*paradoxal* » (Pireyre, 2021, p.85). Il se présente sous trois formes : le tonus de fond, d'action et de posture.

Le tonus de fond, également appelé tonus passif représente le niveau de contraction le plus léger des muscles au repos (Amiel-Tison, cité dans Pireyre, 2021).

Le tonus d'action ou tonus actif est quant à lui nécessaire pour réaliser des mouvements. Par exemple, la marche nécessite un recrutement tonique suffisant pour que l'individu accomplisse son action (Pireyre, 2021).

Enfin, le tonus de posture ou d'attitude, permet de lutter contre la gravité. Il donne au sujet la possibilité de maintenir sa position dans l'espace et de garantir son équilibre. « *Cette tonicité d'arrière-fond permet le déroulement d'actions volontaires efficaces.* » (Pireyre, 2021, p.85). Ainsi, grâce au tonus postural, le sujet peut déployer sa motricité. En ce sens, le tonus est le socle de base sur lequel repose toute activité motrice. Il est essentiel dans le maintien des postures et est une base solide pour l'équilibre.

Par ailleurs, la masse musculaire diminue avec l'avancée de l'âge ; on parle de sarcopénie. Prévalente chez près de 60% des femmes et 45% des hommes de plus de 60 ans, elle résulte de divers facteurs tels que la sédentarité, le déclin hormonal et les processus inflammatoires liés à l'âge. Cette diminution de masse entraîne une perte de force musculaire ayant une incidence sur la motricité et l'autonomie du sujet (Cherin, 2009).

## ***Motricité***

L'équilibre est la capacité à maintenir une posture stable et nécessite d'avoir des informations proprioceptives, vestibulaires et visuelles suffisantes pour adapter la posture, ainsi qu'un niveau tonique ajusté (Albaret & Aubert, 2001).

Chez le sujet âgé, les capacités d'équilibre baissent à cause de pertes sensorielles et proprioceptives étant moins efficaces et limitant la perception de l'environnement, augmentant ainsi le risque de chutes.

Les coordinations motrices représentent la capacité du sujet à exécuter des mouvements de façon ordonnée et coordonnée dans l'objectif d'un but à atteindre. Elles sont liées à la capacité d'équilibration et de réajustement postural, tous deux impactés par le vieillissement (Lefèvre, 2023). L'altération de ces fonctions peut avoir des répercussions sur les coordinations motrices. En effet, les réflexes posturaux sont ralentis, l'équilibre aussi, compliquant la marche.

Effectivement, on observe que la motricité des sujets âgés est ralentie (Vandervoot & Hill, cité dans Albaret & Aubert, 2001). En effet, cela trouve son origine dans la dégradation du système nerveux central : ainsi, les temps de réactions (TR) et les temps de mouvements (TM) sont allongés.

Le TR est le temps compris entre le stimulus et la réponse à ce stimulus. Chez la personne âgée, ce TR dure 15 à 30% plus longtemps que chez un sujet plus jeune. L'augmentation du TR est liée à des processus neurophysiologiques dont une démyélinisation, traduisant une perte de vitesse de passage de l'information entre les neurones. Le temps de mouvement consiste en la durée d'un mouvement. Une personne âgée met en moyenne deux fois plus de temps à effectuer le mouvement qu'une personne plus jeune (Albaret & Aubert, 2001).

De plus, les sujets vieillissants réduisent involontairement la hauteur du pas, la longueur : brachybasie, augmentant le risque de chute.

Plus nous vieillissons, plus nous sommes sujets à des déséquilibres et donc à des risques de chuter. 45% des 80-89 ans chutent et les raisons sont multiples, on retrouve notamment entre 2,7% et 19% des chutes liées à l'instabilité psychomotrice d'après Albaret et Aubert (2001).

Les chutes entraînent de nombreuses conséquences : perte d'autonomie, de mobilité, et psychologiquement un sentiment de dévalorisation. Lefèvre (2023, p.30) explique « *Pouvoir bouger, c'est aller à la rencontre de l'autre. En gériatrie, plus que jamais le corps est le premier organe de la relation...* ». Ainsi, être en mouvement, bouger, c'est essentiel pour permettre au sujet de garder une certaine autonomie motrice et sociale.

## 2.2 Gnosies et praxies

La connaissance de l'objet manipulé, s'appelle la gnosie. Elle signifie « connaissance » ou « perception ». Il s'agit d'une « *fonction qui permet de reconnaître un objet ou un événement extérieur à partir de la saisie perceptive, quelle que soit la modalité sensorielle impliquée* » (Bloch, cité dans Sage et al. 2012). Les gnosies correspondent par exemple à la reconnaissance des couverts, d'un stylo ou encore des personnes.

Les praxies sont quant à elles des gestes complexes, qui dépendent d'une intention et qui supposent la construction d'un programme moteur (Costini et al., 2013). Ces gestes peuvent être culturellement transmis. Ainsi, on observe chez la personne âgée qu'il n'y a pas de troubles gnosiques et que les praxies sont globalement conservées.

Toutefois, on retrouve « *quelques légers troubles de l'exécution gestuelle (précision et localisation du geste* » (Lefèvre, 2023, p.38). L'écriture est souvent impactée, avec une lenteur du mouvement.

## 2.3 Latéralité

La latéralité désigne « *Les caractères et les états des asymétries observées au niveau des éléments corporels (main, œil, pied) et qui se traduisent par une prévalence d'un élément sur son homologue lors des conduites spontanées ou dirigées.* » (Albaret & Aubert, 2001, p. 233). Par ailleurs, « *La perception de la verticale posturale est moins précise.* » (Lefèvre, 2023, p.38).

## 2.4 Espace et temps

Les notions d'espace et de temps sont indissociables. L'espace renvoie à une « *Etendue, surface, région* » (Larousse, 2024). En psychomotricité c'est l'étendue dans laquelle nous déployons nos gestes et mouvements. La connaissance de l'espace se développe chez l'enfant qui va être capable de percevoir l'espace puis de s'orienter dedans jusqu'à le structurer, c'est-à-dire être capable de découper l'espace

en plusieurs parties et de s'y repérer. Avec l'avancée en l'âge, la perception spatiale et l'orientation sont conservées, mais la structuration spatiale peut être la première touchée car c'est le niveau le plus élaboré de l'orientation spatiale (Lefèvre, 2023).

Le temps est quant à lui, qualifié comme une « *Notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements.* » (Larousse, 2024). Le temps est une notion abstraite, non tangible et qui peut être mis en lien avec le rythme. « *Le rythme est le facteur de structuration temporelle qui soutient l'adaptation au temps.* » (Coste, cité dans Dormia & Feve, 2014, p.74). Ainsi, l'action se construit dans un espace et un temps. Il n'y a pas d'atteintes de structuration temporelle. Toutefois, le vécu du temps semble passer plus vite.

## 2.5 Le schéma corporel

Le schéma corporel c'est selon Eric Pireyre (2021) un processus physiologique objectif qui consiste en une représentation sensori-motrice tridimensionnelle, constamment ajustée de la position du corps, tant dans son ensemble que dans ses parties. La proprioception, la vision et l'équilibration sont essentielles pour permettre cette représentation.

Le schéma corporel joue un rôle dans la motricité. En effet, la connaissance du schéma corporel permet un meilleur ajustement tonico-postural.

Le vieillissement physiologique a un impact sur le schéma corporel notamment en raison de la perte de sensibilité proprioceptive, vestibulaire et visuelle, qui sont des composantes du schéma corporel entraînant un appauvrissement de celui-ci. Toutefois il est possible par le biais d'activités physiques et sportives de renforcer le schéma corporel (Lefèvre, 2023).

## 2.6 Représentations affectives de soi et du corps

Les représentations affectives de soi et du corps sont selon Lefèvre (2023), la vision que le sujet a de lui-même, de son corps, de ses capacités cognitives et motrices, et

qui dépend également du regard que portent les autres sur lui. Le sujet âgé traverse de nombreuses modifications, la perte de sensibilité, le vieillissement des fonctions psychomotrices, l'apparence physique qui change, la peau qui s'abîme, se fripe. Tous ces bouleversements amènent une certaine représentation du corps et de soi. Cela peut entraîner des affects dépressifs, c'est-à-dire des états avec une humeur dépressive (tristesse, sensation de vide) et une diminution de l'intérêt ou du plaisir. Les personnes âgées traversent de nombreux deuils, à la fois des deuils internes qui concernent leurs aptitudes : motrices et cognitives, avec notamment un ralentissement global mais également des deuils externes avec une « *perte de reconnaissance sociale et des deuils dans l'entourage* » (Morin, 2023, p.106).

Certains auteurs ont développé plus précisément le concept d'image du corps. Les perspectives de Nasio et Pireyre offrent des éclairages précieux.

Nasio, lui, dit : « *Je tiens l'Image du Corps pour la substance même de notre moi. Nous ne sommes pas notre corps en chair et en os, nous sommes ce que nous sentons et voyons de notre corps : je suis le corps que je sens et que je vois* » (Morin, 2023, p.106). Ainsi, Nasio insiste sur la perception subjective de notre corps, expliquant que l'image du corps est une construction propre à chacun dépendant de la perception que nous avons de nous-même.

Dans la définition que Pireyre (2021) donne, il intègre « *les notions de continuité d'existence, de peau – dont Anzieu cite les caractéristiques qu'elle permet d'intégrer, d'intériorité, d'identité et d'identité sexuelle* » (cité dans Morin, 2023, p.112). Pireyre (2021) parle de sous-composantes de l'image du corps. En ce sens, il insiste sur la perception de continuité de soi dans le temps, mais également sur l'identité, construction permise grâce aux processus d'individuation que nous détaillerons plus tard. Il évoque également l'importance de la peau, dans ses fonctions physiques et psychiques se référant à Anzieu et ayant une fonction essentielle de contenance et une place indéniable dans l'image du corps. L'intérieur du corps, la conscience des articulations, le tonus, les sensations et perceptions, les compétences communicationnelles et les angoisses archaïques sont également constitutives de l'image du corps.

Ainsi, l'image du corps est un concept très complexe, qui mérite un certain approfondissement pour en comprendre toutes les dimensions. D'après mes

observations, le vieillissement vient toucher ces sous-composantes, notamment en raison des modifications de la peau, de l'atteinte identitaire, des changements physiques et psychiques touchant la continuité d'existence. De surcroît, la diminution de certaines capacités sensorielles peut altérer la perception corporelle et atteindre l'image du corps du sujet.

## 2.7 Mémoire, attention et fonctions exécutives

### **Mémoire**

Il existe différents types de mémoire : la mémoire à court terme qui comprend la mémoire de travail et la mémoire à long terme qui comprend la mémoire épisodique, sémantique et procédurale.

La mémoire à court terme permet de mémoriser des informations pour les utiliser immédiatement.

La mémoire de travail est la seule mémoire à court terme, elle « *sous-tend les habiletés permettant de stocker et de manipuler la quantité limitée d'information qui se trouve dans le focus attentionnel.* » (Isigrini & Marquie, cité dans Albaret & Aubert 2001, p.78). On retrouve « une baisse de la mémoire de travail » (Lefèvre, 2023, p.38).

Cette mémoire joue un rôle fondamental dans les fonctions cognitives supérieures (langage, mémoire, raisonnement) et dépend donc de notre attention portée à la tâche en cours.

La mémoire à long terme permet quant à elle de stocker les informations sur une longue durée, il en existe trois types.

La mémoire épisodique est le « *souvenir explicite des expériences personnelles* » (Schacter et Tulving cité dans Albaret & Aubert 2001, p.78). Le déclin de la mémoire épisodique peut trouver son origine dans les difficultés du sujet âgé à utiliser les informations contextuelles susceptibles de leur servir d'indices pour la récupération de l'information cible » d'après Albaret et Aubert (2001, p.80). C'est la mémoire qui nous

permet de nous souvenir d'un événement, de sa date et son contexte car il a été marquant, comme le jour d'un mariage ou le souvenir de vacances à la mer. Ces souvenirs intègrent donc des informations sensorielles et émotionnelles et constituent une part importante de l'identité de chacun.

La mémoire sémantique concerne le « *stockage des connaissances conceptuelles intervenant dans le domaine du langage et dans l'élaboration des représentations abstraites* » (Albaret et Aubert, 2001, p.78). Le niveau lexical et les connaissances conceptuelles sont conservés. Toutefois, il existe des difficultés à récupérer certains mots ou concepts, les rappels se font lentement. Lorsqu'ils ont un mot « sur le bout de la langue », ils peuvent le récupérer s'il n'y a pas de limites de temps. « *Les déficits liés à l'âge en mémoire sémantique semblent plus liés au ralentissement de la vitesse de traitement qu'à un déficit concernant son contenu ou son organisation.* » (Albaret et Aubert, 2001, p.81).

Enfin, la mémoire non déclarative, également appelée procédurale : « *concerne une variété d'habiletés dans lesquelles une expérience antérieure influence la performance actuelle en l'absence de toute conscience* » (Albaret et Aubert, 2001, p.81). C'est la mémoire du savoir-faire, qui stocke des actions et des habiletés motrices.

Les apprentissages et habiletés motrices déjà acquises sont peu affectés par l'âge, mais les nouveaux apprentissages quant à eux, sont très ralentis (Lefèvre, 2023).

### **Attention et fonctions exécutives**

L'attention est une fonction qui nous permet de sélectionner l'information et de la garder consciente. Elle nous est nécessaire et dépend de nos capacités d'inhibition c'est-à-dire de notre capacité à nous empêcher d'agir automatiquement. L'attention peut être sélective, c'est notre capacité à nous intéresser à une seule information à la fois, ou alors divisée : pouvoir se concentrer sur différentes tâches simultanément, comme marcher et parler. Plus globalement, les capacités de concentrations diminuent dans toutes les tâches du quotidien : lire ou suivre une conversation par exemple.

Les fonctions exécutives permettent d'agir de façon organisée vers un but. Elles sont essentielles pour s'adapter aux situations et sont composées de la mémoire de travail permettant de garder en mémoire les informations utiles au sujet (Albaret & Aubert). On retrouve également le contrôle inhibiteur comme décrit précédemment, il peut être moteur ou cognitif. La flexibilité cognitive fait également partie des fonctions exécutives et nous permet d'ajuster et de réorienter le centre de son attention ; indispensable pour s'adapter aux changements. Enfin, il y a la planification qui implique l'élaboration et la coordination d'une séquence d'actions dirigées vers un but.

La flexibilité mentale est plus souvent touchée chez une personne âgée. En effet, passer d'une tâche à l'autre devient plus difficile.

Par ailleurs, les connaissances générales sont préservées : langage, raisonnement, calcul. (Lefèvre, 2023, p.38).

Après avoir compris les enjeux d'un vieillissement normal, nous permettant d'avoir une base de comparaison, nous nous intéressons maintenant au vieillissement pathologique. Ce vieillissement touche les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs et leurs fonctions psychomotrices.

## II- Vieillir avec un trouble : zoom sur les troubles neurocognitifs

### 1. Les troubles neurocognitifs

Un trouble neurocognitif (TNC) est d'après la Haute Autorité de Santé (2018, p.1) « *une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité.* »

Les troubles neurocognitifs peuvent être de légers à sévères selon le développement de la maladie. Nous regarderons les troubles neurocognitifs sous le prisme d'une atteinte sévère que l'on nomme troubles neurocognitifs majeurs, car c'est ce dont souffrent les personnes dont traite ce mémoire. Un TNC majeur correspond à ce qui était anciennement appelé démence et est caractérisé selon la Haute Autorité de Santé (2018, p.1)

*Une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment importante pour ne plus être capable d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne (perte d'autonomie) : gérer son budget, ses traitements, faire ses courses, utiliser les transports, le téléphone.*

Parmi les différentes pathologies présentant des troubles neurocognitifs, on retrouve la maladie d'Alzheimer. Cette pathologie est la plus fréquente et c'est celle à laquelle j'ai été le plus confrontée en stage.

#### 1.1 Zoom sur la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-évolutive, caractérisée par des déficits cognitifs (Ploton, 2009). Elle touche d'abord la mémoire et atteint d'autres capacités

cognitives telles que le langage, l'orientation spatiale ou encore l'attention. Cette maladie touche également les capacités motrices du sujet. Les symptômes s'aggravent progressivement, entraînant une détérioration cognitive et fonctionnelle sévère, entravant l'autonomie du sujet.

La maladie d'Alzheimer est un des principaux troubles neurocognitifs, dont le diagnostic clinique n'est pas certain puisqu'il est histologique et caractérisé par une accumulation de dépôts  $\beta$ -amyloïde qui forment des plaques amyloïdes autrement dites plaques séniles et une accumulation de la protéine Tau qui entraîne des dégénérescences neurofibrillaires. Cela provoque une perte synaptique et neuronale responsable des troubles neurocognitifs.

Les critères diagnostics donnés par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V) :

Pour le trouble neurocognitif majeur :

Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si l'un des éléments suivants est présent ; sinon une maladie d'Alzheimer possible sera le diagnostic retenu.

1. Mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.
2. Les trois critères suivants sont présents :
  - a. Présence évidente d'un déclin se manifestant dans la mémoire et l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif (d'après une anamnèse détaillée ou une série de tests neuropsychologiques).
  - b. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
  - c. Absence d'étiologies mixtes (c.-à-d. absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie mentale, neurologique ou systémique ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif). (DSM-V, 2013, pp.797-798)

Le Mini Mental State Examination, MMSE, est un test qui permet de déterminer les différents stades de la maladie. Il a été conçu à l'origine pour dépister et faire une évaluation quantitative des troubles cognitifs et pour suivre leur évolution (Folstein et al. cité dans Croisile, 2014). Il y a différents degrés d'atteintes en fonction de l'avancée de la maladie, on peut les catégoriser en fonction du MMSE autrement appelé MMS. On se réfère ici à Fillenbaum et al., (cité dans Croisile, 2014) qui ont contribué à la validation du MMS et qui ont déterminé différents stades.

Ainsi, dans le stade léger, (MMS de 20-26) l'évolution est longue, souvent très difficile à vivre pour les patients qui ont conscience de leurs troubles et difficultés, qui tentent de compenser autant que possible la perte de mémoire à court terme. Ainsi, il n'est pas rare que les personnes souffrant de maladies telles que l'Alzheimer souffrent de dépression, c'est le cas dans 50%. Le sujet trouve des stratégies pour compenser le manque du mot, ou l'oubli, en participant moins aux conversations, écrivant tout ce qu'il a fait et doit faire. Or, tout cela rend le quotidien plus fatiguant et difficile à gérer, éloignant des autres.

Au stade modéré et modérément sévère (MMS de 19 à 10), les troubles de la mémoire sont sévères, il y a une aphasie globale, c'est à dire de grandes difficultés à entrer en communication et à comprendre le sens des mots, cela éloigne de l'entourage car les troubles de la mémoire associés à l'aphasie rendent la relation difficile.

*A l'accueil de jour, les repas du midi sont des temps thérapeutiques auxquels j'ai participé d'octobre à fin janvier. Le calme et même le silence des repas m'a beaucoup surpris au début, j'ai dû réfléchir à ma façon d'accompagner ce temps, pour proposer quelques stimulations mais également travailler sur moi pour accepter ce silence, comme faisant partie de ce temps.*

On retrouve des troubles gnosiques et praxiques avancés ainsi qu'une altération des fonctions exécutives et du jugement.

Des troubles psychocomportementaux sont également observés, ce sont « des comportements perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui » (Martin et Roux, 2018, p.631) : ce sont des comportements qui dévient par rapport à la norme. Les manifestations des troubles psychocomportementaux sont variées et peuvent

revêtir des formes aussi bien verbales que physiques. Parmi celles-ci, on retrouve des états d'agitation qui se manifestent par des comportements verbaux et gestuels.

L'anxiété est souvent exprimée à travers des déambulations incessantes, traduisant un besoin impérieux de marcher, parfois sans finalité apparente. On peut également retrouver des compulsions telles que des conduites alimentaires compulsives comme le grignotage, ou encore des troubles du sommeil (Boulinguez, 2023).

Ainsi, au stade modéré, les conséquences sur l'autonomie sont importantes. Toutes les atteintes entraînent des difficultés à entrer en communication avec autrui, à être indépendant pour les activités de la vie quotidienne. Enfin, les troubles psychocomportementaux entraînent parfois des mises en dangers et sont ce qui amène le plus souvent à l'institutionnalisation du sujet.

Lors du stade sévère (MMS <9), les facultés cognitives sont déstructurées, les troubles psychocomportementaux sont majeurs, le patient a une anosognosie, c'est-à-dire une incapacité à reconnaître son trouble. Cette anosognosie peut amener le sujet à avoir des comportements dangereux pour lui. A ce stade de la maladie, l'individu n'est également parfois plus en mesure de se reconnaître, de savoir qui il est. Le sujet souffre d'une désorientation temporo-spatiale sévère et donc d'une perte totale d'autonomie (Lefèvre, 2023).

## 1.2 Altération des fonctions psychomotrices

Nous nous intéresserons au cas des troubles neurocognitifs majeurs et donc à une atteinte modérément sévère à sévère. C'est la sémiologie psychomotrice que nous allons détailler, basée à partir de l'apport de Lefèvre (2023).

### 1.2.1 Tonus et motricité

On retrouve chez les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées, un niveau tonique élevé : une hypertonie. En effet, l'altération du tonus peut influencer la posture et l'équilibre, ayant des conséquences sur le mouvement. Cette hypertonie

impacte la motricité. Nous pouvons observer une instabilité psychomotrice qui se traduit par des tasinésies. Ce sont des mouvements compulsifs et des déambulations qui traduisent généralement les angoisses du patient (Lefèvre, 2023).

A un stade sévère de la maladie, ces personnes peuvent manifester une apathie motrice, avec des difficultés majorées à initier le mouvement. La marche devient très difficile jusqu'à devenir une apraxie de la marche, autrement appelé syndrome d'astésie-abasie entraînant une impossibilité à la marche (Lefèvre, 2023).

### 1.2.2 Gnosies et praxies

Les personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées ont « *des agnosies visuelles, auditives, somesthésiques, spatiales et des prosopagnosies et asomatognosies* » (Lefèvre, 2023, p.45). Les agnosies sont des difficultés à reconnaître les objets. De plus, ces personnes présentent des « *Apraxies idéatoires, idéomotrices, constructives, d'habillage, mélokinétique (relatives aux membres) ou dynamique, réflexive, frontale, bucco-faciale, agraphie* » (Lefèvre, 2023, p.45). Elles entraînent des difficultés d'utilisation des objets. Ainsi, l'association des agnosies et des apraxies rend difficile l'autonomie.

### 1.2.3 Latéralité

Le sujet a de grandes difficultés de différenciation latérale, ce qui conduit à des répercussions sur la motricité.

*Mme B. décrite précédemment est à table avec moi un midi, elle mange mixé et utilise donc une cuillère. Elle utilise parfois sa cuillère du côté droit, d'autre fois du côté gauche, je n'arrive pas à savoir de quel côté elle est plus à l'aise et si elle est droitnière ou gauchère.*

#### 1.2.4 Espace et temps

Les troubles neurocognitifs s'accompagnent d'une désorientation temporo-spatiale. Cette désorientation touche en premier lieu l'organisation temporelle, avec une perte de repères dans le temps. En effet, les sujets ont du mal à se resituer dans le temps. La durée du temps qui passe est changée (Lefèvre, 2023).

*A l'accueil de jour, plusieurs fois par jour, les personnes nous disent qu'ils s'en vont, que c'est l'heure de rentrer chez eux. Cette réaction peut être liée à la désorientation temporelle mais également aux troubles de la mémoire.*

Dans un second temps, il y a une désorientation spatiale. Qui touche d'abord la structuration, puis l'orientation jusqu'à la perception, empêchant l'individu de percevoir correctement l'environnement dans lequel il se trouve (Lefèvre, 2023).

De semaines en semaines j'ai été confrontée à des patients en perte de repères, en raison de leur désorientation temporo-spatiale. On pourrait qualifier ces repères d'externes, car ils concernent des difficultés de compréhension d'éléments extérieurs au sujet. La perte de repères concerne également les difficultés à comprendre et lire leurs émotions, leur vécu et parfois à comprendre qui ils sont, on pourrait les qualifier de repères internes car ils traitent de ce qui est inhérent au sujet.

*Nous sommes le 19 octobre 2023, lors du temps d'accueil, beaucoup nous demandent pourquoi ils sont là, ce qu'ils font ici. Ces moments marquent un profond désancrage à la réalité et s'associent d'angoisses liées à l'absence de repères. Ce jour-là, Monsieur G. arrive à l'accueil, il est paniqué, ne sait plus où il se trouve. Les ambulanciers l'aident à retirer son manteau, il quitte avec difficulté la chaise roulante et se verticalise. Ces derniers l'aident à s'asseoir sur le canapé de l'entrée. Monsieur G. n'a pas le temps de sentir l'assise derrière lui, il se retrouve assis, le regard paniqué. L'alarme se met à sonner, c'est un essai. Cela semble provoquer chez une majorité de personnes de l'inquiétude, les regards se lèvent, questionnent. Je m'assois à côté de Monsieur G. lui rappelle le lieu dans lequel nous sommes et l'aide à se diriger vers la salle à manger. Je lui explique qu'il pourra s'asseoir et partager une boisson chaude auprès du groupe.*

*Je détaille les actions, le chemin que l'on prend dans l'objectif de l'aider au maximum à comprendre l'espace et le temps dans lequel nous sommes.*

*En fin de journée, Mme W. m'interpelle. Elle est angoissée, elle me parle de sa copine, la dame d'à-côté. Elle a peur que celle-ci ne puisse pas rentrer chez elle, elle répète sans cesse la même chose, je valide son ressenti, lui dit que j'entends ce qu'elle me dit, que c'est quelque chose qui la préoccupe et que son amie va pouvoir rentrer, que c'est prévu. Je me demande si son inquiétude, peut-être une peur d'abandon, serait sa propre angoisse qu'elle projette sur son amie et qui reflète la sienne.*

Ces exemples traduisent une grande désorientation temporo-spatiale pouvant être vecteur d'anxiété.

### 1.2.5 Schéma corporel

Les troubles neurocognitifs s'accompagnent d'une déstructuration du schéma corporel. Les personnes se retrouvent en difficulté pour situer les différentes parties de leur corps dans l'espace, ces difficultés vont rendre plus compliquée l'adaptation du geste et donc impacter l'autonomie du sujet (Lefèvre, 2023).

*Ainsi, Mme B. est une femme octogénaire, je la vois pendant un atelier proposé par l'ergothérapeute. Cette dernière propose de poser les mains sur les épaules et de faire des rotations pour réveiller les articulations. Mme B semble ne pas savoir où sont ses épaules, malgré le travail en miroir elle semble perdue et n'arrive pas à poser ses mains dessus. Je vais alors la voir et après lui avoir demandé si je peux la toucher, je pose mes mains sur ses épaules et effectue des pressions en lui disant que ce sont ses épaules. Je repars et me mets face à elle pour reprendre le mouvement, elle arrive alors à poser une main sur l'épaule.*

### 1.2.6 Représentations affectives de soi et du corps :

Les représentations de soi et du corps sont bouleversées par la maladie, le corps est ébranlé par la pathologie, en perte de sens, de repères et de compréhension du vécu.

La perception d'une unité corporelle est altérée et on constate des « *troubles de l'identité, troubles majeurs des conduites alimentaires et des conduites sexuelles* » (Lefèvre, 2023, p. 44).

L'image du corps, définie précédemment, comme un concept dépendant de différentes composantes, est fortement atteinte. En se référant à Pireyre (2021) et d'après mes observations cliniques, les sujets ont des troubles du schéma corporel et de la perception d'eux-mêmes. Cette altération peut se traduire par une méconnaissance de leur apparence physique, voire une non reconnaissance d'eux-mêmes. De plus, les troubles de la mémoire viennent affecter la continuité d'être, de leur identité et donc impacter l'image du corps.

Cela nous conduit à examiner plus attentivement les conséquences de cette altération de l'identité chez les individus souffrant de troubles neurocognitifs majeurs.

### 1.2.7 Mémoire, attention et fonctions exécutives

Les sujets atteints de troubles neurocognitifs majeurs présentent des déficits cognitifs importants.

#### **Mémoire :**

Les troubles de la mémoire sont caractéristiques des troubles neurocognitifs.

Les troubles de mémoire explicite : c'est-à-dire de la mémoire épisodique et sémantique touchent la mémoire antérograde. La mémoire épisodique est spécifiquement touchée, ce qui affecte la capacité à former de nouveaux souvenirs, à se rappeler d'événements récents. La mémoire sémantique est également impactée, ce qui perturbe la capacité à se souvenir des idées ou des notions apprises récemment. De plus, l'évolution de la maladie entraîne également des altérations de la mémoire rétrograde. Le sujet a alors des difficultés à se remémorer des événements passés le concernant, ainsi que des connaissances sémantiques acquises précédemment. Cette situation fragilise l'identité du patient, car elle compromet sa

capacité à se souvenir des éléments qui ont contribué à façonner sa vie (Lejeune, 2010).

Cependant, malgré ces perturbations de la mémoire explicite, la mémoire implicite, qui comprend la mémoire procédurale, reste relativement préservée chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Cela signifie que les automatismes, les compétences motrices et les routines acquises précédemment peuvent être maintenues dans une certaine mesure, offrant ainsi une forme de continuité et de stabilité dans la vie quotidienne du patient (Lejeune, 2010).

### ***Attention et fonctions exécutives :***

Le sujet va présenter des difficultés à porter son attention sur la tâche en cours, mais également à filtrer les informations (Lefèvre, 2023). Ces difficultés d'attention et d'inhibition entraînent des complications dans les tâches du quotidien, compliquant les situations en double tâches comme marcher et parler ou discuter autour d'un repas.

Le sujet souffre d'une atteinte sévère concernant les capacités cognitives, notamment exécutives. Sachant les troubles de la mémoire dont souffre le sujet et ses difficultés d'attention et d'inhibition, il va être difficile pour le sujet d'agir de façon organisée vers un but. Les fonctions exécutives vont être altérées, rendant plus difficile le contrôle des impulsions, pouvant se traduire par des troubles psychocomportementaux, comme détaillés précédemment.

### III- Construction et atteinte de l'identité

#### 1. Définition de l'identité

L'identité c'est ce qui est propre à chacun, c'est « *l'ensemble des données de fait et de droit qui permettent d'individualiser quelqu'un (date et lieu de naissance, nom, prénom, filiation, etc.)* » (Larousse, s.d.).

L'identité est constituée d'un tout, d'un ensemble vaste de facteurs que je ne détaillerai pas ci-dessous mais qui construisent l'identité du sujet. Nous n'aborderons ici que quelques aspects de l'identité.

Michelle Joulain (2011) nous apporte un éclairage sur cette notion complexe. Tout d'abord, il n'existe pas une seule identité, mais plusieurs identités : on peut parler d'identités plurielles constitutives de l'identité du sujet.

Michelle Joulain, parle de la place de la norme et des représentations sociales comme participants à l'identité. Les normes correspondent à « *des règles et à des exigences acceptées collectivement, résultant de divers consensus sociaux* » (2011, p.18). Ces normes permettent d'adapter nos comportements en fonctions des situations mais elles peuvent également « *enfermer dans des rôles et des attentes inappropriées* » (2011, pp.18-19). L'identité peut être définie de multiples manières, à travers différents regards, ethnologiques, sociologiques, corporels et psychomoteurs. La définition donnée ci-dessous est non exhaustive et donne un aperçu des éléments qui figurent et qui construisent l'identité.

##### 1.1 Les grandes dimensions de l'identité personnelle :

L'identité est évolutive et se modifie tout au long de la vie, elle est selon Tap :

*Faite de multiples identités (civile, sexuelle, familiale, corporelle, liées à nos appartenances sociales, idéologiques, compétences, goûts, positions sociales, aspirations etc.) qui forment une sorte de tout, une unité. L'identité*

*est résultante d'une construction cognitivo-affective, faite de sensations, émotions, sentiments, comme de traitements sur soi et les autres. Elle a un caractère à la fois social et personnel et elle s'élabore avec et à travers autrui.*  
(Cité dans Joulain, 2011, p.23)

Ainsi, l'identité est un processus complexe qui ne dépend pas que d'un facteur et qui est mouvant, se construisant dès l'enfance, évoluant au cours de la vie. Etant à la fois propre à chacun et en même temps conditionnée par l'environnement social du sujet, elle s'élabore également par le biais du regard des autres. Les événements de vie du sujet, ses valeurs, ses goûts évoluent tout au long de son existence, de ses expériences et l'identité est en ce sens intimement propre et unique à chacun.

L'identité, c'est exister au travers du regard de l'autre et du sien, se sentir inclus, valorisé et reconnu pour la personne que nous sommes, unique, différenciée, avec un « moi » qui nous est propre.

M. Personne considère que l'identité est « *le corps que je suis [...], que je suis devenu* » (2011, p.11). « *Le corps en tant que support identitaire permet de relier, au travers d'une aire transitionnelle, le monde interne, du monde externe* » (2011, p.11) On peut ici, relier cette vision à celle d'Anzieu qui a théorisé le Moi-Peau. En effet, le corps a un intérieur, avec toute sa vie psychique, ce que le sujet ressent, sa mémoire corporelle. Ce corps est délimité d'une peau qui fait interface avec l'extérieur, avec ce monde externe dont parle M. Personne et sur lequel le sujet agit. Le corps a éminemment une place centrale dans l'identité. La structuration corporelle et psychocorporelle s'élabore dès l'enfance, en lien avec la maturation cérébrale et les expérimentations sensori-motrices du jeune enfant. « *La certitude d'un corps, l'appropriation de son image ne sont pas données d'emblée* » (Maintier, 2011, p.35). Ainsi, le jeune enfant n'a pas une connaissance innée de son schéma corporel. Il s'élabore durant l'enfance et est remanié tout au long de la vie. La connaissance du corps joue une place importante dans la construction de l'identité du sujet. L'image du corps quant à elle n'est pas objective, elle est propre à chacun, et concerne « *à la fois la structure psychique et sociale de l'individu* » (Maintier, 2011, p.37). C'est une image mouvante de soi, qui évolue tout au long de la vie et qui est construite à partir des représentations que l'on se fait de notre corps et influencées par les représentations sociales du corps.

Ainsi, l'identité est un concept complexe, qui se met en place en parallèle du processus d'individuation et qui évolue tout au long de la vie.

## 2. Construction identitaire

### 2.1 De la dépendance absolue, d'un état de fusion...

L'enfant à sa naissance est totalement dépendant de son environnement, indifférencié de l'autre avec lequel il entretient une relation presque symbiotique.

Winnicott a travaillé sur le développement précoce de l'enfant lui permettant une certaine autonomisation. La première période est une période de dépendance absolue dans laquelle l'enfant est totalement dépendant de son environnement physique et affectif, mais n'en a aucune conscience selon Winnicott (cité dans Jean-Pierre Lehmann, 2011). Ainsi, la mère, terme utilisé par Winnicott entendu au sens de mère environnement, celle qui prend soin, autrement appelée caregiver, est dans un état de ce qu'il nomme, la préoccupation maternelle primaire. C'est un état, que Winnicott appelle « *l'état d'unité* » (Houzel, 2016, p.117), dans lequel la mère s'identifie à son bébé et c'est cette identification qui lui permet d'être en mesure de répondre aux besoins de l'enfant et de soutenir son sentiment continu d'exister (M. Bydlowski & Golse, 2001).

Ainsi, pour Winnicott, la place du développement primaire est fondamentale dans la construction de l'enfant, Bowlby (cité dans Dugravier & Barbey-Mintz, 2015) considère également les premiers liens d'attachements comme essentiels dans le développement de l'enfant et dans sa construction identitaire.

En effet, selon Bowlby (cité dans Dugravier & Barbey-Mintz, 2015), tout ce que vit le bébé dans son plus jeune âge a un impact sur son développement futur, à la fois dans sa dimension psychomotrice, sociale et émotionnelle. A partir des théories fondées sur l'éthologie, il va mettre en avant la place de l'attachement dans la construction développementale du bébé.

Le nourrisson est un être social, dès le début de la vie, il utilise certains comportements pour capter l'attention du caregiver : le sourire, les pleurs, l'agrippement ou encore les vocalises puis la marche. Les moments durant lesquels l'enfant se sent en danger, vont provoquer des réactions : cris ou pleurs qui vont mettre en alerte le caregiver. La disponibilité physique et émotionnelle du caregiver joue tout son rôle dans un attachement sécure.

Cet attachement permet à l'enfant de construire sa sécurité de base, vers laquelle il peut revenir en cas de besoin. A partir d'elle, il va pouvoir s'éloigner pour explorer le monde, pour expérimenter, découvrir son environnement. C'est ce qui va permettre au bébé d'explorer avec assurance. La confiance dans la relation au caregiver permet au bébé d'avoir petit à petit confiance en soi.

Ainsi, Bowlby, comme Winnicott considèrent que le caregiver a un rôle à jouer dans sa façon de s'occuper de l'enfant. Winnicott a théorisé ce qu'il nomme la mère suffisamment bonne (cité dans Lehmann, 2011).

En effet, selon lui, la mère doit être suffisamment bonne, c'est-à-dire qu'elle est à la fois, ni trop présente, ni trop absente, laissant à l'enfant la possibilité d'éprouver une certaine frustration.

Pour cela, trois fonctions sont indispensables au bon développement de l'enfant.

Le Holding : c'est la tenue à la fois physique et psychique du bébé par la mère, cette tenue bien présente et vivante permet d'apporter le soutien nécessaire au bon développement de l'enfant. Le bébé ressent la façon dont le caregiver prend soin de lui. La tenue lui permet une meilleure intégration des sensations et lui permet de développer le « Je suis » c'est-à-dire d'un Moi différencié (Winnicott, cité dans Lehmann, 2011).

Le handling : c'est ce qui fait partie intégrante de la tenue de l'enfant : c'est la façon qu'a la mère de s'occuper au sens physique, c'est-à-dire de prendre et manipuler l'enfant. La façon dont l'adulte va manipuler l'enfant va lui permettre de prendre conscience de ses sensations, de son vécu, de ses limites ; plus globalement de son corps propre (Winnicott, cité dans Lehmann, 2011).

L'object-presenting : c'est le mode de présentation de l'objet, il est essentiel et prédécesseur de l'espace transitionnel. La mère est le premier objet de l'enfant, « *la mère fait figure du premier Autre* » (Weyl & Benhaïm, 2015, p.15).

On constate donc que la place du toucher, du portage, de ce que Winnicott nomme le Holding et Handling, est au cœur de ce qui permet à l'enfant de construire ses limites et sa place de sujet. Ainsi, le corps semble avoir une place centrale dans la différenciation du sujet. La mère suffisamment bonne permet de faire émerger un sentiment de personnalisation, c'est-à-dire de subjectivité, permettant également au bébé de mieux intégrer ses sensations et donc de développer le « je suis » ou le « moi ».

Toutes ces interactions entre la mère et le bébé se font principalement à travers le corps, à travers ce qu'Ajuriaguerra nomme le dialogue tonico-émotionnel.

### ***Le dialogue tonico-émotionnel***

Le premier mode de communication chez le bébé est son corps. En effet, une sensation désagréable de faim par exemple sera traduite par une hypertonie, c'est-à-dire par une élévation de tonus. A l'inverse, après avoir mangé, le bébé ressentira un état de bien-être et de satisfaction que l'on pourra observer par une hypotonie. C'est une forme de communication infra-verbale puisque l'enfant exprime ses besoins et ses états par son état tonique.

Or, tonus et émotion sont intrinsèquement liés : en effet, Wallon (cité dans Bachollet & Marcelli, 2010) considère que le tonus est le support des émotions. En effet selon Ajuriaguerra, (cité dans Pireyre, 2021, p.90) « *Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature ... il en résulte, pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui le caractérise* ». Ajuriaguerra décrit ensuite le dialogue tonico-émotionnel comme « *le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge* » (cité dans Bachollet & Marcelli, 2010, p.14).

Ainsi, le bébé lorsqu'il est porté par son parent, son caregiver, va ressentir les variations toniques de celui qui le porte. D'autres facteurs entrent en jeu : « *tonus des*

*bras, rythme de portage, mimique du visage, mimique de la voix (prosodie) formant ce que l'on pourrait appeler de façon plus précise le dialogue tonico-prosodico-mimi-émotionnel* » (Bachollet et Marcelli, 2010, p.15). Le caregiver interprète l'émotion qu'il lit sur le visage et dans la tonicité de l'enfant et aide son bébé à y mettre du sens, par ses mots et par l'émotion de son visage qui se modifie. Ainsi, l'émotion du bébé s'exprime à travers son tonus. La mère, portant son bébé va adapter son tonus à celui de son enfant. Ainsi, la modification de l'état tonique de la mère s'accompagne d'une modification de son expression. Elle met également en mot ce qu'elle perçoit de l'émotion de son bébé : c'est ainsi que se joue le dialogue tonico-émotionnel. Saint-Cast et Gauducheau (2016, p.69) pensent que le caregiver doit pouvoir aider le bébé à apaiser ses émotions, à y mettre du sens car « *les émotions façonnent le tonus musculaire, et que du tonus musculaire dépendent la liberté d'action et toutes les réalisations physiques, cet équilibre psychocorporel sera menacé* ». La mise en sens du vécu permettra une meilleure régulation tonique indispensable au développement d'une motricité adaptée et donc à une certaine autonomisation.

La communication infra-verbale, passant par le corps, est utilisée tout au long de la vie, et prend une place centrale dans les échanges, dans la relation lorsque les mots ne sont plus possibles, auprès de personnes atteintes de troubles neurocognitifs notamment.

En conclusion, on comprend l'impact qu'ont les interactions précoces dans l'autonomisation de l'enfant puisque par une disponibilité et sécurité suffisante du parent, l'enfant pourra explorer son environnement en sécurité. Toutes ces interactions sont sous-tendues par le dialogue tonico-émotionnel, permettant un ajustement tonico-émotionnel de l'enfant, nécessaire au développement des acquisitions motrices et donc à l'autonomisation.

## 2.2 Vers l'indépendance et la différenciation

### 2.2.1 L'espace transitionnel

La construction narcissique dès les premiers mois de la vie est indissociable de l'environnement maternel. Selon Donald Winnicott (cité dans Lehmann, 2007) ce qu'il nomme le narcissisme primaire est corrélé au lien précoce entre l'enfant et sa mère.

Durant cette période initiale, l'enfant expérimente le monde à travers son propre corps et sa relation fusionnelle avec sa figure maternelle. Ce stade constitue une phase cruciale où l'enfant se perçoit comme une extension de sa mère et où son sens de l'identité et de la sécurité émerge de cette fusion symbiotique.

Après cela, un espace potentiel que Winnicott (cité dans Lehmann, 2007) nomme l'aire transitionnelle se met en place.

Petit à petit l'enfant va apprendre à être seul ; cette autonomisation s'acquiert en plusieurs temps selon Winnicott. « *Je suis seul* » (1958, p.209) peut exister, grâce à l'intégration de son unité et par l'intériorisation de l'existence permanente de la mère.

Ainsi, l'enfant passe d'un état de dépendance absolue, à une dépendance relative puis au stade d'indépendance. Cette dernière période suppose que « *l'environnement a été intériorisé* » (Lehmann, 2011, p. 51). Cela signifie que le bébé garde le souvenir de la présence de la mère, de ses soins, lui permettant ainsi, de pouvoir exister seul.

L'objet transitionnel est « *la première possession non-moi* » (Winnicott, 1975, p.110). C'est l'objet qui va permettre la prise de distance entre la mère et l'enfant, c'est ce qui permet de scinder la fusion de la séparation, de passer de la symbiose à la différenciation.

L'objet transitionnel permet le passage à l'aire intermédiaire qui permet la différenciation entre le moi et le non moi. L'objet transitionnel est la forme visible des processus transitionnels qui organisent le psychisme. Il permet un premier décollement avec les objets maternels, un premier mouvement vers l'indépendance : l'enfant a son pouce ou son doudou, il peut se passer du sein de la mère. Ainsi, cet espace transitionnel permet une séparation avec la mère qui mène petit à petit à l'indépendance.

### 2.2.2 Le Moi-peau

La construction d'un Moi, se construit en parallèle de ce qu'Anzieu nomme le Moi-peau. Anzieu porte ses réflexions à partir d'une pensée de Freud (cité dans Dejours, 2009, p.228) « *Le Moi est avant tout un Moi corporel* » et qu'il se construit sur la base de sensations corporelles. Ainsi, Anzieu va travailler autour du concept de Moi-peau et de la notion d'enveloppe.

Théorisé par Anzieu, « *le moi-peau trouve son étayage sur trois fonctions de la peau* » (1985, p.207). La peau comme contenant des expériences précoces significatives, comme limite entre le dedans et le dehors : l'intérieur du corps et l'extérieur, dans lequel la peau a un rôle de frontière entre les deux, « *c'est la barrière qui protège des avidités et des agressions en provenance des autres, êtres ou objets* » (Anzieu, 1985, p.207) et enfin comme médiation des relations interpersonnelles. Ainsi, la peau n'est pas seulement une interface physique qui délimite l'intérieur du corps des éléments extérieurs. Elle a également cette fonction de contenance des éléments psychiques.

Dans un premier temps, lors des interactions précoces, l'enfant est porté, tenu, contenu par son parent qui fait office de pare-excitation. Une peau fantasmatique commune se forme entre la mère et l'enfant qui est enveloppé par cette dernière. Cette peau est dépendante de la qualité des soins reçus par l'enfant. Petit à petit, cette peau commune, comme une unité à part entière, subit des éloignements au travers desquels s'opèrent une différenciation entre la mère et l'enfant. Cette étape permet à l'enfant de construire son Moi-peau, avec ses propres limites corporelles et donc de construire sa propre enveloppe distinguant son « moi », de l'autre.

Ainsi, le Moi-peau, c'est la réalité fantasmatique, selon laquelle l'enfant développe une représentation de son corps, de ses expériences corporelles. C'est selon Anzieu (1985, p.207), « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme "Moi" contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* ».

### 2.2.3 Le stade du miroir

Lacan (cité dans Assoun, 2019) apporte un autre éclairage sur la construction d'un sujet différencié, autonome. Il théorise le concept du stade du miroir entre 6 et 18 mois, non sans lien avec la construction du « je ». A cette période, l'enfant fait face à son image, c'est le moment où il est capable de se reconnaître dans le miroir. Ce moment crucial marque une transition essentielle dans la formation de l'identité de l'enfant, car il lui permet de percevoir son propre corps comme un tout unifié et distinct des autres objets.

Le bébé va s'intéresser à ce qu'il voit dans le miroir, il voit une tête qui bouge dans le miroir lorsque lui-même bouge sa tête, ce lien entre ce qui est senti et vu est appelé aperception. Il commence donc à reconnaître ce qu'il voit comme étant lui-même.

Avant ce stade, le bébé éprouve son corps à travers ses différentes sensations liées à ses différentes expérimentations. L'enfant a une image fragmentée de son corps et l'image spéculaire lui permet d'intégrer ses sensations sous une unité. Lorsqu'il peut reconnaître grâce à l'image spéculaire, son image, il va pouvoir différencier comme ce qui lui appartient, qui est « soi », de ce qui n'appartient pas à son corps, qui est autre, autrement dit « non soi ». Ainsi s'opère une différenciation entre dedans, soi, et dehors, le non soi. L'enfant perçoit son image et s'y identifie, cela construit la base de son identité. Le « je » peut se mettre en place grâce aux relations aux autres, en effet, « je », existe car « un autre » existe.

Cette période permet le développement de l'identité du sujet, puisqu'il fait émerger chez le bébé une première image de lui, une première unité de son corps. « *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je.* » (Lacan, cité dans Assoun, 2019, p.32).

Ainsi, le « Je » se construit au fil du temps, et différents concepts nous aident à comprendre ce qui se joue pour amener le sujet vers l'indépendance, l'autonomisation et une construction de sa propre identité.

#### 2.2.4 Vrai self et faux self

Lorsque le sujet s'autonomise, qu'il se différencie, son identité peut alors se présenter sous forme de « vrai self » et « faux self », théorisés par Winnicott (cité dans Agostini,

2005). Ces concepts sont essentiels pour comprendre comment les personnes développent et maintiennent une identité authentique et leur relation avec le monde extérieur.

Le vrai self représente l'essence authentique de l'individu, son « moi » véritable et spontané, c'est sa vie psychique interne. C'est la partie de la personnalité qui est authentique, créative, et en accord avec les véritables besoins et désirs de l'individu. Le vrai self émerge lorsqu'un individu se sent suffisamment en sécurité et soutenu pour être lui-même sans crainte de rejet ou de désapprobation.

Le faux self, quant à lui, représente une façade ou un masque que l'individu utilise pour répondre aux attentes sociales. Le vrai-self est donc toujours protégé d'une part de faux self. Toutefois, si le faux self a une place prépondérante, il peut l'amener à dissimuler constamment ses véritables pensées, émotions et désirs derrière une façade socialement acceptable.

Donc, l'environnement précoce a un rôle majeur à jouer dans le processus d'individuation, dans la construction d'un « moi », unifié et singulier. Toutes ses étapes sont essentielles pour permettre au sujet de se construire, de construire les fondements de son identité. Or, cette identité se modifie, au cours de la vie, et notamment lorsque des troubles apparaissent.

### 2.3 Zoom sur l'atteinte identitaire chez les sujets atteints de troubles neurocognitifs majeurs

La personne âgée subit le regard extérieur portant une vision négative des représentations du vieillissement. Pour comprendre les représentations négatives qui touchent les personnes âgées et qui peuvent être vecteurs d'une fragilité identitaire et d'une faible estime de soi, il faut d'abord comprendre la notion de représentation sociale. C'est selon Joulain (2011, p.20) :

Un ensemble de connaissances, jugements, opinions, croyances, qui sont partagées socialement, construites et véhiculées par le langage (aspect discursif), mais aussi à travers les conduites et les pratiques.

Ainsi, les personnes âgées ne correspondent pas à ce qui est prôné et valorisé socialement : « *la jeunesse, la rapidité, la compétitivité, la séduction, la vitalité* » (2011, p.20). Au contraire, selon Lavalée, Bélisle et Denis (cité dans Joulain, 2011, p.21), c'est « *l'image de fragilité, de faiblesse, d'inutilité, de personne attendant la mort ou que l'on doit protéger, qui colle à la peau de la personne âgée comme un préjugé qui perdure dans la société* ». On les associe à tout un ensemble de stéréotypes tels que la sagesse, les cheveux blancs, les troubles de la mémoire, oubliant que derrière ces représentations, une personne singulière existe, avec ses goûts, ses désirs, ses peurs, son histoire. L'identité des personnes âgées se modifie et est soutenue par les représentations négatives et aux antipodes de ce qui est prôné dans la société et qui donne une image violente et difficile à accepter de leur personne.

*J'ai beaucoup entendu à l'accueil de jour ces quelques mots « oh c'est pas beau de vieillir, pas beau », lorsqu'une personne mettait un certain temps à se lever, se déplacer ou encore à répondre à une question, mais également dans des moments d'angoisses et de pleurs.*

*A l'accueil de jour, une femme, Mme C. porte souvent des tenues très colorées, associant différents motifs, couleurs et accessoires vifs. Une accueillie me dit un jour, qu'elle trouve cela beaucoup trop exubérant pour une femme de son âge.*

Le jugement que chacune de ces personnes se porte ou porte aux autres, est conditionné par le regard sociétal qui est porté à la personne âgée, regard qui amène souvent à une certaine dévalorisation. Ainsi, on attend des personnes âgées qu'elles aient un style qui leur soit commun, avec des habits peu modernes, sans quoi ils devraient affronter le jugement des autres. Je me suis demandée comment nous pouvions faire pour soutenir au maximum leur identité, leurs choix et leurs goûts malgré ce poids social qui pèse sur eux.

L'identité du sujet peut être ébranlée par le diagnostic d'une pathologie. M. Personne parle de la violence du diagnostic et du fait que cela peut amener une « *rupture dans l'identité* » (2011, p.12). En effet, l'annonce du diagnostic peut être vécue comme traumatisante pour le sujet, qui se retrouve sans moyens, démuné face à cette pathologie, impuissant.

*Un Monsieur de l'accueil de jour, Monsieur S. est atteint d'une maladie à corps de Lewy associant des troubles cognitifs, un syndrome extrapyramidal et des hallucinations. Ce Monsieur a toutefois eu très peu d'hallucinations depuis le début de sa maladie. A chaque séance, il rappelle toujours durant le temps de verbalisation qu'il a été diagnostiqué il y a 3 ans. Il ajoute que c'était difficile et que la mise en mouvement est importante pour son corps. C'est pourquoi nous explique-t-il, il fait des exercices physiques conseillés par son kiné tous les jours.*

On voit ici comment l'annonce du diagnostic a pu faire effraction dans l'identité de ce Monsieur, qui rappelle tout le temps la place de sa maladie.

Le corps est particulièrement impacté par le vieillissement et encore plus lorsque le sujet est malade. Sachant que le corps joue une place centrale dans l'identité du sujet, il est important de centrer son attention sur le regard porté au corps du sujet âgé atteint d'un trouble neurocognitif. Le corps n'est pas uniquement un corps malade, objet de soin : « *Il est donc essentiel de prendre conscience que le corps de l'humain n'est pas un objet, il est identité.* » (Personne, 2011, p.9).

D'autre part, le schéma corporel est très déstructuré chez les personnes souffrant de troubles neurocognitifs majeurs. Cette altération entraîne une détérioration de l'identité corporelle.

Maintier estime que « *le temps amène à la déconstruction de ce qui fut élaboré au jeune âgé* » (2011, p. 41). En effet, les troubles mnésiques peuvent entraîner des « *problèmes de différenciation entre intérieur et extérieur* » (2011, p.41). S'installe alors une certaine confusion des souvenirs, de soi et provoque une désunification de l'image du corps. Les sujets peuvent être confrontés à une image du corps morcelée, à des vécus fragmentés, entraînant des confusions qui deviennent source d'angoisses « *Le sentiment de continuité est remplacé par celui de discontinuité.* » (Maintier, 2011, p.41).

Ces personnes sont particulièrement impactées dans leur identité, notamment en raison des différentes pertes qu'elles subissent. La désorientation temporo-spatiale à laquelle ils doivent faire face est responsable de perte de repères sur ce qui les entoure, associée à cette perte, les troubles de la mémoire comme détaillés plus haut impactent sévèrement le sujet. En effet, la mémoire et notamment la mémoire épisodique est une fonction qui inscrit le sujet dans son histoire, elle est ce qui permet de se souvenir d'un moment heureux, comme d'une soirée triste marquante ou d'un évènement traumatisant. Les souvenirs sont la trace du passé du sujet, d'une partie de lui, d'un bout de sa vie. Ils sont la marque de leur identité. Ainsi, lorsque la mémoire s'efface, les souvenirs se dissipent, gommant une part de leur identité.

## **PARTIE 2 : CLINIQUE**

### **I- Présentation du lieu de stage :**

#### **1. Entrée à l'accueil de jour**

Le stage se déroule dans un accueil de jour accueillant une vingtaine de personnes tous les jours. Ces derniers viennent un à deux jours par semaine. Les groupes de personnes venant le même jour sont organisés de façon homogène. Les personnes étant ensemble ont des difficultés similaires liées à leur atteinte cognitive.

La personne et la famille rencontrent dans un premier temps le médecin coordinateur et la responsable de l'accueil de jour. Cela permet de savoir si ce lieu d'accueil est adapté aux besoins et attentes de l'individu. Dans un second temps, la personne vient pour un jour d'essai, afin de voir comment elle se sent et si elle accepte de revenir. Si la personne revient, elle sera présente à l'accueil de jour chaque semaine de 10h/10h30 à 16h30/17h. Le projet d'accompagnement personnalisé est mis en place par toute l'équipe. Il sera réalisé par différents entretiens avec la famille et avec le patient.

La personne passera un bilan de mémoire en entretien individuel si cela n'a pas déjà été fait ou s'il est trop ancien et pourra partager ses attentes et besoins par rapport au groupe. Le projet d'accompagnement personnalisé est réalisé à la suite de cet entretien et transmis à la personne accueillie et à son proche.

L'accompagnement se termine lorsque la personne le demande ou lorsqu'elle n'est plus en capacité d'intégrer le groupe, pour des raisons somatiques, en raison d'angoisses trop fortes ou encore lorsque les troubles neurocognitifs sont trop avancés.

## 1.1 Une équipe pluridisciplinaire :

L'équipe composée d'une responsable, ergothérapeute de formation, d'un médecin coordinateur, d'une psychologue, d'une infirmière et de plusieurs assistantes de soins en gérontologies : ASG. Il y a également une éducatrice spécialisée, une psychomotricienne jusqu'en Novembre et une ergothérapeute depuis Mars. Des bénévoles sont présents tous les après-midis et certains intervenants extérieurs viennent chaque semaine.

L'équipe est pluridisciplinaire et permet un accompagnement global de chacune des personnes accueillies. Les spécificités de chacun permettent de répondre aux objectifs de la structure : de solliciter les capacités cognitives et physiques, de favoriser l'expression de chacun et le lien social.

Certains ateliers sont animés en co-thérapie, avec par exemple la zoothérapeute et une ASG. Il y a également l'atelier que j'anime le jeudi depuis Novembre et qui, depuis Mars, est co-animé avec l'ergothérapeute. Cela permet aux différents professionnels d'apporter des regards complémentaires. Par exemple, en co-thérapie avec l'ergothérapeute, qui apporte une vision motrice et sensorielle, j'amène quant à moi, un regard autour de l'expression, de la régulation tonique et de la verbalisation.

Les journées s'organisent toujours de la même manière, c'est une chose qui m'a paru assez troublante au début. En effet, j'avais l'impression d'une semaine à l'autre que tout se passait de la même façon. Or, j'ai réalisé en comprenant mieux le fonctionnement de l'institution et surtout en connaissant mieux les personnes accueillies que chaque semaine se jouait quelque chose de nouveau, qu'il y avait du « pas pareil » dans ce qui était indéniablement le « pareil » et qui composait ce cadre, structurant, nécessaire pour eux.

## 1.2 Un jeudi à l'accueil de jour

La journée débute entre 10h et 10h30. Nous accueillons les personnes dans un hall qui donne sur le couloir menant aux pièces communes. Les personnes viennent soit

en ambulance, soit à pied ou en transport avec leur proche. C'est un moment où nous prenons le temps de nous dire bonjour, de partager les nouvelles de la semaine qui s'est passée, de questionner les ressentis de la personne mais également de son proche. Il n'est pas rare qu'une fois la personne accompagnée à la salle à manger, l'aidant nous parle de son ressenti, de sa fatigue. C'est donc un temps important pour l'aidant, un moment où il peut se sentir écouté avec bienveillance. Les personnes accueillies, elles, se retrouvent dans la salle à manger pour prendre un thé ou un café.

C'est un temps assez calme, peu de personnes parlent. Toutefois, ce moment-là permet de retrouver ses repères, de prendre le temps de se poser après l'espace-temps de transition entre chez eux et l'accueil de jour. De 10h30 à 11h, nous discutons, prenons un café, regardons des magazines. Nous décrivons ce que nous voyons, je les questionne ; si cela traite d'une ville par exemple, il m'arrive de les questionner sur leurs voyages, ils me parlent de leurs souvenirs. C'est un temps de partage.

Puis une professionnelle présente l'éphéméride : nous les questionnons sur la date précise, le jour, la saison. Dans ce groupe de 15 personnes, seules 2 personnes sont en mesure de donner la date. Nous essayons d'étayer au maximum afin que chacun puisse participer. Puis, nous présentons le planning de la journée en détaillant les heures depuis leur arrivée : 10h. A 11h, trois ateliers sont proposés : un atelier musique animé par l'infirmière, un temps consacré à un thème ou un artiste chaque semaine. Ils écoutent et chantent des chansons. Un autre atelier de zoothérapie est proposé et un troisième atelier éveil corporel est proposé par une aide-soignante et moi.

A midi, c'est l'heure de la revue de presse. Durant ce temps, l'actualité est évoquée, en fonction du niveau cognitif des accueillis. Les personnes accueillies ont peu de représentations de ce qui se passe loin de chez eux. De plus, les informations peuvent être très anxiogènes. L'éducatrice spécialisée leur rappelle lors de la revue de presse, que si les informations sont trop difficiles à regarder ou à entendre, ils ont le droit d'éteindre la télé un après-midi, une journée ou plusieurs. Beaucoup passent une partie de la journée sur des chaînes d'informations en continu et sont très angoissés par cela. Ainsi, durant ces 30 minutes, ils évoquent l'actualité de l'arrondissement, de la ville, parlent de nouvelles positives la plupart du temps. Les personnes sont questionnées sur les sujets qu'elles veulent aborder. Si aucun n'est proposé, alors l'animateur en propose plusieurs et les laisse choisir. Ce temps se déroule au salon et

commence toujours par 10 minutes de musique. Il permet de ritualiser, de laisser un temps de coupure entre l'activité et le temps de presse.

A 12h45, le menu est présenté puis tout le monde est invité à passer à la salle à manger pour le déjeuner. Chacun doit s'asseoir selon le plan de table, établi en fonction des affinités et difficultés. Par exemple, Monsieur G. a une hémiparésie et mange seulement mixé, il est donc toujours placé à côté d'un professionnel car il n'est pas autonome pour le temps du repas. Ce repas thérapeutique est un temps très intéressant d'un point de vue psychomoteur. En effet, c'est un temps privilégié du quotidien, dans lequel l'aspect moteur est mis en jeu, du côté des praxies. Il est difficile pour certains de saisir leurs couverts et de les utiliser. L'ouverture du yaourt ou encore du sachet de sucre leur demande beaucoup d'efforts et il arrive que des professionnels fassent à leur place par manque de temps. J'essaie de faire à côté d'eux, en miroir, et quand c'est trop difficile, je les accompagne en posant mes mains sur les leurs de façon à les rendre le plus autonome possible dans ce temps du quotidien. Parfois, reconnaître l'objet leur est difficile mais une fois en main, le geste est automatique et ils se mettent à manger spontanément. En débarrassant la table, je leur demande de me donner la cuillère par exemple, puis leur fourchette etc. J'ai souvent besoin de leur montrer la mienne, parfois de toucher leur couvert pour qu'ils me le donnent. Ces difficultés relèvent de leur agnosie.

*Monsieur G. ne reconnaît pas les couverts, je lui propose donc le couvert dans la main, en détaillant d'un point de vue sensoriel ce qu'il tient « c'est votre cuillère Monsieur G., vous sentez comme elle est froide ? Avec cette partie (le bout de la cuillère) vous pouvez manger ce qu'il y a dans votre assiette (j'accompagne le mouvement de la main vers l'assiette). Est-ce que vous sentez quand vous mettez la cuillère dans votre yaourt ? » Une fois les premiers gestes accomplis, Monsieur G. trouve plus facilement le chemin de l'assiette à la bouche. A chaque nouveau plat, je recommence à étayer, décrire, accompagner ses mouvements car il rencontre les mêmes difficultés.*

Le repas est également un moment qui réactive des souvenirs, qui provoque des émotions de plaisir et parfois de dégoût.

*Madame B. peut me raconter un midi en mangeant des betteraves qu'elle a passé son enfance à en manger et qu'elle en mange car « il faut bien » mais « que c'est pas une*

*partie de plaisir ! ». Cela nous permet d'échanger et de faire du lien avec son enfance et sa famille.*

Le repas se termine par un café ou un thé. Pendant ce temps, les bénévoles arrivent et sont présents avec les accueillis. Puis, de 14h à 15h c'est l'heure du temps calme. Certains vont dans une salle pour se reposer, d'autres sont au salon et enfin, la grande majorité va dans la salle d'activité pour faire le jeu de mots, proposé par un bénévole. Des lettres sont piochées et le groupe doit trouver des mots commençant par cette lettre.

A 15h, nous présentons les trois ateliers de l'après-midi. Les ateliers varient chaque semaine, mis à part celui que j'anime, qui est un groupe d'expressivité du corps et de mouvement dansé. Je détaillerai plus loin son déroulement.

A 16h, nous accompagnons à la salle à manger les accueillis pour la collation. C'est toujours un moment de la journée dynamique, dans lequel il y a plus d'agitation. Durant cette demi-heure, il y a toute l'équipe ainsi que les deux bénévoles de l'après-midi. Les personnes sont parfois plus agitées, car angoissées par la fin de journée, notamment l'hiver, aux heures vespérales, quand la nuit tombe rapidement. Puis, un professionnel retrace la journée, et annonce la fin de journée.

De 16h30 à 17h, les personnes rentrent chez elles, nous allons les chercher lorsque leurs proches arrivent. C'est un temps d'échanges important pour certains proches. Pour d'autres, c'est simplement l'heure de récupérer leur conjoint et de repartir, sans besoin de questionner sur la journée.

### 1.3 Un espace structuré et structurant

La structure de l'espace est importante à prendre en compte. En effet, c'est un nouveau bâtiment construit récemment et donc pensé et aménagé pour les personnes ayant des troubles neurocognitifs. Ainsi, il y a un long couloir qui dessert la salle d'activités donnant sur le bureau de l'équipe, des toilettes marquées d'une affiche et écrite en grandes lettres. La salle à manger peut être séparée de la salle d'activités grâce à une porte coulissante. La cuisine est un espace fermé sur la salle d'activités

mais semi ouvert sur la salle à manger. La salle à manger, quant à elle, donne accès au salon qui lui, est également relié au couloir. Ainsi, les patients en déambulant, peuvent passer dans le couloir, la salle d'activités puis la salle à manger, le salon et retourner au couloir. L'espace du couloir est adapté avec une main courante de chaque côté sur lesquelles chacun peut prendre appui. L'espace est donc sécurisé et en cohérence avec les déambulations des patients qui peuvent faire des tours, toujours revenir au même point ce qui semble être rassurant et structurant.

## II. Création du groupe en psychomotricité

### 1. Place de la psychomotricité

La psychomotricité en accueil de jour permet aux accueillis d'expérimenter, d'explorer différents vécus corporels afin de favoriser une meilleure conscience de soi. Ces expériences permettent à la personne d'élargir ses possibilités motrices, cognitives et relationnelles. Elle favorise un mieux-être psychocorporel. Certaines médiations vont être utilisées comme support pour travailler sur certains axes. A travers la danse par exemple, nous venons éveiller les sensations, solliciter la mémoire corporelle et soutenir l'expressivité du sujet. La prise en soin en psychomotricité permet de donner au sujet la place d'exister dans sa subjectivité et son identité.

Le rôle du psychomotricien est de permettre un maintien de l'autonomie, d'aider la personne à réguler les troubles psychocomportementaux du sujet, de favoriser ses capacités psychomotrices. Le psychomotricien intervient également auprès des aidants familiaux, en soutien (Brandily et al., 2019, p.348).

### 2. Contexte du groupe :

## 2.1 Création du groupe

La psychomotricienne est dans l'accueil de jour depuis seulement deux mois lorsque je débute mon stage. Elle teste, tâtonne comme elle aime le dire, pour savoir quels sont les ateliers qui fonctionnent, des ateliers pertinents pour les accueillis.

Dans cette idée-là, elle me propose de réfléchir à un atelier que je pourrais guider tous les jeudis après-midi.

*Nous sommes en novembre, cet après-midi aucun des trois ateliers habituels ne sera proposé car deux musiciens et chanteurs viennent offrir leur temps aux personnes accueillies de l'accueil de jour. Ils sont tous les deux installés, l'homme devant le piano du salon, la femme debout, droite et souriante. Chacun des résidents prend place, le concert commence. Les chansons défilent, j'observe des yeux qui se ferment, des corps relâchés, des lèvres qui bougent au rythme des mots, comme des notes de musique qui se déposent sur une partition. La chanson Les feuilles mortes d'Yves Montand est interprétée. Je vois Mme W., une femme très angoissée, logorrhéique et très déprimée, fermer les yeux, sourire lentement. Une larme glisse le long de sa joue. J'observe toutes ces personnes assises, qui partagent à ce moment-là un temps commun, peut-être une émotion commune en écoutant cette chanson. Je me rends compte que je suis émue aussi, touchée par ces personnes que je connais encore peu mais qui se laissent toucher par ce qu'ils traversent à cet instant-là. Il y a des mots qui provoquent chez eux des réactions « les feuilles mortes se ramassent à la pelle et les souvenirs aussi », il y a un moment de flottement, durant lequel j'imagine les souvenirs qui remontent en eux. Quand le dialogue tonico-émotionnel n'agit pas directement par le toucher, il passe par la prosodie des phrases, comme à travers une chanson. Malgré des aphasies de compréhension qui touchent la majorité des patients de l'accueil de jour, j'observe que ces chansons viennent provoquer chez eux des émotions. La dernière chanson est celle d'Edith Piaf, La foule. Elle amène des sourires qui grandissent, des fredonnements qui s'élèvent, des voix qui chantent et des bras qui se balancent. Certains se lèvent, nous dansons, mains dans les mains, avec des yeux qui sourient.*

Cette après-midi-là, j'ai beaucoup pensé à notre rôle en tant que psychomotricien et c'est de là qu'est partie ma réflexion. En observant toutes ces personnes habiter leur

corps durant cette heure, en les voyant exister par leurs souvenirs, j'ai commencé à me questionner sur la place de la musique, du mouvement.

Plusieurs situations m'ont questionnée, lors d'un atelier créatif, durant lequel il était demandé aux personnes de peindre au doigt. Nous étions installés à table dans la salle d'activités, le groupe était composé de deux femmes et un Monsieur. Monsieur R. prenait plaisir à peindre avec les doigts, appliqué sur son œuvre, Mme X. quant à elle se dévalorisait beaucoup, insatisfaite de son travail, ne sachant quelle couleur choisir, quelle forme peindre. C'était une ancienne peintre de métier et elle refusait la consigne, jugeant que ce ne serait pas du « bon travail ». Elle avait peint toute sa vie, vendu des toiles, participé à des expositions, et on lui demandait de peindre sans pinceau. Pouvons-nous imposer à une ancienne peintre de peindre au doigt pour des raisons d'expérimentation sensorielle alors qu'elle s'y oppose ? Malgré l'intérêt de la démarche sensorielle, n'était-il pas plutôt préférable de respecter le choix, le consentement de cette dame ? Je me demande par quels moyens nous pouvons respecter autant que possible les choix des personnes. De quelle façon pouvons-nous les considérer pour ce qu'elles sont ?

Ainsi, les premières semaines j'ai été confrontée à des situations qui m'ont questionnée, ne comprenant pas toujours immédiatement ce qui me posait question, j'ai pris conscience que d'écouter et suivre les choix de chacun ne semblait pas évident et que la liberté d'être, semblait, elle aussi complexe. J'ai pu partager ces premiers questionnements avec ma maître de stage les premières semaines, me permettant ainsi de mettre des mots sur ce qui me surprenait, me questionnait.

Je participais à un atelier de gymnastique douce le jeudi matin, souvent un atelier plus créatif l'après-midi : mandala, peinture. La gymnastique douce me paraissait très fonctionnelle et je me demandais comment on pouvait faire en sorte d'amener du lien entre cet aspect fonctionnel du corps et le vécu psychique des personnes, leurs émotions, leur histoire, leur identité. J'ai donc commencé à réfléchir à un atelier d'expressivité du corps. En parallèle j'ai commencé mes lectures autour de la personne âgée, cela m'a aidée à penser mes premières séances.

Les trois premiers ateliers que j'ai mis en place ont été supervisés par ma maître de stage, qui, pour des raisons personnelles a dû quitter la structure. J'ai continué mon

stage seule dans la structure avec l'accord de la direction. Puis à partir de début Mars, j'ai co-animé l'atelier avec l'ergothérapeute qui venait d'arriver.

Le groupe auquel j'ai pensé est un groupe semi-ouvert, car à l'accueil de jour, chacun est libre de choisir l'atelier qu'il veut. Toutefois, il y a un noyau dur de 4 personnes présentes quasiment chaque semaine de novembre à février lors de l'atelier. Les autres viennent parfois sans régularité. Cela pose question d'amener un cadre suffisamment structurant malgré les allers et venues de chacun, malgré l'absence de permanence de même groupe. Le noyau de personnes toujours présent permet de donner des repères, ainsi, chaque semaine les personnes se retrouvent dans l'atelier. Pour les autres, cela permet d'avoir des personnes dans le groupe qui sont des personnes ressources, pouvant faire office de repères et être structurantes pour les autres. A chaque nouvelle arrivée, il y a parfois des appréhensions.

*Mme DB. souhaite participer à l'atelier, nous sommes le 29 Février 2024 : « Je suis pas sûre de réussir, vous savez, mes jambes...elles tiennent plus très bien ». Je lui explique que j'entends son inquiétude, que nous allons bouger notre corps en douceur, qu'il n'y a rien à réussir. J'ajoute que nous essayons simplement de sentir notre corps en mouvements et que l'on voit ce que ça fait, chacun à son rythme. Elle sourit, semble plus rassurée et rentre dans la pièce.*

Le groupe est donc semi-ouvert et semi-directif. Les séances sont pensées avec des temps ritualisés en début et fin de séances qui sont repris chaque semaine et des propositions de milieu de séance qui varient selon l'évolution de celles-ci. J'essaye d'adapter en fonction des personnes au cours de la séance, parfois nous prenons plus de temps sur une proposition, d'autre fois, certaines de mes propositions ne sont pas investies, ou alors pas accessibles. Il y a toujours un temps en fin de séance plus spontané, autour de la musique, où chacun peut danser comme il le veut. C'est un moment de plaisir, sans consignes précises, un temps pour eux.

## 2.2 Objectifs et axes thérapeutiques du groupe

L'objectif de la prise en charge en groupe est de venir soutenir l'identité du sujet, en lui proposant un espace d'expressivité et d'écoute de ses vécus psychocorporels.

Les axes thérapeutiques de ce groupe sont d'éveiller les sensations corporelles, d'être à l'écoute des vécus corporels, de solliciter la mémoire corporelle et de soutenir les interactions sociales.

Ce qui est recherché n'est pas la réussite, la performance de la danse, ou encore le fait d'effectuer ou même de se souvenir du geste. C'est un travail de maintien de la mémoire. C'est également de prendre plaisir dans le mouvement, plaisir seul et plaisir partagé, dans un travail de relance des fonctions du Moi.

Ainsi, l'objectif de ces séances est de donner du sens à son vécu, le comprendre, le déceler pour agir dessus dans une logique sensori-motrice. Comme nous l'avons vu dans la sémiologie psychomotrice d'un patient atteint de troubles neurocognitifs, le schéma corporel est très atteint. Or, la connaissance de l'espace passe par une intégration de son schéma corporel. C'est pourquoi le travail du corps est fondamental auprès de ces personnes.

### 2.3 Fonctionnement et rituels de l'atelier

L'atelier est toujours organisé de la même manière. Il débute par un temps d'installation durant lequel nous prenons le temps de nous assoir confortablement, les deux pieds au sol, jambes décroisées. Puis, nous échangeons quelques mots afin de savoir s'il y a des besoins particuliers pour la séance, des douleurs auxquelles il faut porter attention ou des ressentis qui ont besoin d'être partagés au groupe.

Nous commençons la pratique par un éveil corporel. Nous tapotons notre tête, nous nous massons le visage, effectuons des percussions sur les bras, le dos, les jambes. Nous massons notre ventre et pour réveiller les pieds, nous tapons alternativement un pied puis l'autre au sol doucement « comme si nous marchions ». Puis, nous allons de plus en plus vite, je soutiens cette accélération avec une histoire :

*« Nous marchons tranquillement acheter des croissants et nous croisons un ami qui nous informe qu'il n'en reste presque plus, alors nous accélérons, vite, de plus en plus vite jusqu'à arriver à la boulangerie ...et ouf ! Il en reste ! »*

C'est souvent un moment qui provoque des rires, dans l'urgence du moment, l'énergie qu'ils déploient provoque un relâchement.

Ce premier temps, que j'appelle **l'éveil corporel**, a pour objectif d'apporter des repères internes, c'est-à-dire une meilleure compréhension de soi : de son corps, ses sensations, intéroceptives, extéroceptives. Venir percuter son corps, c'est en sentir les limites, c'est structurant pour la personne qui peut sentir les muscles, la solidité des os. Lors de cet éveil corporel, j'accompagne par mes mots les percussions :

*« Vous sentez vos bras, bien là, et vos muscles, sous la peau... peut-être que vous sentez les os, bien présents et solides, qui vous tiennent. »*

Cet éveil corporel est donc un rituel de début qui leur permet de reprendre contact et conscience de et avec leur corps. Il a également pour objectif de stimuler certaines parties du corps, peut être peu investies jusqu'alors. Ainsi, c'est un temps d'éveil et de disponibilité à ses sensations. Les percussions me semblaient pertinentes en raison des sensations et de la conscience du corps qu'elles procurent. Or, je me suis rendue compte qu'il était parfois difficile pour certains de tapoter sur leur corps avec leur main, car les mouvements étaient discontinus. En effet, entre chaque percussion, il y a un temps qu'on pourrait appeler contre temps, durant lequel la main est levée. Très vite, les personnes semblaient perdues. J'ai donc proposé des toucher-glisser, notamment sur les bras, partie du corps où il était difficile d'effectuer des percussions, avec un toucher assez franc pour ressentir les muscles et cela semble plus adapté pour eux.

Après ce premier temps qui dure environ 5 minutes, nous prenons quelques respirations, que nous associons au mouvement. Ainsi, nous inspirons en nous redressant, puis nous soufflons en enroulant le dos. Je décris chaque partie qui s'enroule en même temps que nous effectuons le mouvement. Toutefois, c'est principalement sur imitation que les consignes semblent le mieux comprises et intégrées. Ces deux premiers exercices permettent à chacun de poser son regard sur soi, d'être à l'écoute de soi, de se sentir exister.

Après ces propositions, je propose **un moment de rencontre par le biais d'un foulard** et d'une musique, toujours la même : Salento, de René Aubry. La personne qui a le foulard fait un geste expressif et se lève pour donner le foulard à quelqu'un d'autre du groupe. C'est un moment d'échanges où l'on se regarde dans les yeux, où l'on se sourit. Certains dansent au milieu du groupe avant d'aller donner l'objet à

quelqu'un d'autre. Pour d'autres, le mouvement dansé est compliqué, alors, ils transmettent simplement ce foulard, médiateur de la relation.

Le cœur de la séance varie d'une semaine à l'autre et se construit autour du **mouvement dansé**, du lien produit entre la danse, la musique et les émotions et souvenirs vécus.

Puis arrive le dernier rituel de fin de séance. Nous terminons toujours par un temps assis. J'invite alors chacun à **partager son ressenti**, j'essaie de faire des liens avec leur ressenti de début de séance. Cela me demande parfois de beaucoup étayer en raison de leurs aphasies touchant la compréhension mais également l'expression.

Après ce temps de verbalisation qui dure souvent 5 minutes, j'annonce qu'il est 16h, que ça va être l'heure de la collation et je les invite à aller dans la salle à manger.

Les rituels jouent un rôle fondamental auprès des personnes qui participent à l'atelier. Ils apportent des repères nécessaires pour contenir et apaiser les angoisses. Les rituels rassurent.

### 3. En corps, les émotions

J'ai réfléchi à un travail autour des émotions, afin de pouvoir mieux reconnaître ses propres émotions, porter plus attention à son vécu émotionnel. J'avais observé au fil des séances, que lors du temps de verbalisation, beaucoup me disaient « c'était bien ». J'essayais alors de proposer un étayage, pour mettre des mots plus justes sur le vécu, savoir ce qui était confortable, inconfortable, ce qui rendait le moment agréable : la mise en mouvement ou le fait d'être ensemble ? J'avais aussi remarqué à quel point il semblait difficile pour certains d'accepter la colère d'un autre, ou plus difficile encore, la tristesse.

*Lorsque Monsieur SP s'est mis à pleurer, un Monsieur lui a tendu son mouchoir, une dame, elle, a commencé à répéter « il ne va pas pleurer, ne me dites pas qu'il va pleurer ! Souris, on n'est pas là pour pleurer ».*

Or, une émotion est propre à chacun et a le droit d'être vécue par celui qui la traverse, car si elle est là, c'est qu'elle a besoin d'être exprimée.

*L'émotion fait d'abord parler le corps. Elle nous informe de la rupture de notre équilibre et nous pousse vers une nouvelle adaptation. Elle déclenche une alerte et nous prépare à l'action. Elle participe donc, de manière fondamentale, au maintien de l'intégrité du Moi psychocorporel. Notre capacité à réguler avec satisfaction nos émotions dépend, via les mémorisations, de notre équilibre psychocorporel. (Boscaïni, Saint-Cast, 2010, p.81)*

La construction du corps évolue tout au long de la vie, et garde en mémoire les sensations et émotions vécues. Ainsi on l'a vu, l'enfant a besoin dans son développement précoce d'un caregiver, qui s'occupe de lui, et qui vient donner sens à ses émotions et ses vécus. Ces mises en sens lui permettant de se construire un Moi psychocorporel délimité et sécurisé. Cette mémoire du corps perdure toute la vie. Or, quand la mémoire est déficiente chez les sujets, que reste-il de ces sensations et émotions intériorisées ? Le « moi », reste-il suffisamment sécurisé et délimité ?

*Jeudi après-midi.*

*Il est 15h et comme chaque semaine je vais présenter mon atelier au groupe, c'est l'infirmière qui sera présente avec moi durant l'heure.*

*Six personnes se joignent au groupe. Nous débutons la séance par un éveil corporel : tapoter sa tête, son buste, son dos, faire des toucher-glisser le long des bras et des jambes, masser le ventre. Nous venons réveiller notre corps, le rendre disponible, se rendre disponible, ancré, bien présents dans l'atelier. Mme C. une dame assez petite, pétillante, souvent un grand sourire aux lèvres, l'accent du sud et fredonnant sans cesse des chansons, se montre alors agressive. Mme C. semble s'agacer, plusieurs choses paraissent la contrarier. Il y a ce volet, qu'on a baissé, car deux personnes voyaient mal à cause de la luminosité, et qui la mécontente car elle adore le soleil. De plus, lors de cet éveil corporel, il y a Monsieur S., atteint d'une maladie à corps de Lewy, demandant un étayage fréquent et du temps pour réaliser les consignes. Elle se montre alors agressive lors de l'éveil corporel et profère des insultes. Je ne réponds pas aux premières insultes, puis elle coupe la parole et insulte à nouveau, je ne sais*

*pas à qui sont adressés ces mots. Je lui dis que je vois qu'elle paraît en colère, mais que Monsieur S. est en train de parler et que nous l'écoutons. Quelques instants après, Monsieur S. a fini de répondre, je questionne alors Mme C. pour savoir ce qui la met en colère. Elle me répond « rien » et montre qu'elle ne veut pas en parler.*

*J'accepte son refus et nous continuons la séance avec la proposition du foulard. Chacun notre tour, nous nous levons, le foulard en main, à l'écoute de la musique et exécutons un geste, un mouvement dansé, puis adressons ce foulard à quelqu'un d'autre du groupe.*

*Je propose alors l'activité du jour. Nous allons chercher à jouer les émotions, avec un support musical, qui soutiendra ce jeu. Je leur explique pourquoi nous allons le faire.*

*Nous utilisons la musique pour jouer différentes émotions et pour pouvoir comprendre quelles répercussions elles ont sur le corps, afin d'être capable de sentir que parfois nous sommes joyeux, sereins, d'autres fois, tristes ou en colère par exemple. Je leur demande ensuite s'ils veulent jouer et danser autour d'une émotion particulière. Leur première réponse est celle de la joie. Je leur propose alors une valse, connaissant leur goût accru pour cette danse, et ayant pu observer au fil des semaines à quel point ils appréciaient et semblaient contents de la danser. Nous voilà à danser, souriants. A la fin de la musique, je leur demande comment ils se sentent, comment est leur corps lorsqu'ils dansent sur une musique joyeuse et qu'ils jouent la joie. « On sourit » me disent-ils, « vous avez les yeux qui rient » je commente. Je leur demande s'ils sentent leurs muscles relâchés, ou plutôt contractés. Mme K. me regarde en souriant, rassemble ses deux mains au niveau de son ventre et les lâche brutalement en les tendant vers le haut et en faisant « pof ». Plusieurs personnes rient.*

Dans ce mouvement d'extension, elle vient exprimer quelque chose de son vécu, avec les moyens qu'elle a, sans mots mais par le corps. Malgré son aphasie, elle trouve le moyen de s'exprimer. J'essaye de proposer des mots, pour l'aider à donner du sens à ce qu'elle vient de vivre.

*Je lui réponds « c'est explosif alors ? » et elle acquiesce vivement. Je leur demande s'ils ont une autre idée d'émotion à jouer. Mme C. propose à nouveau la joie, je lui dis que c'est une très bonne idée, que nous venons de la jouer et la questionne pour savoir si elle a une autre idée. Le groupe répond négativement, je propose alors la tristesse,*

*la peur, la colère etc. Mme C. refuse catégoriquement de jouer la colère, je demande alors au groupe s'il leur arrive d'être en colère parfois. Mme B. me répond que ça lui arrive, quand son mari l'agace, d'autres personnes acquiescent dans le groupe. Je demande à Mme C. s'il lui arrive d'être en colère, elle affirme que non.*

Je remarque un réel refus de l'émotion autre que la joie chez Mme C. mais également chez d'autres personnes de l'accueil. Peut-être est-ce une façon qu'elle a de fonctionner, peut-être aussi est-ce un moyen de défense, à travers lequel elle refuse les émotions des autres au risque de faire écho à ses propres émotions ?

Mme C. montre des comportements agressifs envers les autres, semble en colère, en dehors de l'atelier mais également à différents moments de la journée avec les accueillis. Il me semble qu'il est difficile pour elle de reconnaître l'émotion qui la traverse, peut-être de l'accepter. Le travail que je propose semble difficile pour elle car il lui demande de faire face à des émotions qu'elle refuse chez les autres, même si nous faisons semblant. Je me demande par quels moyens les troubles neurocognitifs vont impacter la reconnaissance de ses propres émotions ? J'ai observé que la verbalisation autour de l'émotion peut être difficile, je me demande si les troubles mnésiques empêchent le sujet de retrouver l'émotion qui correspond au vécu. Ensuite une fois le lien fait entre le vécu et l'émotion correspondant, il s'agit de les exprimer. Or, les troubles phasiques parfois même les aphasies empêchent le sujet de pouvoir s'exprimer verbalement sur son vécu.

*L'infirmière intervient et partage son envie d'essayer de jouer la colère. Le groupe accepte et je propose une musique assez rythmique, rapide, avec des percussions venant soutenir l'émotion.*

Il est souvent difficile pour moi de leur faire des propositions qui sont inhabituelles, je suis souvent confrontée à un certain refus, ou à l'absence de réponses. J'ai appris au fil des mois, à poser des questions claires et simples afin qu'elles soient plus accessibles pour eux. Il était difficile au début de parler clairement, sans faire de longues phrases mais la répétition des séances m'a permis d'être plus à l'aise et plus claire. Je me demande si l'absence de réponses vient des difficultés à comprendre ce que j'énonce dans un premier temps, puis de répondre dans un second temps. En

effet, une grande majorité d'entre eux ont des aphasies, rendant la communication verbale difficile. Parfois, en fonction des personnes présentes dans le groupe, je ressens une certaine inertie, et je constate qu'il ne faut parfois qu'une personne ayant moins de troubles moteurs ou phasiques pour redonner un certain élan au groupe.

J'observe également que la dynamique du groupe varie en fonction du professionnel qui est avec moi. Lorsque ce dernier soutient mes propositions, il est plus facile pour les accueillis de s'engager dans l'activité que lorsque je suis la seule à donner cet élan. Cette fois-ci, les interventions de l'infirmière ont donné au groupe l'envie de se mobiliser.

*Mme C., qui refusait dans un premier temps de jouer, se met à serrer les poings et se met à me donner un coup, dirigé vers mon visage, elle s'arrête à quelques centimètres de mes lunettes et se met à rire. Je lui rappelle alors que nous faisons semblant et que nous devons faire attention à soi et aux autres.*

*Mme B., quant à elle, participe au groupe depuis sa création. Elle prend énormément de plaisir à venir danser et peut verbaliser à quel point cela lui fait du bien chaque semaine, de pouvoir s'exprimer « être là, avec tous ces gens bienveillants, sans chichis ! ». Aujourd'hui, je la vois froncer les sourcils, taper du pied, se contracter et donner des coups de poings dans le vide au rythme des percussions de la musique. Entre deux coups, elle rit beaucoup.*

*A la fin de la musique à nouveau, je les questionne sur leurs ressentis corporels et Mme B. fait un geste avec ses mains et bras et les lâche vers le bas, j'interprète son geste, « ça vous soulage, c'est libérateur de jouer cette colère pour vous ? », elle acquiesce et montre un certain apaisement après cet exercice.*

*Enfin, l'infirmière propose que nous jouions la peur, ce que nous faisons. Il me paraît plus difficile pour eux de jouer la peur. Toutefois certains se prennent au jeu, de façon caricaturale et rient beaucoup. Un autre temps de verbalisation se déroule alors, je les aide à mettre des mots sur le vécu corporel. « Vous vous sentiez crispé ou plutôt relâché ? ». « Crispés » me répondent-ils. Certains détaillent les traits du visage, Mme. K dit qu'elle ne trouve pas ça agréable d'avoir peur, Monsieur. P. quant à lui, affirme qu'il n'a jamais peur.*

*C'est bientôt la fin de séance, je leur demande sur quelle musique ils souhaitent danser, ils me demandent un tango et nous terminons par cette danse à deux.*

*Pour finir, je leur propose un dernier temps où chacun peut partager son ressenti, c'est un temps rapide car durant la séance nous avons échangé sur les vécus de chacun.*

## 4. Monsieur SP.

J'ai choisi de présenter Monsieur SP., car cette rencontre a été à l'origine de nombreuses questions. Je me suis sentie à plusieurs reprises en difficultés et les problématiques identitaires qu'il a amené m'ont beaucoup impactées. Ses mots, m'ont fait réfléchir à la question de l'identité, au sentiment d'exister et aux conséquences la maladie d'Alzheimer.

### 4.1 Présentation de Monsieur SP :

Monsieur SP est âgé de 92 ans, présent à l'accueil de jour depuis janvier 2023 et qui vient tous les jeudis en ambulance. C'est un homme qui est toujours très élégant, assez grand, les cheveux blancs courts, la barbe toujours rasée. Il est vêtu d'un pantalon de laine sombre et d'une chemise claire qu'il porte toujours sous un pull et un long gilet marron en cachemire. Il a les traits du visage tirés vers le bas, il est cerné, a les yeux dans le vide, il parle peu. Il semble absent, inhabité. Il est très déprimé à l'apparence peu joviale.

### 4.2 Anamnèse et dossier médical de Monsieur SP :

Les comptes-rendus gériatriques nous informent sur l'anamnèse de Monsieur SP et sur ses antécédents médicaux. Monsieur SP a 3 enfants, il était ingénieur. Il est aidé dans toutes les tâches quotidiennes par sa femme, qui s'occupe des repas, de la

toilette et de l'habillage. Les tâches ménagères sont réalisées par une aide-ménagère trois fois par semaine. Il sort tous les jours de son domicile avec son épouse.

En ce qui concerne son état de santé, un infirmier passe tous les matins vérifier les constantes. Monsieur SP a des antécédents de diabète de type 2, une hypertension artérielle, une dyslipidémie (cholestérol et/ou triglycérides élevés), une cardiopathie ischémique stentée en 2021 (insuffisance d'apports en oxygène au muscle cardiaque) et une HBP opérée (Hyperplasie bénigne de la prostate : affection non cancéreuse de la prostate). Il voit une orthophoniste trois fois par semaine en libéral.

On note depuis 4 ans et demi, une dégradation cognitive marquée par des troubles de la mémoire, des épisodes de désorientation, associés à un manque du mot. Il n'y a pas d'hallucinations. Monsieur SP ne lit plus. Il a un diagnostic de maladie d'Alzheimer depuis début 2023.

Le médecin gériatre note un syndrome extrapyramidal axial et périphérique : rigidité, hypertonie plastique et roue dentée bilatérale. Il marche avec une canne, on retrouve des troubles de la marche avec une marche à petits pas, aucun épisode de chute n'a été noté jusqu'à celle de décembre que nous détaillerons plus tard. On constate une sarcopénie. Monsieur SP se plaint de douleurs rachidiennes. Il présente une hypomimie, c'est-à-dire peu de mouvements expressifs, une physionomie peu marquée. Ces symptômes peuvent nous évoquer un syndrome parkinsonien, sans tremblement, avec une forme akinéto-hypertonique.

Les objectifs définis il y a un an, sont les suivants : favoriser la socialisation, favoriser la préservation des capacités fonctionnelles ainsi que la confiance en soi. Les moyens mis en place par la structure sont donc de simplifier au maximum l'environnement et de proposer des ateliers adaptés dont l'atelier médiation animale. Un projet de vie global a également été établi. Ce dernier vise la mise en place d'aides à domicile pour les repas et la toilette. Sa femme souhaite faire seule pour le moment, aucune aide n'a donc été mise en place depuis. De plus, aucun projet d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, EHPAD, n'est prévu, car sa femme souhaite le maintien à domicile le plus longtemps possible. Un lien a été fait avec une plateforme de répit pour elle. L'épouse semble épuisée et a fait la demande de la prise en charge pour cette raison.

### 4.3 Rencontre avec Monsieur SP :

Je rencontre Monsieur SP pour la première fois à l'accueil de jour durant le temps de pause en début d'après-midi. Nous jouons, une bénévoles, un autre accueilli, lui et moi au Lynx. Au cours de cette première rencontre, il me raconte sa vie, me parle beaucoup de son travail, je n'arrive pas à ce moment-là à savoir de quel métier il s'agit. Il m'explique qu'il a beaucoup voyagé, il me raconte certains de ses voyages, me parle de ses enfants. « Vous en avez plusieurs ? », « oh... j'en sais rien moi (il commence à froncer les sourcils, cela semble l'énerver), quelques-uns, 7 ou 8 ». Je ne sais pas combien il a d'enfants n'ayant pas lu son dossier, mais je sens dans sa réponse qu'il ne sait plus et c'est cet oubli qui semble l'énerver.

### 4.4 Première séance de groupe avec Monsieur SP.

*Depuis le mois de décembre Monsieur SP n'est presque pas venu, il a chuté avant Noël entraînant une fracture du poignet nécessitant une hospitalisation. A la suite de cette hospitalisation, il a à nouveau chuté, puis passé quelques jours à l'hôpital. Il est revenu trois semaines plus tard à l'accueil de jour, avec une minerve cervicale et très désorienté dans le temps et l'espace. Nous sommes le premier Février 2024.*

*Lorsqu'il revient, il semble perdu, le regard vague, semblant raconter son désarroi. Il ne parle pas, mange peu. Je lui propose de venir en atelier avec moi.*

*Il y a 7 personnes dans l'atelier ainsi qu'une aide-soignante et une bénévoles, pour qui c'est le premier jour dans l'association. Nous commençons par un éveil corporel en tapotant et en frottant le corps. L'objectif des percussions est de sentir son corps. Je propose un étayage verbal, pour nommer les différentes parties du corps et leur dire qu'ils ressentent leurs muscles, leurs os « bien solides qui les tiennent ». Puis, nous avons un rituel autour du mouvement dansé avec un foulard. Ce temps de la séance permet à chacun de prendre conscience du groupe, de se dire bonjour différemment, sans mot mais par les gestes, par le regard. Monsieur SP. ne participe pas à*

*l'échauffement, malgré mon étayage verbal et l'accompagnement physique de l'aide-soignante il ne se mobilise pas physiquement, il a le regard toujours dans le vague, une expression figée et triste.*

Est-ce lié à son syndrome Parkinsonien ? Est-ce un signe de sa dépression ? Je me demande s'il est absent du groupe car il n'a pas les capacités cognitives et motrices pour comprendre et exécuter les consignes. Il est installé en face de moi, mais son regard n'est pas dirigé, il est absent.

*Pendant le mouvement expressif du foulard, il s'absente.*

*A son retour, nous nous levons, explorons la marche, chacun a son rythme, se lève, se promène dans la salle, on se sourit, se salue.*

*Puis, je leur propose de marcher comme s'ils étaient très fatigués, leur demande comment c'est pour eux, d'être fatigué, ce que ça provoque dans le corps. Ils se courbent, visage baissé, petit pas, corps relâché, sur un versant plutôt hypotonique.*

*Nous changeons ensuite radicalement de posture et je leur propose de se tenir comme le président de la république. L'un d'eux me dit qu'il ne l'aime pas, je propose alors comme le roi d'Angleterre. Nous voilà, tous les 10, à déambuler, fiers, droits, plus toniques, sentant notre verticalité. J'étaye la marche avec ces mots pour qu'ils soient à l'écoute de ce qu'ils ressentent, des informations que leur renvoient leur corps.*

*Durant ce temps de marche, je propose à Monsieur SP de se lever pour marcher avec moi « fiers comme des rois et reines », il accepte mais ne se lève pas. Je me positionne à côté de son siège, lui propose une main et l'invite à pousser sur ses jambes et ses bras à trois « Vous êtes prêts, 1, 2, 3 ! » et l'aide à se lever. Il marche quelques pas, traverse la salle, ses yeux sont rivés au sol. Il retourne s'asseoir rapidement.*

Je constate à ce moment-là, qu'il est difficile pour Monsieur SP. de suivre le groupe, qu'il a besoin d'avoir quelqu'un en permanence pour l'accompagner, dans ses déplacements mais aussi, pour être là, simplement avec lui, et l'aider à être présent à lui.

*J'explique ensuite que nous allons faire la dernière proposition de la séance. Nous allons danser : « danser ?! », « oui, danser. ». Je commence par les questionner afin de savoir s'ils veulent écouter un chanteur en particulier. Ils en apprécient beaucoup me répondent-ils, mais ont du mal à citer un chanteur. J'en énumère plusieurs et nous*

*écoutons finalement « les copains d'abord ». Ils se lèvent, excepté Monsieur SP qui refuse. Nous nous tenons la main, en cercle, Monsieur SP est à ma gauche, je lui tiens une main, l'autre est dans un gros bandage. Ils sourient, fredonnent ou chantent, je les questionne sur les souvenirs que ça leur rappelle. Moi, je souris à l'idée de les voir se souvenir.*

En partant de ce que j'ai pu observer en début d'année lorsque les musiciens étaient venus, de ce que cela avait fait émerger chez eux, j'ai choisi cette médiation danse, dans l'objectif d'éveiller la mémoire corporelle, mais aussi de réveiller des souvenirs, grâce à la musique, à un pas de danse, ou par le biais de l'émotion vécue.

*Nous dansons après sur La valse à mille temps de Jacques Brel. Je me retourne vers Monsieur SP. dans son regard, il se passe quelque chose. Il écarquille les yeux, ses grands yeux qui semblent sortir de leur lit. Comme un choc, comme une reviviscence. Je le vois prendre vie, cet homme qui me renvoie à des images parfois difficilement supportables, de mort, physiquement éteint, son apathie et anhédonie semblant l'asphyxier. Pourtant, sur cette musique entraînante, il s'allume, se met à bouger son bras droit, il danse ! Je souris ; il danse, il danse, il danse ! Dans le groupe, des binômes se forment et nous dansons la valse. A la fin, nous parlons de ce qu'évoque cette musique, certains parlent de leur jeunesse, des pas de danse pour « conquérir les femmes », Monsieur SP. se met brutalement à parler, comme s'il n'entendait personne autour de lui. Il raconte, sa joie, « c'est merveilleux ! merveilleux, extraordinaire », « cette chanson...elle me rappelle ...ma femme... et mes enfants (silence) », quelques larmes perlent le long de sa joue. Je suis émue, par ses mots, par la force de la musique, par la disponibilité qu'il a eue et qui lui a permis d'être à l'écoute de ce qu'il vivait, laissant place aux souvenirs. Monsieur R. assis à côté de lui, lui tend son mouchoir, à l'écoute de ce que vient de vivre et partager Monsieur SP. Je lui dis qu'en effet la musique a l'effet un peu merveilleux de replonger dans les souvenirs et que ceux-là nous évoquent des émotions, comme il vient de le vivre.*

*Nous terminons ainsi la séance.*

Monsieur SP est durant les séances absent. Absent par rapport aux autres mais surtout par rapport à lui, il semble ne plus habiter son corps. C'est la musique qui l'éveille, le rend présent à lui. Avec Monsieur SP, la mise en mouvement était trop coûteuse et n'a pas permis d'être vecteur d'émotions, de souvenirs, de ce qui ramène

à son identité. Lors de la séance, ce qui a éveillé Monsieur SP, c'est la musique, elle a eu pour effet de susciter des émotions, mais aussi « *les pensées et les souvenirs des patients - le "soi" subsistant* » (Sacks, 2009, p.413). La musique a provoqué des souvenirs chez Monsieur SP. En effet « *la perception, la sensibilité, l'émotion et la mémoire musicales peuvent survivre longtemps après que les autres formes de mémoire ont disparu* »(Sacks, 2009, p.413). C'est ce qui s'est passé avec Monsieur SP. et c'est en ce sens que j'ai pu être témoin de ce qu'a pu faire émerger la musique. Le décalage a été marquant entre le moment où il était très difficile d'attirer son attention, de lui faire prendre part aux propositions, et le moment où il s'est réveillé. Entre les deux, son regard a radicalement changé. J'étais surprise qu'au-delà de cet éveil corporel, il puisse verbaliser, partager un souvenir au groupe. Comme un hasard, la musique de Jacques Brel avait fait office d'électrochoc, l'ayant replongé dans une partie de sa vie et venant provoquer de déferlantes émotions.

La musique familière agit comme une sorte de mémoire proustienne qui rappelle des émotions et des associations depuis longtemps oubliées : elle permet d'accéder à nouveaux à des états d'âme et des souvenirs, des pensées et des mondes qui auraient pu sembler perdus à jamais. (Sacks, 2009, p.421).

#### 4.5 Deuxième séance de groupe avec Monsieur SP. :

*Je revois Monsieur SP en séance le jeudi 29 Février 2024, il est parti deux semaines en vacances.*

*Le groupe est aujourd'hui composé de 6 personnes dont Monsieur SP. Nous commençons par les temps de rituels : temps de verbalisation, éveil corporel. Monsieur SP refuse de participer, il a le visage très fermé, les yeux dans le vide. Je l'appelle par son nom, il ne réagit pas puis par son prénom, il ne réagit toujours pas. Je suis face à lui, j'essaye de capter son regard, en vain. Je m'approche de lui, il me regarde, je lui propose de tapoter sur son corps, il me dit oui, plusieurs fois mais ne réagit pas.*

Je me demande s'il ne réagit pas car il ne comprend pas mes mots ? Ou parce qu'il n'a pas les moyens de se mettre en mouvement ? Je sens que depuis quelques

semaines c'est de plus en plus difficile pour lui de s'intégrer à l'accueil de jour, de s'y sentir bien. J'ai peur de le mettre en difficultés, j'essaye donc de porter attention à ce qu'il puisse se sentir à l'aise dans le groupe.

*Je lui demande si je peux l'aider avec mes mains, ce qu'il accepte. J'essaye donc de prendre sa main pour tapoter sa tête avec. Il est en hypertonie, il n'y a presque aucune possibilité de mouvement.*

Peut-être est-ce uniquement lié à son syndrome extra-pyramidal ? J'ai l'impression qu'il refuse le contact, peut-être que cela le dérange. Est-ce une hypertonie d'opposition ?

*Je me rassois, je continue d'accompagner le groupe à l'éveil corporel. J'appelle Monsieur SP pour essayer de ramener son attention au groupe. Cela semble très difficile pour lui. Il parle à voix haute, je n'arrive pas à saisir les mots qu'il dit, puis il dit de façon tout à fait intelligible « ça sert à rien ce qu'on fait... c'est bizarre ...et puis je sens même plus mon corps ... »*

A ses mots, il me faut un certain temps avant de répondre. Je suis frappée par ses mots, par la violence de son mal-être. Nous sommes en train de faire l'éveil corporel, il ne participe pas mais c'est à ce moment-là qu'il prononce ces mots. Peut-être qu'il a saisi ce temps, durant lequel chacun porte attention à ses sens, à son corps, pour partager ce ressenti ? Même s'il ne s'est pas mobilisé physiquement, c'est peut-être un temps durant lequel il a porté attention à son vécu corporel.

*Je lui réponds que j'ai conscience qu'il est difficile pour lui de percevoir son corps en ce moment, et que nous faisons justement des percussions qui nous permettent de sentir notre corps. A cette réponse, il ne réagit pas, à nouveau le regard perdu.*

*Nous passons au rituel du foulard. Lorsque quelqu'un lui tend, il refuse de le prendre « de faire ça, c'est idiot ! ». Je n'insiste pas pour qu'il fasse un geste, lui demande alors de passer le foulard à son voisin. Il se met à plier le foulard, puis il le tient d'une main et de l'autre il pince son pouce et son index.*

J'ai l'impression qu'il tient une aiguille dans sa main et qu'il coud car il amène cette main au tissu, en faisant des allers-retours. Il semble confondre l'objet, être perdu dans ses pensées, oubliant le groupe, faisant machinalement le geste.

*Je l'invite à faire passer le foulard qu'il a dans sa main mais il semble le chercher. Je pose alors une main sur celle qui tient le foulard puis sur le foulard afin de le guider dans la reconnaissance de cet objet.*

*Dans un 3ème temps de séance, centré autour de la respiration, j'observe que Monsieur SP semble totalement désorienté. J'invite le groupe à faire des mouvements avec les bras vers le haut puis vers le bas, mouvements auxquels nous associons la respiration, puis mouvements d'ouverture et de fermeture. Nous répétons ces exercices plusieurs fois, seuls, à notre rythme.*

Je me sens en difficulté, n'arrivant pas à lui permettre d'engager le mouvement, n'arrivant pas non plus à savoir de quoi il a besoin, et devant aussi porter attention au reste du groupe.

*Puis je propose à chacun de choisir un foulard coloré, et de faire un cercle en se tenant tous grâce aux foulards. Je pense que ma consigne n'est pas suffisamment compréhensible car je dois venir les accompagner physiquement. Monsieur SP refuse de tenir le foulard, je lui explique que nous avons besoin de lui dans le groupe pour fermer le cercle. Il refuse encore. J'accepte son refus et nous continuons l'atelier. Nous répétons les mêmes mouvements associés à la respiration mais tous ensemble, reliés les uns aux autres par les foulards. J'invite Monsieur SP à effectuer les mêmes gestes que nous, il me dit « ça sert à rien ce que vous faites... je ne sais même plus si j'existe ».*

Cette phrase laisse un grand silence dans le groupe. Il a prononcé ces quelques mots, distinctement, avec violence, froideur et terreur.

Je sens dans l'intonation de sa voix et dans son regard qu'il vit des instants durant lesquels il a l'air d'avoir conscience de ses pertes de mémoire, de sa désorientation et il est pris dans les angoisses qui naissent de cette perte de repères. Sa phrase résonne, elle me fait réaliser la violence de cette désorientation, de cette perte d'identité. A nouveau, je me sens déstabilisée par ses mots et je mets quelques temps avant de répondre.

*« Je vois bien que c'est très difficile pour vous de sentir que vous existez, ... les exercices que nous faisons nous permettent de sentir que nous existons, que nous sommes bien vivants, que nous pouvons sentir notre corps. » Je ne sais pas si mes*

*mots le rassurent à ce moment-là, car il reste renfermé sur lui. Je me sens assez démunie face à la violence de ses mots et face à la détresse qu'il est en train de vivre. Nous continuons quelques mouvements et respirations puis passons au dernier temps proposé avant le rituel de fin, qui est un moment de danse, plus libre. Je propose une musique de Jacques Brel, sachant que Monsieur SP y avait été sensible la fois précédente. L'aide-soignante présente avec moi va le voir pour lui proposer de danser. Il refuse « ça ne sert à rien ». Je lui demande alors ce qui ne sert à rien selon lui et il me parle de son travail. Je ne comprends pas tout. Nous le laissons et dansons en binôme avec le reste du groupe. A la fin, durant le temps de verbalisation, je lui demande comment s'est passée la séance, il me dit « très bien, enfin le travail...comme d'habitude ». Je lui dis qu'effectivement nous avons beaucoup travaillé durant cette séance, pensant qu'il fait référence à son travail d'ingénieur mais j'essaye de faire du lien avec la réalité, le moment présent. Nous finissons le tour de parole puis nous nous dirigeons vers la salle à manger.*

Cette séance a été la dernière avec Monsieur SP, qui a rejoint un accueil de répit, c'est-à-dire un espace est adapté aux personnes plus avancées dans la maladie et nécessitant des prises en charge en petit groupe, plus individualisées. Le groupe quant à lui continue d'évoluer, certaines personnes ont quitté l'accueil, d'autres sont arrivées.

Nous allons maintenant aborder toutes les réflexions que m'ont permis la création de ce groupe.

## PARTIE 3 : DISCUSSION

Ce stage a amené énormément de réflexions, il m'a surtout beaucoup questionnée sur l'identité, la liberté de chacun d'exister pour qui il est, dans toute sa singularité.

### I- Evolution de ma pensée :

Dans un premier temps, j'ai construit mes séances dans un objectif de stimuler la mémoire, épisodique, sensorielle. Pour cela, j'avais choisi la médiation expressivité du corps, par le mouvement dansé. Mes premières séances étaient construites autour de musiques permettant de faire travailler différentes qualités de mouvement, puis j'ai essayé de travailler autour de différentes musiques de l'époque des personnes accueillies, de leur milieu. L'infirmière proposant des ateliers musique avec eux m'a aidée. En pensant éveiller la mémoire corporelle, grâce à différentes stimulations, je pensais que cela permettrait d'éveiller des souvenirs chez eux. En effet, cela a été le cas avec Monsieur SP., lorsque la musique a réveillé des souvenirs, marqueurs de son histoire, de son identité.

Monsieur SP. semble toujours absent de la réalité dans laquelle il vit, mais présent dans sa réalité à lui, dans un espace et temps révolus, durant lequel il dit travailler beaucoup. Il bouge peu, ne montre pas d'intérêt à son corps, il ne porte pas attention à sa main gauche enroulée d'un énorme bandage, comme si elle ne lui appartenait pas. M. Personne (2011) considère que la désorientation, la déstructuration temporo-spatiale peuvent donner au sujet l'impression d'une perception morcelée de soi, de l'autre et de l'environnement. « *Le mouvement et l'action semblent un remède à ces phénomènes de morcellement.* » (Personne, 2011, p. 27). En effet, dans une certaine mesure, et dans un premier temps, la musique a fait émerger des émotions, l'a éveillé. Lorsque Monsieur SP. se met à danser, à se balancer à droite et à gauche faisait bouger son bras, il répète « c'est merveilleux ! ». Il paraît plus présent, disponible et unifié. A l'inverse des temps d'éveil durant lesquels il se montre détaché de

l'environnement, de ses sensations, me faisant penser à une forme de déréalisation, voire de dépersonnalisation, c'est-à-dire d'un détachement du corps propre, de ses sensations.

Or, la mise en mouvement semblait trop difficile pour lui. Monsieur SP. est parti en accueil de répit. Je suis retournée le voir plusieurs semaines, de sa première à sa troisième semaine en accueil de répit. Il semblait parfois ailleurs, comme lorsqu'il était dans l'accueil de jour. Toutefois, il y avait beaucoup plus de moments durant lesquels il était présent, parlait avec les trois autres accueillis. Malgré des phrases et un espace-temps qui manquaient de cohérence, il semblait moins angoissé, dans cet espace plus petit, contenant, avec seulement trois autres accueillis et deux professionnels.

La continuité d'un suivi en psychomotricité me semble pertinent, toutefois au sein du groupe de l'accueil de répit, sur une durée plus courte et avec des musiques connues par eux. Comment faire, lorsque les troubles neurocognitifs impactent trop les capacités motrices ? Il me semble que la musique reste alors intéressante, puisqu'« *un soi reste mobilisable, quand bien même il ne peut répondre à aucun autre appel qu'à celui de la musique* » (Sacks, 2007, p.425).

## II-Le mouvement, un moyen de se sentir exister

Au fil de mes lectures, grâce aux retours que je faisais après chaque séance, je prenais en note ce qui m'avait marqué. En écrivant ce mémoire, en discutant avec mes maîtres de mémoires et en contactant des psychomotriciens, certains spécialisés en gériatrie, j'ai affiné mon regard.

Face aux pertes, notamment celles de repères temporo-spatiaux, les individus se sentent désorientés, parfois incapables de se situer dans l'espace ou de comprendre leur présence en un lieu donné, ce qui engendre de nombreuses angoisses. En plus de cette confusion extérieure, ils éprouvent une perte de repères internes, une remise en question de leur identité. Je fais référence ici à la perte de sensibilité proprioceptive notamment, à la déstructuration du schéma corporel, de l'image du corps et à la

dégradation des facultés cognitives affectant leur motricité, leurs capacités de compréhension et d'expression.

Ainsi, pour remédier à ces pertes de repères, la mise en mouvement a été la première chose qu'il m'a semblé intéressante de mettre en place.

La médiation utilisée est celle de l'expressivité du corps :

*L'expression est un mouvement (gestuel, verbal) qui part de l'intérieur pour aller vers l'extérieur, avec une intention de communication. Pour que ce mouvement se produise, il faut que deux espaces co-existent et soient (au moins un peu) différenciés : un espace dedans, un espace dehors. (Potel, 2010, p.858).*

« *Il y a donc une expressivité fondamentale du corps qui n'est pas une mise en signes ... ses configurations posturo-toniques ne lui servent pas à signifier ses émotions ou désirs, mais d'abord à les vivre, à les authentifier* » (Lesage, 2009, p.67). Ainsi, l'expressivité du corps, c'est la façon que chacun a de vivre, d'expérimenter, d'explorer, de rencontrer à travers le corps.

D'autre part, le travail d'expressivité du corps a été construit notamment à partir de Laban Movement Analysis (LMA), c'est-à-dire de concepts théorisés par Laban autour du mouvement. Laban a développé la théorie de l'Effort, permettant de clarifier le dessein du mouvement : « *l'Effort réunit, de manière consciente ou pas, la motivation interne originaire du besoin de se mouvoir – une sensation, un sentiment, une pensée, une émotion, l'accomplissement d'une tâche – et le mouvement réel qui peut être perçu.* » (Laban, cité dans Lesage, 2009, p.347). Ainsi, l'expression de ces motivations intrinsèques sont décrites « *en termes de facteurs de mouvement, dénommés individuellement "éléments d'Effort" : le temps, l'espace, le poids, le flux* » (Laban, cité dans Lesage, 2009, p.347). Chacun des facteurs de mouvement crée une dichotomie ; le temps est soutenu ou soudain, le flux est libre ou condensé, le poids est léger ou ferme et l'espace est direct ou flexible. Entre chacune de ses polarités, vont se créer des nuances. Laban parle de « *l'Effort Pattern* » (cité dans Lesage, 2009) pour parler de la façon dont ces éléments interagissent et qui est spécifique à une personne ou à une activité.

Dans certaines séances que je ne décris pas ici, nous avons travaillé à l'inverse, partant de la qualité de mouvement, pour voir quelles images cela pouvait susciter, quelle émotion cela pouvait provoquer. Or, malgré un étayage, il était difficile pour les personnes de partager et peut-être même d'avoir des représentations de ce qu'ils éprouvaient corporellement. Je continue toutefois à leur proposer des échauffements dans lesquels nous marchons avec un poids ferme ou léger ou encore en avec un flux condensé ou plus libre.

J'ai ensuite proposé un travail centré sur les émotions, dans lequel, à l'inverse, nous partions d'une émotion puis portions attention au vécu corporel. Dans cet exercice, les qualités de mouvements sont déployées. Lorsque madame B. se met en colère, je décris plus haut, à quel point elle contracte ses muscles, s'enracine dans le sol, dans un poids ferme, dans un temps soudain durant lequel elle a des mouvements directs et clairs, en faisant semblant de donner des coups de poings. La mise en corps des émotions met donc en jeu différentes qualités de mouvements, et l'attention que nous portons au corps permet de développer la conscience corporelle.

Ainsi, l'approche de Laban nous permet de porter attention au mouvement -donc de développer la conscience corporelle-, à l'intention de ce mouvement et à ce qu'il peut provoquer d'un point de vue émotionnel.

Le travail expressif inspiré de la LBA de Laban permet, selon moi, de donner un support d'expression, permettant à chacun, à partir d'une consigne, d'une attention portée sur une qualité de mouvement, d'explorer corporellement le mouvement. Le mouvement, nécessite une organisation tonique, gestuelle. Chacun avec ses appuis, son rythme, va seul ou en relation laisser exprimer son corps, laissant place à sa créativité, à ses envies, pour bouger, donnant ainsi à son corps la place d'exister librement, sans jugement, comme il l'entend.

Ce travail expressif est possible lorsque le sujet a suffisamment d'appuis, physiques et psychiques pour se sentir en confiance et explorer par la danse, différents mouvements, par le jeu, différentes émotions et par ce travail expressif global, qui il est. Or, l'expression est propre à chacun. Chacun à sa manière s'exprime, avec ce qu'il est, différent de l'autre et toujours un peu semblable. Ainsi, par l'engagement corporel, le mouvement, la psychomotricité permet un certain soutien à l'identité du

sujet. « *Le travail corporel avec l'individu est alors le processus d'affirmation de son identité propre.* » (Personne, 2011, p.13)

La mise en mouvement permet un travail proprioceptif. Or, la proprioception joue un rôle fondamental, grâce à la conscience des parties du corps, elle est importante dans « *le sentiment d'exister à travers son corps* » (Sorignet, 2023, p. 147). Ainsi, se mouvoir, c'est ressentir son corps, c'est se sentir exister.

Monsieur SP. dit ne pas ressentir son corps, au moment où nous sommes en train de faire des percussions osseuses, je ne sais pas si cela est corrélé, s'il a compris la consigne. Toutefois, je me demande tout de même s'il n'y a pas de lien entre ce moment durant lequel nous parlons de ressentir notre corps, et ses mots. Peut-être qu'il a porté attention à son corps, lorsque je guidais l'éveil corporel, et même s'il n'a pas participé d'un point de vue moteur, il est possible qu'il ait tourné son attention sur lui et sur son corps.

Le travail proprioceptif, la mise en mouvement, met en jeu la conscience du corps. Par ce terme, B. Lesage (2012) entend un travail d'attention porté au corps favorisant une conscience plus développée, plus riche et plus fine de soi.

Être dans une réalité sensible, éveiller ses sens, donner au corps l'espace d'exister dans un environnement, solliciter le corps en mouvement permet de développer la conscience corporelle. Elle est construite sur la base d'informations sensorielles, posturales, proprioceptives. Ainsi, le travail du corps offre une re-connaissance de soi, permettant d'apporter une certaine réassurance, quant à son sentiment continu d'exister.

« *La pensée se construit sur la base d'expériences sensori-motrices.* » (Lesage, 2021, p.38), ainsi :

*Impossible donc de mobiliser un processus psychique sans apercevoir son ancrage somatique et sensori-moteur. A contrario, bouger, modifier un état corporel, moduler un niveau de tension, une posture, gestualiser, affectent la sphère psychique, à commencer par la conscience de le faire.* (Lesage, 2021, p.38)

C'est pourquoi, amener du mouvement chez un sujet, vient soutenir la conscience corporelle, clé dans l'identité du sujet.

En séance d'expressivité, il se jouait, dans cette action, l'émergence d'une part de soi, expressive et singulière. Nasio disait « *Je suis le corps que je sens et que je vois.* » (cité dans Morin, 2023, p.112).

En portant attention aux personnes du groupe, j'ai observé qu'en proposant un même exercice, une même consigne, chacun bouge, d'une façon qui lui est propre, en fonction de son regard, de ses représentations.

En effet, on reconnaît quelqu'un uniquement grâce à sa démarche, à la façon de se mouvoir : la mise en mouvement corporelle est propre à chacun. Chaque semaine je propose le rituel du foulard, chacun a une façon singulière de se lever. Certains sont plus à l'aise que d'autres au centre des regards, il y en a qui restent longtemps, d'autres moins, il y a des gestes qui se font doux, parfois plus brusques et il y a ce regard parfois rieur, parfois agacé ou absent de celui qui récupère l'objet. Le mouvement est marqué d'une histoire, d'une vie, certaines postures en rétropulsion propres aux personnes ayant beaucoup chuté marquent le corps jusque dans la posture. Pour d'autres, anciennes danseuses, on retrouve dans le mouvement la grâce de la danse qui persiste. Et puis, il y a ces mises en mouvements dont je ne saurais trouver l'origine mais qui sont la marque d'une histoire de vie et qui sont propres à chacun.

*Monsieur P. se lève, assez discret en début de séance, les yeux mi-clos, épuisé par sa chimiothérapie, je le regarde se redresser d'un bond, et danser aisément, passant devant chaque personne du groupe et créant un espace de relation à deux, chacun, relié à un bout du foulard. Il passe le foulard sur les visages des femmes, s'arrête plus longtemps devant Mme K. Elle se lève, nous les regardons quelques instants danser ensemble sur la musique. Ils semblent joyeux, dansent en rythme et les autres personnes du groupe se mettent à les applaudir.*

L'identité prend racine dans l'action, ainsi, pour exister, le sujet bouge, crée, s'engage (Joulain, 2011). C'est ce qui est proposé dans les ateliers de mouvements dansés.

Au travers de l'éveil corporel, puis par l'expressivité, la musique, la danse, chacun éprouve son corps. Cette meilleure expérience de soi permet une réappropriation du corps. Toutefois, nous avons vu que les personnes ayant des troubles neurocognitifs, subissent une déstructuration du schéma corporel et ont une représentation corporelle influencée par des représentations négatives les concernant. Or, la place du corps

joue une grande place dans l'identité du sujet. Le travail corporel permet donc une certaine réappropriation corporelle, psychocorporelle, au travers du mouvement, venant soutenir l'identité. Parfois, même, elle éveille, réveille, l'identité à partir de laquelle ils se sont construits, comme Madame DB.

*Mme DB. présentée précédemment participe pour la première fois à l'atelier.*

*Pendant l'éveil corporel, elle se lève, je lui demande où elle souhaite aller, elle me répond qu'elle part, « on ne va pas s'amuser avec ces âneries pendant une heure !! » me dit-elle. J'essaye de lui expliquer à nouveau l'intérêt de l'éveil corporel, elle accepte de rester.*

Je l'accompagne pour l'aider à rester dans le moment présent. Cet appui que je lui donne pour rester en la soutenant dans sa proposition lui permet de tenir dans le cadre.

*Puis elle danse, je sens dans ses mouvements énormément de grâce, de finesse, elle déploie chacun de ses mouvements avec une certaine lenteur, elle ferme les yeux à plusieurs reprises, elle a un léger sourire. Durant le temps de verbalisation, elle nous partage qu'elle a été danseuse classique pendant des années lorsqu'elle était jeune. Elle nous raconte à quel point c'était difficile, exigeant, mais qu'elle aimait énormément danser, que ça avait été une belle période de sa vie. Nous la valorisons sur ses qualités de danseuse. Un Monsieur s'épate de ses talents, elle paraît fière et apaisée.*

Ici, je me suis alors questionnée. Cette femme, qui ne m'avait encore jamais parlé d'elle, de sa vie, venait de partager au groupe qui elle était, ce qui l'avait animée pendant des années et qui semblait encore aujourd'hui réveiller chez elle des émotions douces et des souvenirs marquants de sa vie. L'écoute qu'elle a porté à son corps, à ses mouvements, lui a permis de parler de ses souvenirs, de faire émerger des éléments de sa mémoire épisodique. En dansant, elle a laissé s'exprimer une part d'elle, par ses gestes coordonnés, organisés, dans le temps et dans l'espace, elle s'est inscrite dans le cadre spatio-temporel du groupe. Elle a fait émerger des éléments de la personne qu'elle a été, dans son identité propre, et qu'elle est encore aujourd'hui, empreinte de son histoire et de ce métier qui a marqué son corps et sa vie.

Lorsqu'elle a dansé, elle souriait, elle avait un regard à la fois présent et un peu ailleurs, paraissant se perdre dans ses idées, peut-être ses souvenirs. A la fin de la séance, un

Monsieur répète à plusieurs reprises qu'elle a dansé « magnifiquement bien » et Mme DB sourit, le remerciant timidement. On constate que l'action, la mise en mouvement permet selon Joulain (2011, p.24) :

*La valorisation de soi, l'estime de soi, que l'individu tend à maintenir en fonctionnement, voire à réparer... Etre reconnu par les autres confirme son pouvoir et développe le sentiment fondamental d'être quelqu'un qui compte, pour autrui et pour lui-même (Christen-Gueissaz, 1944).*

Il est également important de penser comme le souligne Michel Personne (2011) que le sujet âgé n'est pas uniquement caractérisé par des pertes, nous pouvons l'aider à faire émerger de nouvelles identités, par le biais de nouvelles expérimentations corporelles notamment, comme ce que nous pouvons proposer en psychomotricité, dans des séances d'expressivité du corps.

*« Comment c'était pour vous cette séance Mme B. ?*

*- Bien, me répond-t-elle ("Bien" est une réponse qui est beaucoup donnée, me paraissant ne pas toujours faire sens pour eux.)*

*- Vous avez beaucoup dansé, c'est quelque chose qui vous plaît la danse ?*

*- Oui, ... quand j'étais enfant, je rêvais de devenir danseuse (elle sourit)*

*- Alors aujourd'hui vous devenez en quelque sorte danseuse, parmi ce groupe de danseurs ?*

*- Oh un peu seulement, » Mme B. rit.*

*Mme B. sourit et vient me remercier à la fin de séance de lui avoir permis de danser.*

La mise en mouvement vient donc soutenir l'identité du sujet, « *d'une imitation de groupe, le mouvement se différencie et devient gestuelle révélatrice de l'identité de chacun, pour un "je" plus affirmé.* » (Kaempf & al., 2011, p.76).

Enfin, l'expressivité permet de laisser la possibilité à chacun d'explorer, seul ou à plusieurs, et le cadre fournit un espace où chacun peut se sentir libre de s'exprimer de façon verbale ou corporelle, permettant ainsi l'émergence de son identité. Favoriser la communication et l'action soutient la conscience de soi car en expérimentant, en bougeant, en partageant ses éprouvés, le sujet porte attention à son vécu

psychocorporel. Il peut alors focaliser son regard sur soi, sur ses goûts, ses désirs, ses aspirations, ses souvenirs, sur ce qui fait qu'il est, qui il est, dans son entièreté, dans son identité. « *Et quand l'esprit est moins agile, le corps lui, qui le plus souvent reste vivant, peut être stimulé et s'exprimer.* » (Joulain, 2011, p.11). En ce sens, le travail en psychomotricité vient soutenir l'appropriation de son corps, dans toutes ses dimensions, expressives, fonctionnelles, émotionnelles, relationnelles.

### III- L'intérêt du groupe :

#### 1. Le cadre pour permettre un espace de jeu et d'expressivité

Le groupe fonctionne grâce au cadre mis en place. La construction des séances toujours élaborées de la même façon et les rituels proposés en début et fin de séance viennent apporter un cadre structurant et contenant pour les personnes du groupe. En effet, la contenance du groupe est permise par différents facteurs, il me semble que l'installation de la salle permet cet effet contenant premièrement. Lors des premiers ateliers, je n'avais pas pensé l'installation de la salle : à la hauteur des dossiers, au nombre de fauteuils dans la salle, à mon installation parfois dos à la fenêtre. Le salon est une pièce en forme de haricot, avec environ 25 fauteuils, certains avec des dossiers très hauts d'autres moins.

Au fil des semaines, il y a eu de nombreuses modifications dans l'installation : j'ai libéré l'espace en enlevant du salon certains fauteuils. Les fauteuils utilisés par le groupe ont tous un dossier bas, cela permet qu'ils s'installent confortablement, tout en ayant une posture qui les rend disponibles aux propositions.

Je m'installe toujours à la même place, en face de la fenêtre plutôt que dos à la fenêtre afin qu'ils ne soient pas éblouis par la lumière. Je propose à ceux qui ont particulièrement besoin de fonctionner en miroir, comme Monsieur SP. par exemple, de s'installer en face de moi. Tout le groupe est installé en cercle et le professionnel qui participe à l'atelier se met à côté des personnes les plus en difficulté.

Les groupes thérapeutiques à médiation corporelle offrent un espace de jeu. Le jeu, selon C. Potel, est ce qui fait le lien entre soi et les autres. Le jeu va « être la médiation centrale et qui va s'appuyer sur toutes les situations qui utilisent le corps comme vecteur d'expression. » (2019, p. 417). Chacun peut exprimer qui il est, prendre sa place, dans sa subjectivité au sein du groupe. Un objectif premier du groupe est d'être en relation avec l'autre, autant qu'être présent à soi. « Jouer au sens winnicottien, c'est exprimer quelque chose de soi dans la rencontre avec les autres. » (2019, p. 418)

Un espace de jeu, d'expressivité permet donc de faire émerger chez la personne de la créativité. De laisser un espace d'expression, comme cela a été le cas avec Madame B. par exemple. C'est une femme toujours souriante, bienveillante, qui fait attention aux autres, elle fait preuve de beaucoup de douceur. Elle me raconte parfois qu'elle est fatiguée par son mari, qu'elle a eu une vie « pas toujours toute rose » et qu'elle est contente d'être à l'accueil de jour. Toutefois, je ne l'ai jamais vu hausser le ton ni s'énerver. Lorsque Madame B. se met à jouer la colère, le mouvement et l'émotion se mêlent, dans une dimension tonico-émotionnelle. Je la regarde, se prendre au jeu, lâcher prise, exprimer la colère, laisser place à l'expression de soi.

Je me demande quelle place le groupe et le cadre du groupe ont joué pour permettre à Mme B. un certain lâcher prise. Je rappelle souvent au groupe, lorsqu'une personne partage son ressenti, que nous devons respecter de façon bienveillante les autres, leurs émotions. Ce cadre lui permet-il à ce moment-là, d'exister pour qui elle est, de rire, de ne pas penser au regard des autres, « d'être là avec tous ces gens bienveillants, sans chichis » d'après ses mots ?

Je propose alors par un étayage verbal, de faire du lien entre cette émotion et ce que cela provoque corporellement. Je lui demande si ça la soulage d'exprimer cette colère, elle répond oui, avec un grand sourire et un visage apaisé.

Ainsi, il est plausible que le cadre établi au sein du groupe joue un rôle prépondérant dans le développement d'un sentiment de sécurité, apportant un appui psychique et favorisant ainsi l'expression de soi.

Le groupe offre un espace de « parole corporelle » (Potel, 2019, p. 418), permettant à chacun de vivre des expériences corporelles, émotionnelles, de les accepter sans jugements, ni attentes et que ces expériences puissent être accueillies par le groupe avec bienveillance. En ce sens, le groupe permet l'exploration. Selon C. Potel (2019),

le groupe peut également être un support et soutien aux régressions. On peut les accueillir par le cadre du groupe qui est contenant et soutenant. Les comportements de l'agir, actions physiques ou verbales, les émotions, l'agressivité peuvent elles aussi être contenues par le groupe et par le travail du thérapeute. Enfin, il peut permettre la symbolisation primaire, permettant au sujet de construire des représentations de son vécu par la présence du groupe.

La stabilité de la médiation peut être très structurante pour les accueillis, en perte de repères. En effet, le fait de retrouver chaque semaine la même médiation apporte des repères nécessaires pour une certaine réassurance.

Le manque de repères, les difficultés à faire émerger des idées, une expressivité corporelle pauvre, m'ont amené à proposer un atelier dirigé, dans lequel je laisse place à l'émergence des vécus, aux propositions des accueillis. J'essaye de les rendre au maximum auteur et acteur dans l'atelier, mais je constate que l'avancée majeure de leurs troubles neurocognitifs inhibent leurs impulsions motrices, créatives et qu'il est nécessaire de faire des propositions pour faire émerger chez eux du mouvement, au sens physique et psychique, un vécu émotionnel, un souvenir.

Les difficultés de chacun provoquent des réponses chez les autres, « *réponses tant corporelles que verbales, vont avoir une fonction de "réverbération" du comportement du sujet* » (Potel, 2019, p.420). Cela signifie que les personnes du groupe font des feed-back, qui vont donner du sens au vécu de la personne, c'est ce qui est thérapeutique selon C. Potel. Cela signifie par exemple, que lorsque Monsieur SP. se met à pleurer, un Monsieur lui tend un mouchoir, une autre réagit : « oh, il pleure, il pleure ». Ainsi, leurs réactions spontanées face à cette émotion, vont donner du sens au comportement de Monsieur SP.

## 2. Espace de partage

L'intérêt du groupe pour les personnes est aussi le temps de partage. Lors du temps de verbalisation en fin de séance, je leur propose souvent plusieurs mots pour les aider à affiner leur ressenti, à savoir ce qui était plus agréable, ce qui l'était moins. Beaucoup

de personnes peuvent dire que ça leur fait du bien d'être ensemble, en groupe, de partager un moment ensemble.

Le groupe permet le partage d'un état commun, parfois d'une émotion commune, au même moment. Le travail en miroir est un aspect intéressant du groupe. J'ai observé que cela permettait une meilleure dynamique, chacun participant plus. Lorsque, dans le groupe, une personne se met à danser, ou répond activement à la proposition, cela soutient la dynamique. Toutefois, j'ai aussi remarqué, que lorsqu'une personne est angoissée, qu'elle se lève, veut quitter la salle, cela fait parfois effet de domino, et dans cette situation, j'observe que la contenance que le professionnel et moi pouvons apporter par nos mots et par notre installation dans la salle, permet de ramener une certaine disponibilité pour continuer la séance.

Enfin, je finirai par dire que la relation est au cœur du soin, et que le regard que l'on porte aux sujets, l'intérêt qu'on leur adresse conditionne une part de l'image qu'ils se portent et donc une part de leur identité. Le groupe a toute son importance, notamment au travers de la mise en mots des vécus corporels, psychocorporels de chacun car « *l'identification par autrui permet que se conserve une forme d'identité, même si elle est autre* » (Maintier, 2011, p.42). La relation permet au sujet d'exister au travers du regard de l'autre, en étant considéré, écouté, respecté, reconnu. Cela vient soutenir le sujet dans son individualité, dans son identité.

#### IV) Mon identité professionnelle

Dans l'élaboration de mes objectifs de séance et de ma problématique de mémoire, j'ai bénéficié des conseils avisés de plusieurs psychomotriciens. Parmi eux, une spécialiste en gériatrie a soulevé un point crucial concernant mes propres interrogations sur l'identité du sujet. Elle a relevé que tandis que je cherchais à soutenir l'identité des sujets, je me trouvais moi-même en quête de ma propre identité professionnelle. Initialement, je n'ai pas pleinement saisi la portée de ses propos.

Cependant, au fil de mon stage, j'ai été confrontée à de nombreuses remises en question. L'absence d'un psychomotricien dans la structure pour échanger sur mes questionnements en temps réel, exacerbait ces moments de doute. De plus, il m'était

difficile de trouver ma place au sein de l'équipe, déjà solidement établie. Chaque profession avait son rôle bien défini, sa place attitrée, et les habitudes étaient solidement ancrées. Cette dynamique ritualisée a rendu difficile l'affirmation de mon regard psychomoteur, de faire ce qui me semblait juste et pertinent, même si cela différait des pratiques établies.

Cette année a été déterminante dans la construction de mon identité en tant que psychomotricienne. Mon stage dans cet accueil de jour m'a permis d'explorer ma propre approche professionnelle. Les diverses situations rencontrées, en atelier et lors des temps de repas thérapeutiques m'ont offert une meilleure compréhension de la personne dans différentes situations, mais également des fonctions psychomotrices.

Parallèlement, ces situations m'ont confrontée à des décisions où j'ai pu constater des accords et des désaccords avec les pratiques existantes. Sans la supervision directe d'un maître de stage, j'ai dû puiser en moi-même pour élaborer mes propres idées, en m'appuyant sur mes connaissances et en allant questionner les professionnels afin de comprendre leur regard par rapport à leur pratique. Je voyais parfois les choses, sous un autre spectre, notamment lors des repas thérapeutiques. Je pensais qu'il était intéressant de ne pas faire à la place, mais plutôt d'accompagner, au risque de prendre plus de temps, ce qui n'était pas un avis partagé. J'avais une vision claire de mon désir de travailler dans une perspective psychocorporelle, considérant l'indissociabilité entre les manifestations corporelles et les vécus psychiques et de soutenir au maximum l'autonomie du sujet mais je cherchais encore comment concrétiser cette approche.

J'ai bénéficié cette année de l'accompagnement précieux de mes maîtres de mémoire, des groupes d'analyse de pratiques, des livres et articles, ainsi que de mes échanges avec d'autres psychomotriciens et enseignants. Ces interactions m'ont permis d'affiner mon regard, mes axes thérapeutiques, de créer des séances qui font sens pour moi et de les ancrer dans une démarche réfléchie.

## Conclusion :

Dans ce travail, j'ai exploré les défis auxquels font face les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs. Elles subissent une perte de choix et de liberté, deviennent plus en plus passives et dépendantes des autres. Leur identité est impactée en raison des différentes pertes subies et notamment la perte de mémoire épisodique, marqueur de l'identité. À cela s'ajoute la stigmatisation, liée à la maladie. Ainsi, ces personnes sont souvent peu considérées, vues comme incapables de prendre des décisions, d'être autonomes. « Elle perd la tête » dit l'époux d'une femme accueillie. Elles sont réduites à leur identité de malade, peu considérées et mal considérées par les autres.

Cependant, la psychomotricité offre un espace où ces personnes peuvent s'exprimer, explorer par le mouvement, laisser place à leur créativité, à leur identité. À travers le mouvement et l'exploration corporelle, la psychomotricité permet un cadre thérapeutique où les personnes peuvent laisser une part de leur identité s'exprimer. Dans cet espace, nous pouvons aller à la rencontre et accorder au sujet la possibilité d'exister pleinement, au-delà des stéréotypes et des représentations qui lui sont attribuées.

J'ai également pris conscience que le cœur du travail de psychomotricien réside dans l'écoute et la présence. Cette dimension demeure complexe et la juste présence est parfois difficile à trouver. J'ai encore souvent l'impression de marcher sur un fil lorsqu'il s'agit de juste proximité. Toutefois, il est certain qu'une présence à soi et à l'autre, où nous portons attention à ce qui se joue dans la relation est essentielle. À travers notre regard sensible et dans une dimension éthique, « *c'est-à-dire ne jamais prendre cet autre pour un " objet ", ni le réifier ni le nier dans sa singularité d'humain.* » (Cifali, cité dans Pham Quang, 2023, p. 64). Il s'agit de « *Chercher à être présent afin qu'il se construise, évolue, et assume sa propre subjectivité* » (Cifali, cité dans Pham Quang, 2023, p. 64) et ainsi, nous pouvons laisser à chacun, la place d'être pleinement qui il est.

Malgré les difficultés que j'ai rencontrées, en dépit d'une marée de questions qui m'a parfois submergée, j'ai vu des personnes se déployer, s'exprimer et oser.

Je me suis rendue compte qu'« être », plutôt que « faire » peut être une façon de travailler, d'être à l'écoute de ce que la personne peut amener : de son vécu, ses ressentis, son histoire. Dans cette mesure, je pense qu'il est intéressant de réfléchir à une façon de penser le soin non pas irrémédiablement dans le « faire », mais également dans « l'être ».

De surcroît, cette année m'a permis de prendre conscience du public avec lequel j'apprécie particulièrement travailler. J'ai réalisé auprès d'eux, que l'ajustement et l'adaptation étaient essentiels dans la prise en soin. Enfin, les réflexions suscitées par les personnes âgées occupent une place centrale dans ce qui me motive et résonne profondément avec mes aspirations professionnelles : celles de considérer le sujet dans toute sa complexité et sa subjectivité.

## Bibliographie :

Agostini, D. (2005). Les concepts de « capacité d'être seul » (D. W. Winnicott) et de « se sentir seul » (M. Klein). *Adolescence*, 231, 67-78.  
<https://doi.org/10.3917/ado.051.0067>

Ajuriaguerra, J. (1966). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson.

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

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod.

Assoun, P. (2019). Chapitre premier. Du stade du miroir à l'imaginaire. Dans P. Assoun éd., *Lacan* (pp. 31-37). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.

Bachollet, M. et Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

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

Boucher, M., Decatoire, A., et Jeddi, R. (2003). Description mécanique de la gestion proprioceptive du dégrouper lors d'un salto arrière. *Staps*, n°62, 89-106. <https://doi.org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/sta.062.0089>

- Boulinguez, J., (2023). Psychomotricité et troubles psychocomportementaux. Dans A. Brandily (Ed.), *Psychomotricité et sujet âgé*. Editions in press.
- Brandily, A., Barnich, L., Rémoville, C. et Roux, J. (2019). E. Les seniors. Dans : Anne Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 347-348). Paris : Dunod.
- Bydlowski, M. et Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet PSY*, 63, 30-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.063.0030>
- Cherin, P. (2009). Effet du vieillissement sur les muscles : La sarcopénie. *Médecine & Longévité*, 1(1), 26-30. <https://doi.org/10.1016/j.mlong.2009.06.003>
- Costini, O., Roy, A., Faure, S. et Le Gall, D. (2013). La dyspraxie développementale : actualités et enjeux. *Revue de neuropsychologie*, 5(3), 200-212.
- Croisile, B. (2014). Le *Mini-Mental State*, un incontournable de la neuropsychologie : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 32, 71-77. <https://doi.org/10.1684/sss.2014.0404>
- Dormia, F., et Fève, K. (2014). *Psychomotricien auprès de la personne âgée*. Editions Robert Atlani.
- Dejours, C. (2009). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 85, 227-234. <https://doi.org/10.1684/ipe.2009.0454>
- Dugravier, R. et Barbey-Mintz, A. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66, 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>

Freud, S. (1923). Le Moi et le Ça. Dans A. Bourguignon (Trad.), *Essais de psychanalyse* (pp. 219-275). Paris, France : Payot.

Haute Autorité de Santé. (2018). 1. *Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs*. [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201805/fiche\\_1\\_troubles\\_cognitifs\\_et\\_trouble\\_neurocognitifs.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201805/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf)

Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6, 115-130. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0115>

Joulain, M. (2011). L'identité des personnes âgées : le poids des normes d'âge, des représentations et des catégorisations sociales. Dans : Michel Personne éd., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : Psychologie et psychomotricité des accompagnements* (pp. 17-31). Toulouse : Érès.

Kaempf, S., Romatet, D. et Truptil, A. (2011). Unifier de la tête aux pieds : Approche psychomotrice de la problématique de l'identité chez le patient atteint de la maladie de Parkinson. Dans : Michel Personne éd., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : Psychologie et psychomotricité des accompagnements* (pp. 69-85). Toulouse : Érès.

Larousse. (s.d.). Identité. Dans *Le dictionnaire Larousse*.

Larousse. (s.d.). Temps. Dans *Le dictionnaire Larousse*.

Lefèvre, C. (2023). Le vieillissement psychomoteur et l'approche thérapeutique en géronto-psychomotricité. Dans M. Personne (Éd.), *Psychomotricité et sujet âgé* (pp. 27-50). Elsevier.

Lehmann, J. (2007). Un concept méconnu de la clinique de Winnicott : le narcissisme primaire. *Che vuoi*, 28, 39-53. <https://doi.org/10.3917/chev.028.0039>

Lehmann, J. (2011). La clinique de Winnicott. *Le Carnet PSY*, 150, 49-52. <https://doi.org/10.3917/lcp.150.0049>

Lehmann, J. (2013). 8. *Self*, faux *self* et narcissisme primaire. Dans J. Lehmann, Donald W. Winnicott : *Un créateur indépendant* (pp. 109-136). Paris : Armand Colin.

Lejeune, A. (2010). Maladie d'Alzheimer : mémoire, réminiscence et reviviscence. Dans : Joyce Aïn éd., *Réminiscences* (pp. 169-172). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.ain.2010.01.0169>

Le Robert. (1996). Flaveur. *Dans le dictionnaire Le Robert*.

Le Robert. (s.d.). Goût. *Dans le dictionnaire Le Robert*.

Lesage, B. (2009). Annexe 2. Laban Movement Analysis (éléments). Dans B. Lesage (Éd.), *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie* (pp. 345-349). Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2009.01.0345>

Lesage, B. (2009). L'expressivité du geste : pour une lecture psychodynamique du mouvement. Dans B. Lesage (Éd.), *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie* (pp. 67-91). Toulouse : Érès.

Lesage, B. (2012). Sentir, Nommer, Symboliser : un travail de conscience corporelle. Dans Benoît Lesage éd., *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation* (pp. 221-240). Toulouse : Érès.

Lesage, B. (2021). Corporel, psychocorporel et médiations. Dans B. Lesage, *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité* (pp. 27-67). Toulouse : Érès.

Maintier, C. (2011). Une identité à construire et à conserver. Dans : Michel Personne éd., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : Psychologie et psychomotricité des accompagnements* (pp. 33-46). Toulouse : Érès.

Martin, E. et Roux, J. (2018). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : symptômes psychocomportementaux dans la démence (SPCD). Dans : Jean-Michel Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 631-641). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dbu.albar.2017.01.0631>

Morin, B. (2023). Corps et représentations en gériatrie. Dans M. Personne (Éd.), *Psychomotricité et sujet âgé* (pp. 105-125). Elsevier.

Organisation mondiale de la santé. (2022). *Vieillesse et santé*.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Personne, M. (2011). Introduction. Dans Michel Personne (éd.), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : Psychologie et psychomotricité des accompagnements* (pp. 7-13). Toulouse : Érès.

Pham Quang, L. (2023). Analyse et éthique des pratiques psychomotrices autour de la présence. Dans A. Brandily (Ed.), *Psychomotricité et sujet âgé*. Editions in press.

Pireyre, E. W. (2021). Le schéma corporel (2) : Données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(8), 415-421.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.004>

Pireyre, Éric W. (2021). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.

Ploton, L. (2009). À propos de la maladie d'Alzheimer. *Gérontologie et société*, 32(128-129), 89-115. <https://doi.org/10.3917/g.s.128.0089>

Potel Baranes, C. (2010). Quand la médiation aide à se construire un corps « psychique ». *Adolescence*, 284, 853-859. <https://doi.org/10.3917/ado.074.0853>

Potel Baranes, C. (2019). 22. Les groupes en psychomotricité. Dans C. Potel Baranes, *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (pp. 416-434). Toulouse : Érès.

Proust, M. (1913). *Du côté de chez Swann*. Pocket.

- Sacks, O. (2009). 27. Irrépressible : la musique et les lobes temporaux. Dans O. Sacks, *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous* (pp. 407-422). Paris : Le Seuil.
- Sacks, O. (2009). 28. Une espèce hypermusicale : le syndrome de Williams. Dans O. Sacks, *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous* (pp. 423-441). Paris : Le Seuil.
- Sage, I., Crosnier, M., Soppelsa, R., & Galliano, A.-C. (2012). Chapitre 4. Préhension, adresse,gnosies, praxies. Dans *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 111-160). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0111>
- Saint-Cast, A. et Gauducheau, M. (2016). Que nous apporte la référence au dialogue tonico-émotionnel dans la compréhension des troubles des apprentissages ?. *Enfances & Psy*, 71, 66-77. <https://doi.org/10.3917/ep.071.0066>
- Sorignet, M. (2023). La communication corporelle comme voie d'accès à l'identité de la personne âgée souffrant de troubles neurocognitifs majeurs. Dans A. Brandily (Éd.), *Psychomotricité et sujet âgé* (pp.141-162). Elsevier.
- Weyl, D. et Benhaïm, M. (2015). Version contemporaine de l'object-presenting. *Recherches en psychanalyse*, 19, 13-22. <https://doi.org/10.3917/rep.019.0013>
- Winnicott, D.W. (1958). *La capacité d'être seul*. Paris, France : Payot.
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard.

## **Résumé :**

Ce mémoire est centré autour des personnes âgées et spécifiquement celles souffrant de troubles neurocognitifs majeurs. J'aborde les difficultés auxquelles ces personnes sont confrontées et particulièrement celle de l'identité. Cette question est au cœur du mémoire autant qu'elle est centrale dans la vie du sujet. En m'appuyant sur mes observations cliniques issues de mon stage en accueil de jour et à travers mes lectures, je présente mes questionnements. Mon approche s'inscrit dans un travail de soutien de l'identité, dans une mise en lumière de la subjectivité de chacun. Je partage alors mes réflexions, illustrées par la clinique pour présenter le chemin qui m'a menée jusqu'à l'expressivité du corps. Je développe alors ce qui a joué une place majeure en stage cette année, le mouvement.

Mots-clés : Vieillesse, troubles neurocognitifs majeurs, identité, expressivité, mouvement.

## **Abstract :**

This dissertation revolves around elderly individuals, specifically those suffering from major neurocognitive disorders. I delve into the challenges these individuals face, particularly the issue of identity. This question is at the heart of the dissertation as much as it is central in the lives of the subjects. Drawing upon my clinical observations from my day care internship and through my readings, I present my inquiries. My approach is rooted in supporting identity, highlighting the subjectivity of each individual. I then share my reflections, enriched by clinical examples, to delineate the path that has led me to explore bodily expressiveness. I further elaborate on the significant role that movement has played in my internship this year.

Keywords : Aging, major neurocognitive disorders, identity, expressiveness, movement.