
UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

=====

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

« La nuit tous les vieux sont gris »
Etayage identitaire de la personne âgée démente par la
thérapie psychomotrice

Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

par

HAMEL-BERNADET Nathalie

Juin 2015

N° 1266

Directeur du Département Psychomotricité

Eric PIREYRE

ORGANNIGRAMME

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CS
M. GILLET Germain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

U.F.R d'Odontologie

Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE
Yannick**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr LEBOISNE Nicolas**

Observatoire Astronomique de
Lyon **M. GUIDERDONI Bruno**

IUFM
IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

Ecole Polytechnique Universitaire de
Lyon (EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

INTRODUCTION	3
<u>PARTIE CLINIQUE : RENCONTRE AVEC MADAME M.</u>	5
<u>I/ Présentation du cadre</u>	5
A) Mon lieu de stage :	5
B) Ma place de stagiaire	5
<u>II/ Présentation générale de Mme M., 86 ans :</u>	6
A) Anamnèse	6
B) Éléments du bilan psychomoteur	8
C) Prise en charge de Mme M. en psychomotricité	9
<u>III/ Ma rencontre avec Mme M.</u>	9
A) Premier entretien.....	10
B) Les première séances avec Mme M. dans sa chambre (de Octobre à début Décembre)....	12
C) Description du projet de soin de Mme M. tel qu'il est présenté à l'équipe	13
<u>IV/ Les séances de bain thérapeutique</u>	15
A) L'investissement du soin	15
B) Le rapport de Mme M. à son image.....	17
C) L'équilibre et l'ancrage	18
<u>V/ Évolution</u>	18
A) Affirmation de soi	19
B) Apparition du « Je » et prises d'initiatives	20
C) Lien avec l'équipe et quotidien en dehors des séances	21
<u>Partie théorique</u>	23
<u>I/ Construction et maintien de l'identité</u>	24
A/ L'individuation : préalable nécessaire au sentiment d'identité.....	24
B/ Moi-Corporel : Schéma corporel et image du corps.....	25
C/ Les processus d'identification	28
D/ Le Narcissisme	30
E/ le Moi-Peau	32
<u>II/ Vieillesse et identité</u>	34
A) Identité et vieillissement :	34
B/ Identité et démence	39
C/ Identité en institution	42

Partie Théorico-clinique :	47
I/ <u>Liens entre les troubles psychomoteurs de Mme M. et la perte d'identité</u>	47
A) Etiologies possibles	47
B/ Conséquences pour Mme M.	50
II/ <u>L'apport du dispositif de bain thérapeutique</u>	53
A) Le cadre	53
B) L'eau et la sensorialité	55
C) Vécu corporel du dedans	56
D) Les appuis	57
III/ <u>Le lien avec l'institution</u>	58
A) Place de Mme M. dans l'institution	58
B) S'affirmer sans s'opposer	61
CONCLUSION	62
Référence bibliographiques	64

INTRODUCTION

Ce qui m'a définitivement marquée lors de mon premier stage en EHPAD, en deuxième année, c'est le sentiment d'errance des résidents. Cette impression qu'ils ne sont rattachés à rien, qu'ils sont perdus dans la masse, même parfois jusqu'à imaginer qu'ils sont en stand by, qu'ils n'ont plus rien à vivre, à partager, qu'ils attendent la mort. En entrant dans cet EHPAD, je rentrais dans une sorte de salle d'attente dans laquelle, comme chez le médecin, les personnes ne se parlent pas, ne se regardent pas ou superficiellement. Mon questionnement était alors : comment en sont-ils arrivés là ? Pourquoi ont-ils lâché leur vie ? Et surtout comment redonner un sens au temps qu'il leur reste ?

Dans les rencontres, il y a ceux qui me racontent d'emblée toute leur vie et ceux qui ne laissent pas échapper un mot. Dans les deux cas, leur discours n'est finalement pas adapté à la personne en face d'eux, en l'occurrence, moi, stagiaire psychomotricienne, qu'ils ne connaissent pas mais qui s'adresse à eux.

Finalement je constate que nous parlons régulièrement de l'investissement du bébé par la figure parentale dans le développement de l'enfant mais je me rends compte à travers la clinique en gériatrie que cet investissement du sujet venant de l'extérieur est primordial à chaque âge et qu'à chaque moment de vie, le manque entraîne une fragilisation du sujet, d'autant plus si le sujet traverse une période de crise comme typiquement l'adolescence, le milieu de vie ou le grand âge. **Le sujet existe, ou plutôt se sent exister, parce qu'il est en lien affectif avec un autre.**

Dès le début de mon stage de troisième année, j'ai ressenti fortement l'appel au secours de Mme M. que je présenterai dans ma partie clinique. Elle me « demandait » de la porter, ou du moins de la soutenir, toute chancelante qu'elle était dans sa marche. Son discours assez pauvre étant totalement versé vers son état de déséquilibre physique et psychique. De suite, j'ai ressenti son agrippement corporel à moi comme une demande qu'elle ne pouvait pas formuler. Au fil des rencontres avec cette dame, je fais des hypothèses sur son état « instable », sur le développement de ses troubles et les causes de leur persistance. Je fais le rapprochement avec mes premières questions depuis l'année précédente et je formule la problématique suivante : **Comment rester sujet désirant et pensant quand on est âgé , dément et institutionnalisé ?** En effet, l'avancée dans le grand âge implique un travail du vieillir qui peut être pour certains pathologique. Le sujet

est contraint à une succession de pertes et de deuils qui ne peuvent parfois pas être élaborés. La démence quant à elle amène une problématique de discontinuité d'existence. Et pour finir, être en institution c'est être dépendant, à plus ou moins grande échelle et le regard de soi et de l'autre s'en voit modifié.

Pour rendre compte au mieux de mon cheminement de pensée, je présenterai dans ma première partie ma rencontre avec Mme M. En effet, nos premiers échanges étaient teintés d'une certaine urgence d'agir, de la soulager. Ensuite, mes questionnements et mes lectures m'ont permis d'éclairer la problématique de cette dame et je présenterai dans une deuxième partie ces éléments théoriques importants. J'ai ensuite pu élaborer mes hypothèses théorico-cliniques que je développerai dans ma dernière partie.

PARTIE CLINIQUE : RENCONTRE AVEC MADAME M.

I/ Présentation du cadre

A) Mon lieu de stage :

J'effectue mon stage dans un EHPAD comprenant 93 places en chambres simples ou doubles pour les couples. Un étage est réservé à une unité de soins Alzheimer (une Unité de Vie Protégée) pour accueillir 12 résidents. Il s'agit d'une unité fermée. Enfin, 13 lits sont réservés à l'accueil temporaire.

Il s'agit avant tout d'un lieu de vie. Il comporte un service commercial chargé de remplir les lits. Il y a donc une notion de rentabilité. Il y est question de prestations de service comprenant des repas cuisinés sur place, des chambres relativement grandes et totalement personnalisables, un salon de coiffure, un salon d'animation, une grande salle de restaurant...

L'établissement étant situé en ville, il ne possède que de tout petits espaces extérieurs et plusieurs étages avec toute une problématique liée à l'usage des ascenseurs.

L'équipe soignante est composée d'infirmières, d'aides-soignantes, d'aides médico-psychologiques, d'un médecin coordonnateur, d'une psychologue, de kinésithérapeutes et d'une psychomotricienne. Des agents des services hospitaliers, auxiliaires de vie et une animatrice viennent compléter l'équipe.

B) Ma place de stagiaire

Le matin je co-animais un groupe de « gym douce » avec ma maîtresse de stage. Il s'agit d'un groupe ouvert d'une quinzaine de personnes environ, dont la plupart viennent tous les jours, certains plus occasionnellement. Ce groupe a une visée préventive : entretien du mouvement, du partage, prévention de la chute par des exercices d'équilibre. A partir du mois de mars, j'ai débuté, sur cette plage horaire, une prise en charge individuelle avec une dame de l'unité de vie protégée.

Je participe ensuite à un temps de repas avec des résidents « difficiles » au niveau relationnel, qui nécessitent une attention particulière et qui mettent les équipes en difficulté. Je m'occupe d'une dame atteinte d'une maladie de Parkinson à un stade avancé (aucuns mouvements volontaires). J'essaie d'établir une relation avec elle, de stimuler ses sens pour que le repas soit un moment de plaisir, de capter ses expressions, de voir si elle aime ou pas, de voir où son regard se pose.

L'après-midi, je participe aux prises en charge individuelles avec ma maître de stage. J'ai repris seule le suivi d'une résidente que je présenterai ci-après. J'élabore également un projet de groupe thérapeutique autour de l'expression corporelle. Le groupe s'est réuni pour la première fois fin février.

II/ Présentation générale de Mme M., 86 ans :

Physiquement, il s'agit d'une petite dame relativement ronde, portant des lunettes, une perruque (châtain foncé, mais on remarque les cheveux gris sur la nuque), plus souvent en pantalon, un haut coloré et un gilet (elle dit avoir froid dans sa chambre où personnellement j'ai très chaud). Elle marche avec une canne et l'autre bras semble chercher un appui.

Mme M. a 3 enfants. Elle est veuve depuis 1997 et était secrétaire comptable.

Une fiche d'accompagnement du résident me renseigne sur les loisirs de Mme M. avant son entrée en EHPAD. Elle aimait peindre (une de ses œuvre orne le mur de sa chambre), jardiner, jouer du piano, écouter de la musique (classique) et s'occuper de ses animaux (chien). Cette fiche permet de noter les souhaits des résidents et Mme M. dit vouloir être sollicitée pour toutes les activités. Elle souhaite peindre, cuisiner, faire de la gym, chanter et éventuellement aller à la piscine.

A) Anamnèse

L'anamnèse de Mme M. est courte malgré son grand âge. En effet, son dossier ne mentionne que les quelques mois précédents son intégration à l'EHPAD.

Après une chute à domicile, elle est admise aux urgences où sont constatés des dommages cérébraux. Elle rejoindra ensuite un centre de rééducation. Dans son dossier

médical j'ai eu accès à la synthèse effectuée dans ce centre de rééducation en Juin 2010. Elle y a été admise en février 2010 (son séjour a donc duré 4mois) suite à un hématome extra dural droit et une contusion fronto-temporale gauche avec œdème hémisphérique en effet de masse.

Sur le plan neurologique elle présente :

- Une déficience auditive avec un discret syndrome vestibulaire expliquant les vertiges rotatoires. Une surdité de perception sévère à droite. Elle a refusé et refuse toujours l'appareillage auditif.
- Des troubles neuro-psychologiques sévères avec désorientation temporelle et surtout spatiale.
- Des difficultés mnésiques affectant la mémoire immédiate et la mémoire de travail malgré les stratégies de compensation visuelle et une baisse significative des processus attentionnels..
- Un déficit sensoriel à caractère proprioceptif accentué lors de la privation visuelle et par le trouble attentionnel

Un bilan orthophonique a également été effectué lors de ce séjour en centre de rééducation qui conclue à un manque du mot invalidant, des troubles de la compréhension orale, des difficultés attentionnelles et des fonctions exécutives. Mme M. se plaint au fil des mois d'avoir de plus en plus de difficultés langagières. Elle est de moins en moins fluente. Elle obtient un score de 17/30 au MMS¹. Sachant qu'en dessous de 25, les troubles cognitifs sont considérés comme importants.

Une sémiologie dépressive est constatée d'autant plus qu'elle a conscience des troubles.

Le compte rendu évoque une possible démence vasculaire ou mixte.

Suite à ce bilan, les médecins et la famille de Mme M. décident d'un placement en EHPAD. Il s'agit donc d'une décision qui n'appartient pas à Mme M.

Elle intègre un étage classique de l'EHPAD. Depuis son arrivée, en juin 2010, les

1 MMS : Mini Mental State : réalisé le plus souvent par un neuropsychologue, il s'agit d'une série de 30 questions qui permettent d'évaluer succinctement les capacités cognitives d'une personne. Un score inférieur à 30 invite à approfondir l'évaluation.

éléments du bilan du centre de rééducation sont toujours observés. Il est également question d'épisodes confusionnels (désorientation sévère ponctuelle durant lesquelles elle peut être agressive et/ou s'installer dans la chambre d'autres résidents). Elle présente des troubles du sommeil avec des réveils agités en milieu de nuit (des sécuridraps ont été mis en place. Les agitations nocturnes ne sont, depuis, plus décrites). Elle chute encore régulièrement.

Elle suit de nombreux traitements médicamenteux : antidépresseur, antiépileptique, anxiolytique et un traitement pour les troubles cognitifs.

D'un point de vue thérapeutique, elle est suivie deux fois par semaine en orthophonie et une fois en individuel en psychomotricité. Elle participe au groupe de « gym douce » tous les jours si un soignant vient la chercher.

B) Éléments du bilan psychomoteur

Le bilan, inspiré de l'Examen Géroto Psychomoteur, a été réalisé en septembre 2013 (depuis les observations ont beaucoup évolué et je trouve intéressant de savoir où elle en était il y a 1ans ½). L'indication est posée par son médecin traitant, hors résidence, pour une rééducation de l'équilibre.

La situation de bilan est bien acceptée mais elle se dévalorise continuellement. Elle présente des signes d'anxiété si elle se sent en échec. Son discours est centré sur la solitude, l'abandon, l'inutilité qu'elle évoque sur un ton neutre.

Elle se confie facilement mais est souvent en manque du mot. Le visage et la gestualité sont expressifs.

Elle est désorientée dans le temps et n'a pas le réflexe de se référer au calendrier. Elle ne remet pas les images dans l'ordre chronologique.

L'orientation spatiale semble bonne sur des trajets connus (au sein de la résidence).

Elle est facilement déséquilibrée aux changements de position. Elle a besoin d'un appui fixe pour les transferts (utilise une canne pour marcher) mais elle est autonome. Elle se plaint de sensation de tête qui tourne. Elle présente un risque très élevé de chute d'après le test de Tinetti à 12/28. Elle manque de confiance et recherche un deuxième appui pour la marche.

Sa motricité digitale est bonne mais une précipitation entraîne un manque de précision.

Les praxies idéatoires sont correctement réalisées.

Il lui est difficile de nommer les parties du corps mais elle l'investit (elle y accorde beaucoup d'attention, est très coquette : maquillage, bijoux, vernis).

A noter que son attention est parfois labile.

C) Prise en charge Mme M. en psychomotricité

Suite au bilan réalisé, le projet de soin de ma maître de stage était d'accompagner Mme M. dans sa marche en prise en charge individuelle s'appuyant donc sur la relation, de ramener son attention sur elle pour éviter la chute et de mettre Mme M. dans divers situation de déséquilibre pour qu'elle constate ses capacités restante lorsqu'elle est attentive.

Elle participe au groupe de gym dans lequel elle entretient le plaisir du mouvement, effectue des parcours d'équilibre, et cela dans un contexte groupal. Ce n'est pas un dispositif thérapeutique, il n'y a pas d'indication, le groupe est ouvert à tous, cela nous permet de constater qu'elle investit ce temps, qu'elle a envie de se mobiliser dans ce contexte puisqu'elle y est présente tous les jours.

III/ Ma rencontre avec Mme M.

Mme M. est la première résidente qui m'est présentée. Je n'ai, alors, pas lu son dossier. Je rencontre une dame très avenante, souriante, qui demande à être présentée lorsque l'on se croise en salle commune (je me figure alors qu'elle s'intéresse à elle, à l'autre, à la relation). Je la vois ce jour-là sur les deux temps décrits précédemment. De ce jour je garde la trace d'une dame inspirant la sympathie.

Je constate également que sa démarche est précipitée quand elle initie la marche puis devient lente, me donnant l'impression de ne plus savoir où elle va. Son visage me

semble figé avec toujours un petit sourire. En gym douce elle observe les autres et fait remarquer leur erreurs lorsqu'ils ne font pas les choses demandées. Elle commente beaucoup ce qu'elle-même fait ou ne fait pas avec un petit rire.

A) Premier entretien

Ce jour-là, en l'absence de ma maître de stage, je suis invitée à aller rencontrer Mme M. seule, pour faire plus ample connaissance, avant de lire son dossier. Elle semble contente d'avoir de la visite.

Mes questions sur son histoire de vie la mettent à mal. Elles mettent en évidence ses troubles de la mémoire et elle exprime une grande tristesse et une angoisse face à ses pertes de mémoire. Dès lors, toute question même tournée vers ce qu'elle ressent au présent la braque. Elle se dévalorise sans cesse.

Les repères temporels sont difficiles. Par exemple, elle me dit qu'elle ne sait pas depuis quand elle est dans cet établissement et ne peut pas me dire le déroulement d'une journée ordinaire. Ses habitudes semblent régies par l'extérieur.

Elle ne sait plus quel métier elle a exercé ni trop combien elle a eu d'enfants (2, 4 ?) Elle dit qu'elle est triste de ne plus reconnaître toujours les gens qui viennent la voir mais ressent si ce sont des gens familiers ou non. La mémoire émotionnelle est bien là et elle en a conscience. Cela la rassure un peu quand je le lui fais remarquer.

Elle vit repliée dans sa chambre mais répond toujours positivement aux sollicitations. Elle apprécie que l'on vienne lui proposer des activités (c'est d'ailleurs le souhait qu'elle émet lorsqu'elle complète le projet personnalisé du résident). Mais d'elle-même, elle ne sort pas de sa chambre. Elle semble n'avoir plus d'initiatives voire d'envies. Elle dit pratiquer la relaxation lorsqu'elle s'occupe de ses plantes ou qu'elle lit. Peut-être que pour elle, se relaxer signifie ne pas avoir à penser ? ne pas s'inquiéter ? Je note par contre qu'il n'y a aucune plante dans sa chambre. J'imagine qu'elle évoque un souvenir mais sans le préciser. Serait-ce un nouveau signe de perturbation de la temporalité ?

Je constate une agnosie. Elle prend une brosse à cheveux pour écrire. L'humour lui permet alors de compenser son désarroi.

Elle dit qu'elle ne prend pas soin d'elle. (et de fait je ne retrouve pas la description d'une femme coquette notée dans la bilan 1an plus tôt, elle n'est pas maquillée, son vernis à

ongle est écaillé...) Elle ne sait pas ce qu'elle aime faire. Dans ce temps d'entretien, elle ne fait référence à son corps que pour me désigner des endroits douloureux. Elle me semble avoir un corps fonctionnel, un corps souvent objet de soins.

Spontanément nous avons chanté ce jour-là, mais là encore elle se dévalorise aussitôt malgré un plaisir visible. Je note tout de même que le chant est une voie intéressante pour cette dame, qui semble lui amener de la vie.

Suite à cet entretien, ce qui m'a marquée c'est la notion de la perte de prise, de sens, de repères, perte de désirs. Il y a un énorme contraste entre ce qu'elle me montre dans la relation duelle, dans l'espace intime de sa chambre, et ce que j'ai pu ressentir lors de la première rencontre, ce qu'elle donne à voir en public. Je me sens prise dans sa tristesse et ne sait pas quoi répondre à son angoisse. Je suis fatiguée et déroutée par son sourire « de façade ». Je crains d'avoir amplifié son anxiété avec mes questions.

Toutefois, après avoir mis mes observations à l'écrit, j'ai envie de travailler avec cette dame. J'ai l'impression qu'elle a pu se confier totalement à moi. J'ai l'impression d'avoir une grande responsabilité et que selon mon attitude, je peux être très soutenante ou au contraire déstabilisante. C'est à la fois valorisant et effrayant.

Elle me donne envie de travailler avec elle à un réinvestissement narcissique, de passer par une revalorisation. Elle a encore beaucoup de capacités et entre facilement en lien.

Je pense que, sans repères dans le temps, elle peut prendre des repères sur elle dans le présent et que cela pourrait l'aider à se poser, à être moins perdue, peut-être à moins chuter ? J'imagine un travail de prise de conscience corporelle. J'aimerais l'amener à reprendre soin d'elle, en prenant dans un premier temps moi-même soin d'elle dans des temps d'échange très proches, la regarder, la toucher, qualifier son état. J'imagine pour plus tard un dispositif de bain thérapeutique.

J'aimerai participer au maintien le plus longtemps possible d'une autonomie relative et après avoir fait part de mes observations et de mes pistes de travail à ma maître de stage, elle décide de me laisser reprendre seule la prise en charge.

B) Les premières séances avec Mme M. dans sa chambre (de Octobre à début Décembre)

Je la vois plusieurs séances dans sa chambre, où je lui propose, en position assise un inventaire des sensations corporelles de la tête aux pieds en m'inspirant de la méthode Jacobson (contracter/relâcher : elle reste comme cela active ce qui est important pour elle au début de la prise en charge). Elle semble comprendre l'intérêt et me dit « oui ce serait bien, surtout au niveau des jambes », mimant avec ses mains des jambes instables.

Dans la séance, elle est dispersée au début, peut-être un peu anxieuse, elle parle beaucoup, elle a besoin de répondre à mes propositions même quand je lui précise que ce n'est pas ma demande. Par exemple quand je lui dis : « sentez votre dos contre la chaise », elle va le toucher en disant « oui il est bien là ». J'imagine que cela parle à la fois de ses difficultés de concentration, de perception (amoindrie par le vieillissement entre autre) et du malaise qu'elle ressent à constater ces difficultés. De plus, il me semble qu'elle est dans l'envie de bien faire, elle me pose d'ailleurs souvent la question : « Est-ce que je fais bien ? ». Et puis progressivement, elle parle de moins en moins, pour finir, sur les pieds, elle peut fermer les yeux et se taire.

Je propose ensuite un massage des pieds et un jeu de discrimination tactile au niveau des pieds. Elle est très en difficulté pour qualifier ses ressentis du fait de son aphasie mais je la rassure en lui disant que ce qui m'importe c'est surtout qu'elle soit à l'écoute de ses ressentis et je la perçois, de fait, très concentrée en fin de séance. Je suis moi-même rassurée vis à vis de sa capacité de perception car si elle ne formule pas verbalement ce qu'elle ressent, elle le mime avec ses mains. Peut-on déduire alors que sa proprioception et donc son schéma corporel sont perturbés mais que sa sensorialité est relativement préservée ?

Je lui propose ensuite de prendre le temps pour se relever. Elle a tendance, habituellement, à se précipiter et à commencer à marcher tout de suite, ce qui la déséquilibre fortement. J'insiste donc pour qu'elle se mette lentement debout et qu'elle reste un moment sans bouger en restant à l'écoute de ses sensations plantaires.

Je note un besoin chez Mme M. de trouver un point d'accroche. Un besoin d'appui extérieur humain. Lorsqu'elle se lève, elle tend toujours une voire deux main vers moi. Par ailleurs, nous avons pu esquisser quelques pas de danse en chantant et j'ai noté dans ces moments que Mme M. n'a plus besoin de s'accrocher physiquement à moi, elle se tient en

quelque sorte à moi, mais à distance, par le regard et la voix. Elle peut dire qu'elle est satisfaite de pouvoir faire ça. Peut-être que ce besoin de chercher un appui chez l'autre viendrait d'une certaine insécurité interne, d'une certaine faille narcissique? L'autre deviendrait un appui car elle aurait perdu ce qui lui servait d'appui auparavant : son assurance et son équilibre psychique ?

En fin de séance, Madame M est fatiguée. Se concentrer lui demande énormément d'énergie. Lorsque je l'accompagne en salle de restaurant, pour la collation, et une fois passée la porte de sa chambre, elle me demande régulièrement, « mais qu'est-ce que vous m'avez fait ? Je me sens fatiguée ! ». Elle ne se souvient déjà plus mais elle ressent l'incidence du travail corporel. Le travail laisse une trace en elle, à défaut de laisser une trace sous forme de souvenir épisodique. Elle parle à ce moment-là de ce que j'ai pu lui faire, comme si elle ne pouvait plus être active. Le soin serait-il obligatoirement quelque chose qui viendrait de l'extérieur ? Cela ferait-il écho à son placement en institution qui a été décidé pour elle ?

La prise en charge a, depuis, bien évolué, je la vois maintenant en bain thérapeutique. Après avoir fait connaissance avec Mme M. j'ai pu formuler une synthèse de mes observations et décrire le projet de soin tel que je l'imagine.

C) Description du projet de soin de Mme M. tel qu'il est présenté à l'équipe

Mme M. présente des troubles cognitifs important, avec une perturbation de la mémoire à court et long terme, une désorientation temporelle, des troubles gnosiques et praxiques (dans la planification de l'action par exemple lors de l'habillage).

Par ailleurs je fais l'hypothèse d'une perturbation de l'image du corps en lien avec un vécu douloureux du vieillissement (rythme de marche inadaptée, dévalorisation, pointage des difficultés des autres, refus de l'appareillage auditif) et accentuée par les troubles cognitifs et proprioceptifs.

Au quotidien Mme M. est gênée par un équilibre précaire entraînant régulièrement des chutes. Je fais le lien entre les données précédentes et cette observation. Mme M. présente une désinhibition et évalue difficilement ses capacités physiques réelles (il me semble, par exemple, qu'elle se lève et marche trop rapidement). Ses difficultés

attentionnelles sont fortement impliquées.

Elle investit fortement tout ce qui lui est proposé, et réalise toutes les activités avec enthousiasme. Elle peut exprimer de temps en temps des affects dépressifs lorsque son attention est portée sur ses pertes, ce qui ne me paraît pas pathologique.

Objectifs de soin en psychomotricité :

- Se ré approprier son corps, en prendre soin, prendre des initiatives
- Prendre conscience de son corps tel qu'il est, avec ses qualités et ses faiblesses
- Retrouver un meilleur équilibre statique et dynamique

Dispositif et moyens mis en place :

Par un dispositif de bain thérapeutique, Mme M. est invitée à éprouver son corps dans la détente et dans le plaisir de l'instant.

Elle procède elle-même aux soins de son corps (déshabillage, séchage, rhabillage), rassurée par une présence et un accompagnement verbal. Le temps nécessaire est pris afin qu'elle prenne conscience de ses capacités préservées.

A travers le mouvement dans l'eau, et le cadre relationnel, elle prend potentiellement conscience de son enveloppe, de ses limites corporelles. Elle fait varier son état tonique en contractant et relâchant certaines parties du corps sur demande.

Son attention est attirée sur ses appuis dans les différentes positions (debout, assise, allongée). En fin de séance, ses appuis plantaires et son équilibre dynamique sont stimulés dans une proposition de déplacement dansé (le chant, le rythme sont des facteurs structurants et ludiques). L'attention étant déviée de la performance, elle constate qu'elle peut être plus stable dans ses appuis.

La constance de ce soin, son caractère régulier devraient permettre de faire trace dans son corps, afin que s'opère un mieux-être au quotidien. Il serait également intéressant de mettre en place des repères temporels accessibles visuellement dans sa chambre. Un dispositif d'affichage est encore à penser.

IV/ Les séances de bain thérapeutique

A) L'investissement du soin

Pour le temps de séance, je viens chercher Mme M. qui se trouve généralement dans la salle d'animation ou de restaurant. Elle est toujours en compagnie d'autres résidents mais ne leur parle pas pour autant. Elle a le regard dans le vague et affiche un large sourire lorsqu'elle me voit arriver vers elle. A plusieurs reprises, je l'ai entendue dire à sa voisine de table « voilà une dame très gentille » et s'adressant à moi : « vous m'emmenez quelque part ? ». Elle me suit toujours très volontiers avant même que je ne lui redise où nous allons. Il me semble que ce qui lui importe à ce moment-là c'est qu'elle va passer un moment en ma compagnie, peut importe finalement le contenu de la séance. Quand je lui demande ce qu'elle a envie de faire, elle me répond d'ailleurs quasiment systématiquement, « comme vous voulez ». Je me demande alors si elle me dit : « ce qui m'importe c'est que vous preniez soin de moi et je ne veux pas imposer mon choix au risque de vous perdre », ou bien s'il s'agit d'une manifestation d'un manque de désir ou de représentation de ce que nous pourrions faire ensemble.

Elle me demande chaque semaine, plusieurs fois dans la séance : « est-ce que vous en voyez beaucoup, ici ? », et « combien ça va me coûter ? ». Il est difficile de lui faire préciser ce qu'elle pense, pourquoi elle se pose ce genre de question mais je perçois qu'elle se sent privilégiée. Ce soin sort de l'ordinaire, il représente un luxe car il n'est pas un soin quotidien de première nécessité. Je me soucie de son confort, de son bien-être, je lui propose de se détendre et elle n'en a pas l'habitude. Je réponds à sa première interrogation que je vois d'autres résidents dans la journée mais pas dans le bain, que je propose à chaque personne que je vois quelque chose qui me paraît adapté à leur besoin du moment. J'essaye ainsi de lui faire sentir qu'elle n'est pas la seule personne à recevoir mon attention et qu'elle est unique, différente des autres résidents, parce que chaque personne est différente. Je perçois qu'il y a investissement réciproque qui me conforte dans mon projet de prise en charge.

Elle dit se sentir bien dans le bain et ferme les yeux régulièrement dès l'entrée dans l'eau. Elle semble très détendue. Elle peut me dire alors en riant après un soupir d'aise : « vous reviendrez demain ? ». Je n'arrive pas à déterminer si elle imagine pouvoir y rester

toute la nuit ou si elle aimerait faire un bain tous les jours. Dans les deux cas il me semble qu'elle dit clairement qu'elle apprécie ce moment. J'observe par contre que les moments de silence sont très courts, elle commente alors ce qu'elle voit dans la salle. Ses yeux ne se ferment pas longtemps. Il me semble qu'elle vérifie en permanence où je suis. J'ai l'impression qu'elle ne s'autorise pas à profiter du moment présent. Au fil des séances, je fais des essais, je tente d'identifier ce qui l'agite et comment je peux ajuster ma présence et ma demande dans le sens de l'apaisement. J'essaye d'être plus ou moins directive et puis d'être physiquement plus ou moins proche d'elle dans ce temps de bain. Il semble alors qu'elle est moins agitée lorsque je m'éloigne de la baignoire, tant qu'elle peut me voir. Lorsqu'elle sort de la baignoire, elle apprécie alors que je sois très proche, que je la soutienne littéralement.

En arrivant dans la salle de bain, après deux ou trois séances, elle me demande « on est déjà venue ici, non ? ». Elle met moins de temps que les fois précédentes pour comprendre qu'il faut se déshabiller, je suis même une fois prise de court et me rends compte que je n'ai pas commencé à remplir la baignoire.

Lors d'une séance, dernièrement, nous avons constaté que la baignoire était en panne. Mme M. m'a alors confié : « C'est pas grave, on va bien trouver autre chose ». Je constate alors grâce à cet imprévu, qu'elle n'appréhende pas le changement. Là encore, je fais l'hypothèse qu'elle est juste contente que je prenne du temps pour être avec elle. Ce jour-là, la séance est très positive. Je lui ai proposé un temps de relaxation, allongée sur son lit, en lui faisant rouler doucement un ballon sur l'ensemble du corps. Elle s'est alors montrée vraiment apaisée, détendue. De longs moments de silence étaient coupés de verbalisations telles que « où est-ce que vous avez appris à faire ça ? C'est tellement agréable ! » ou encore « c'est tout tendre ce que vous me faites ». Pour finir lors des cinq dernières minutes, elle s'est endormie. En me quittant, elle m'a confié « je ne comprends pas pourquoi ça m'a fait autant de bien ». La semaine suivante, j'en profite pour la laisser choisir entre une séance de bain et une séance de relaxation dans sa chambre et elle me répond « je préfère le bain ». Je pense qu'elle n'a pas suffisamment expérimenté l'autre dispositif pour le choisir mais ce qui me marque c'est qu'elle a pu exprimer un choix ferme et qu'elle a dit « je ».

B) Le rapport de Mme M. à son image

Dans le dispositif de bain, il est question du rapport à la nudité. Lors des premières séances je lui présentais un maillot de bain comme une option, quelque chose qu'elle pouvait choisir. La première fois elle me dit qu'elle n'en a pas besoin. La 2^{ème} fois elle dit : « a ba oui, un ptit quelque chose quand même... » et la 3^{ème} fois pas besoin.... Finalement je décide de ne pas proposer mais de présenter le maillot de bain comme une évidence. Je veux ainsi lui montrer que l'intimité est précieuse et peut être respectée surtout dans un contexte de soin. Elle ne me semble pas encore en mesure de décider de choses pour elle-même. Ses commentaires à la présentation du maillot de bain restent significatifs de son rapport à l'intimité qui est très fluctuant. Parfois elle s'en saisit comme si c'était tout à fait normal et parfois elle prend un air étonné me disant « a bon, il faut que je mette ça ? Vous savez au point où on en est... on reste toute les deux, non ? ». Je m'interroge alors, « au point où on en est » de quoi ? de déshumanisation ? Alors je lui dis que cela me paraît important pour elle et elle le met sans commentaire. Dans ce contexte, c'est bien au psychomotricien d'être porteur d'une certaine constance dans le rapport à l'intime.

De même avec sa perruque, lors des premiers bains, elle la garde sur elle, comme une évidence. J'ai alors l'impression que cette perruque fait partie d'elle, que ce sont ses cheveux. Un jour, sa perruque tombe au moment où elle se déshabille et elle dit alors « voilà maintenant vous savez tout... » et ne désire pas la remettre pour le bain. Je m'inquiète de cette réaction, je crains qu'elle perde de vue l'importance de l'image qu'elle renvoie en ma présence. Peut-être aussi que nous commençons à nous connaître et qu'elle me fait suffisamment confiance pour se montrer à nu ?

Comme je l'ai décrit plus haut, Mme M. ne se maquille plus, alors qu'elle le faisait encore il y a un an. Il y a eu un désinvestissement progressif de son apparence physique, j'imagine à mesure qu'elle perdait la maîtrise du geste d'une part et l'initiative d'autre part. Mais l'on peut se demander aussi s'il n'y a pas un désinvestissement de son image. Son maquillage aujourd'hui dépend du temps et de l'investissement accordés par l'aide-soignante le matin. Depuis peu, après le bain, elle se regarde parfois dans le miroir et dit « tiens, j'ai pas mis de rose aujourd'hui » en montrant ses pommettes.

C) L'équilibre et l'ancrage

Son équilibre est précaire, qu'elle soit seule ou accompagnée, même avec sa canne d'un côté et mon bras de l'autre, je la sens partir d'un côté ou de l'autre. J'ai une impression de flottement, d'inconsistance.

Je constate aussi qu'elle me dit, chaque jour où l'on se voit, « on ne marche pas bien aujourd'hui », comme si chaque jour elle s'étonnait, comme si elle découvrait sa difficulté à se déplacer.

Depuis peu elle me semble moins stable que d'habitude dans sa marche, elle est fatiguée et elle le dit « On se sent de moins en moins bien ». Je lui demande si elle parle de sa marche et elle acquiesce. Elle a du mal à s'autoriser à aller lentement. Je lui dis qu'elle peut aller doucement avant de se mettre en marche, sentir qu'elle tient sur ses pieds, puis commencer à marcher et aller à un rythme adapté pour elle. Nous avons du temps à passer ensemble où nous pouvons aller à son rythme. Il y a un décalage entre son rythme psychique et physique. Elle semble vouloir coller à l'image d'elle telle qu'elle pouvait être il y a plusieurs années. Elle se raconte comme quelqu'un de très actif. Devoir ralentir sa marche c'est se confronter plusieurs fois par jour au déclin physique contre lequel elle semble en lutte.

J'imagine alors qu'elle ne se perçoit plus dans une continuité d'existence, dans une continuité de perception. Elle redécouvre alors, chaque fois qu'elle y prête attention que son corps défaille. Face à l'anosognosie et à ses troubles de l'image du corps, comment l'amener à s'équilibrer pour ne pas chuter ?

V/ Évolution

Bien que son équilibre soit toujours précaire lorsqu'elle marche, je vois déjà chez Mme M. une évolution au fil des séances de bain. Il y a toujours des moments de trouble, des moments où elle se coupe de la relation, peut être angoissée ? Elle fixe alors son attention sur un détail de la décoration de la salle (toujours le même, le sticker glycine qui est face à la baignoire « qu'est-ce que c'est beau cette chose-là ») Mais au bout de quelques séances elle a pu en dire quelque chose de plus lié, elle m'a dit qu'avant elle peignait et

qu'elle avait déjà peint ce type de plante. L'auto-agrippement sensoriel laisserait la place à un lien par la pensée ?

Elle peut dire qu'elle apprécie beaucoup ce moment. Elle m'a confié une fois ces mots : « je me sens comme une petite fille ». Elle me dit que je m'occupe d'elle et que c'est agréable. Bien sûr son attitude est variable mais de plus en plus, au moment de se sortir de la baignoire, elle est capable de penser ses mouvements et de les faire sans me solliciter (les premières fois elle me regardait et finissait par me dire « comment on fait? »), elle peut aussi commencer à se sécher sans que je l'y invite.

A) Affirmation de soi

Elle peut, après plusieurs séances, affirmer ce qu'elle ne veut pas, me dire « non » clairement et fermement. En effet, il est possible de mettre en marche des remous dans la baignoire, ce que je propose à Mme M. dans les deux dernières minutes de bain. Les premières séances, je constate que Mme M. fait la grimace à la mise en marche car son visage est éclaboussé à ce moment-là. Elle verbalise la fois suivante qu'elle n'aime pas du tout que ses cheveux soient mouillés. L'idée semble la bouleverser. « vous vous rendez compte ! On ne peut pas sortir avec les cheveux mouillés ! », et elle n'est pas rassurée pour autant si je lui dis que nous allons les sécher avant de sortir de la salle de bain. Je précise que les remous ne mouillent pas du tout ses cheveux et qu'il n'y a jamais eu besoin de les sécher. Donc je propose toujours ces remous à Mme M. qui me dit toujours « oui » en faisant la grimace, jusqu'à la dernière séance où elle a pu me dire clairement « non je ne préfère pas, je ne voudrais pas que mes cheveux soient mouillés ». Elle a pu tenir compte de ce qu'elle ressentait pour elle sans coller à ce que je lui demandais. Elle a pu constater ensuite que je continuais à m'occuper d'elle tout autant. Je pense qu'il s'agit là d'une étape significative. Elle recommence à se soucier du regard de l'autre et à investir son image. Une autre fois elle m'explique qu'elle ne veut pas des remous en fin de séance parce qu'elle n'aurait pas assez de temps pour en profiter. La fois suivante je lui propose donc en début de séance en lui précisant qu'elle me dira quand elle en aura assez. Elle m'a alors fait signe au bout de cinq minutes, prétextant que l'intensité avait augmentée et que son visage était à présent trop éclaboussé. Elle a su encore une fois me dire ce qu'elle voulait pour elle mais

la justification m'interroge, l'intensité des remous n'a pas augmenté, a-t-elle senti un envahissement, une montée d'angoisse, qu'est-ce qui aurait pu la provoquer?

B) Apparition du « Je » et prises d'initiatives

Dernièrement j'ai reproposé un choix entre le bain et la relaxation dans sa chambre. Elle a eu beaucoup de mal à exprimer un choix clair : « celui-là, enfin je veux dire l'autre, qu'est-ce que vous avez dit déjà ? ». J'insiste pour qu'elle choisisse et je sens qu'elle s'agace un peu et me dit « bon qu'est-ce que j'aime ? ». Je me sens alors partagée : à la fois elle s'en remet totalement à moi, comme si je pouvais lui dire qui elle est et qu'elle n'en était plus capable mais finalement elle se soucie de ce qu'elle aime quelque part, elle imagine qu'elle a des préférences, qu'elle aurait intérêt à faire un choix en fonction de cela et elle me fait confiance pour le lui rappeler. Juste après cet échange, elle continue à parler en utilisant le « je ».

Lui laisser faire des choix, insister pour lui montrer qu'elle le peut, lui rappelle qu'elle a une subjectivité, cela l'aide apparemment à se sentir identifiée. Peut-être qu'il lui faut passer par l'identification dans le regard de l'autre pour pouvoir se reconnaître elle-même ensuite. Cela m'évoque la fonction miroir de la mère dans le processus d'individuation chez le bébé.

Dans cette même séance, une fois dans la baignoire, je mets de la musique classique qu'elle semble beaucoup apprécier. Elle me voit « danser » à côté de la baignoire et se met à faire de même avec ses jambes en riant, me disant « je fais comme vous, voyez ? ». Plus tard elle fait semblant de jouer du piano et m'explique qu'elle savait jouer tout ça, mais qu'elle ne joue plus depuis des années. Elle se concentre dans son écoute et semble chercher les accords. Je la sens vraiment vivante dans ce temps-là, elle s'anime de l'intérieur, elle m'offre une part d'elle, de ses souvenirs et de ce qu'elle en garde corporellement. Cela renforce mon impression qu'à d'autres moments elle n'est pas là. Elle n'existe plus pour ainsi dire lorsqu'elle n'exprime rien d'elle.

J'ai constaté également que spontanément elle évoque de plus en plus des choses dont elle se souvient. Elle m'a dit dernièrement, lorsque je suis venue la chercher pour notre séance « a, vous voilà, je me disais bien que vous alliez venir, on va faire quelque

chose dans l'eau c'est ça ? » avec un grand sourire. J'étais sans voix... Finalement c'est quand on lui demande directement de faire appel à sa mémoire que ça bloque mais la capacité de créer un minimum d'objet interne, de mettre en représentation une rencontre investie affectivement semble bien là.

En dehors du temps de séance, je rencontre plusieurs fois Mme M. au cours de ma journée au sein de l'établissement et depuis environ un mois je constate qu'elle sort plus de sa chambre de manière spontanée. Est-ce un signe positif d'amélioration de l'initiative ou bien au contraire une déambulation qui signerait plutôt une aggravation de la pathologie? Le matin je la vois arriver dans le salon d'animation vers l'heure du début de la gym, elle me semble avoir un but assez clair même si ce n'est pas d'aller à la gym, elle s'oriente de façon déterminée vers l'accueil où elle demande à avoir un journal pour ensuite s'installer dans la salon d'animation. Cela me paraît très positif. Par contre je la croise régulièrement dans l'après-midi tantôt au rez-de-chaussée, tantôt à son étage et elle me semble perdue. Elle monte et descend sans pouvoir dire quel est son but. A ce moment je rapprocherais plutôt son attitude de la déambulation, d'une défense contre l'angoisse liée à la démence...

C) Lien avec l'équipe et quotidien en dehors des séances

Il me reste encore à faire plus de lien avec son quotidien. Je ne la vois que 1h par semaine et il me semble important de lier cette prise en charge avec les autres jours. J'essaye depuis quelques temps d'avoir un entretien avec les aides-soignantes qui s'occupent le plus d'elle pour avoir leur ressenti de cette dame, pour leur dire ce que j'observe de mon côté. Je me heurte à de grosses difficultés. Il n'y a pas de temps d'échanges institutionnels, de temps de rencontre programmé entre les soignants et les paramédicaux. Un logiciel informatique est prévu pour effectuer les transmissions. Je repère alors les informations marquantes concernant Mme M., par exemple si elle a chuté, ce qui est arrivé deux fois dans l'année. Pour avoir plus de détails, il me faut interpellier les soignants sur leur temps de pause et cela me paraît délicat. Je n'ai jamais été interpellée de mon côté pour évoquer mon suivi de Mme M. Les commentaires que je laisse sur le logiciel de transmission sont visibles de tous, mais il faut aller les chercher dans une partie nommée « psychomotricité » et il s'avère qu'elle n'est jamais consultée.

J'aimerais également organiser un entretien avec sa fille pour mieux comprendre l'histoire de la maladie. Son dossier ne fait pas état de sa vie avant le centre de rééducation. La maladie était-elle déjà présente et en évolution ? La chute a-t-elle été un élément de rupture totale dans sa vie qui l'a conduite en EHPAD ? J'imagine alors que l'on pourrait également voir son état confusionnel comme une réaction à cette rupture, ce changement de vie radical, ceci venant s'ajouter à la confusion liée aux dommages neurologiques.

Finalement les thèmes qui reviennent dans la présentation de cette dame sont le rapport au corps vieillissant, aux troubles cognitifs et les effets de l'institutionnalisation sur le regard qu'elle se porte à elle-même. Le narcissisme de Mme M. est attaqué à différents niveaux et son identité est en péril. La question que je me pose pour cette dame ainsi que pour toute autre personne présentant les mêmes troubles est donc : **Comment garder un sentiment d'identité quand on est âgé, dément et institutionnalisé ?**

Je propose de développer ces trois thèmes d'un point de vue théorique dans une seconde partie.

Partie théorique

En introduction, il me semble primordial de définir le terme d'identité. Ce mot peut intéresser de nombreux domaines, principalement la sociologie, la psychologie et la biologie.

Le Larousse définit l'identité comme le « caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité. »

Jean Piaget fera le lien entre sociologie et psychologie, avançant qu'un sujet se socialise et que le langage serait un signe de l'intériorisation des représentations sociales.

En biologie, la définition serait plutôt le « caractère de deux êtres ou choses qui ne sont que deux aspects divers d'une réalité unique, qui ne constituent qu'un seul et même être. »

Il peut être question d'identité individuelle ou groupale, à différentes échelles, celle de la famille, de la classe d'âge, du pays ou de la société dans laquelle le sujet évolue.

Selon Michel Personne, « l'identité est la 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 au travers d'autrui »²

Je m'attacherai dans ce mémoire à la notion d'identité individuelle, qui, nous le verrons, se construit et se remanie sans cesse au cours de la vie, et en lien avec l'environnement quoi qu'il arrive. De manière plus précise, ce qui m'intéresse c'est ce que ressent le sujet, le sentiment d'identité, la possibilité de se reconnaître et de se sentir reconnu. Je développerai donc dans un premier temps, la construction et le maintien de l'identité puis son devenir lors du vieillissement, prenant ensuite l'angle de la problématique de Mme M., à savoir le travail du vieillir pathologique, la démence et l'institution. Que devient le sentiment d'identité dans le vieillissement, dans la pathologie et dans la dépendance ?

2 PERSONNE M., 2012, Protéger et construire l'identité de la personne âgée – Psychologie et psychomotricité des accompagnements, p23-24

I/ Construction et maintien de l'identité.

A/ L'individuation : préalable nécessaire au sentiment d'identité.

L'individuation est un processus long qui commence dès la naissance du bébé. La naissance est le tout premier contact direct de l'individu avec le monde extérieur, le bébé étant séparé en un instant du filtre maternel qui l'entourait complètement. Pour autant le nourrisson ne naît pas conscient d'être unique et différencié.

Les psychanalystes tels que M. Klein postulent que le bébé naît dans un état d'indifférenciation où il serait dans l'incapacité de se percevoir différent du monde environnant, où il aurait une perception partielle des « objets ». Le nouveau-né vivrait chaque événement de manière discontinue et sans liens. L'ensemble de ses sensations et de ses affects seraient amalgamés.

Certains auteurs comme R. Roussillon décrivent, plus récemment, le monde du bébé comme pouvant être parfois déjà très différencié mais l'unification de ses perceptions n'est pas permanente. Le bébé alternerait entre des moments d'apaisement, où il se sentirait unifié, avec des moments de désorganisation, en lien avec la satisfaction de ses besoins et les ressentis de plaisir-déplaisir associés. La question de l'individuation deviendrait alors plutôt, comment arriver à un sentiment de continuité d'existence ?

Un bébé seul n'existe pas décrit D.W. Winnicott. L'ancrage relationnel est fondamental pour le développement de la subjectivité. Le bébé doit ainsi rencontrer un environnement maternant « suffisamment bon ». La mère répond, en premier lieu à ses besoins physiques, ses besoins vitaux comme manger, être changé, avoir chaud mais aussi se préoccupe de ses « pulsions motrices proprio-tactiles » comme les nomme S. Robert-Ouvray. Il s'agit de ses besoins de mouvements, d'être touché, caressé, bercé et porté. Une mère suffisamment bonne remplit trois fonctions. La première est celle du « holding », qui correspond au portage. Il est physique, dans sa façon de porter l'enfant de manière sécurisante, englobante, afin qu'il ne se sente pas tomber. La mère porte aussi son enfant dans son esprit, elle le rêve, elle l'investit d'affects, qui eux aussi vont porter l'enfant dans son développement. La deuxième fonction est le « handling » qui correspond aux soins apportés à l'enfant, la façon de le toucher lors des changes, du bain, la façon de le nourrir. La dernière fonction est celle d' « object presenting ». La mère suffisamment bonne répond

aux demandes de son bébé dans un premier temps au plus près de ses besoins, sans délai d'attente. Le bébé est alors dans l'illusion qu'il crée l'objet de sa satisfaction. Il se sent omnipotent. Cela nécessite un bon accordage qui d'après D. Stern est d'abord sensori-moteur. Il s'agit de la rencontre entre la mère et son bébé qui permettrait une communication infra verbale, comme le dialogue tonique. Le bébé transmet ses sensations par des manifestations corporelles, une augmentation du tonus, des mimiques, des pleurs qui sont captés par la mère qui va alors s'ajuster. L'accordage est également affectif. Il y a transmission par un principe de miroir, des émotions, des affects du bébé transitant par la mère qui les lui renvoie.

Progressivement, la mère répond de moins en moins vite aux demandes du bébé. Ce dernier perd son omnipotence, sa capacité à « trouver-crée ». Un temps d'attente s'imisce entre le besoin et la satisfaction qui permet au bébé d'intégrer qu'il ne crée pas l'objet de sa satisfaction et qu'il y a donc un autre différent de lui qui le lui amène. L'enfant découvre le temps d'attente et l'investit comme un espace, un écart avec l'environnement maternant. Son désir propre va émerger et l'enfant va s'identifier en tant que sujet.

B. Lesage décrit qu'« avec la différenciation soi/non-soi naît le sentiment d'une identité, c'est à dire d'une entité qui perdure dans le temps et l'espace. Il s'agit d'être identique à soi-même, de sentir sa continuité ici et là, aujourd'hui ou demain, au delà des changements de contexte. [...]. Avec l'expérience du corps limité et situé, naît également celle de son devenir, de son inscription dans une historicité. »³ Avoir une identité ce serait donc dans un premier temps se percevoir dans son corps, toujours le même. L'identité a donc une base éminemment corporelle.

B/ Moi-Corporel : Schéma corporel et image du corps

Les stimulations de l'environnement sont en perpétuel changement, tandis que les perceptions venant du corps sont présentes de manière continue et relativement constante. C'est cette perception du corps propre au sens de Merleau Ponty qui constitue la base du sentiment d'exister, de soi, différent de l'environnement. P. Rochat parle de la proprioception comme la « modalité de soi » par excellence. Le système proprioceptif

3 LESAGE B. 2012, Jalons pour une pratique psychocorporelle, Erès, p45

fonctionne grâce aux récepteurs sensoriels situés dans les muscles et les articulations et qui informent le cerveau de la position de chaque segment corporel les uns par rapport aux autres. Elle permet aussi de définir les perceptions qui viennent du corps propre et ainsi de les différencier des perceptions extéroceptives synonymes d'extérieur. La synthèse des perceptions multimodales permet au bébé de se sentir unifié. Sur cette base il construit alors un schéma mental, une cartographie de son corps qui s'articule dans ses potentiels mouvements. Cela rejoint donc le concept de schéma corporel défini en 1970 par J. De Ajuriaguerra comme « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ».

Plus récemment, E. Pireyre propose de redéfinir plus clairement la distinction entre le schéma corporel et l'image du corps. Il reformule ainsi le concept de schéma corporel comme la « sensibilité somato-viscérale »⁴ donc comme un « fonctionnement de la matérialité du corps » qui ferait partie du concept plus large d'image du corps. Cette dernière serait composée de neuf éléments. Je ne développerai dans cette partie que les deux premiers qui me semblent éclairer mon propos théorique.

Il évoque le sentiment de continuité d'existence comme l'élément de base fondamental dans la structuration du sujet. Il correspond à l'assurance d'être soi ici et maintenant donc différencié et unique. Winnicott l'a décrit comme le « sentiment continu d'exister suffisant » permettant de lutter contre les « menaces d'annihilation ». Pour Bullinger, « le sensori-moteur permet de gérer l'ici et maintenant. Le « ici » s'est construit à travers des sensations et un dialogue avec autrui, alors que la stabilité dans le « maintenant » dépend des capacités d'habituation et d'anticipation à très court terme. Ces moyens situent l'enfant entre ce qui vient d'arriver et ce qui va immédiatement se passer. » Damasio utilise l'expression de « conscience noyau » qu'il relie à des structures identifiables du cerveau. Le tronc cérébral, l'hypothalamus et certaines zones corticales sont ainsi impliqués dans la perception de soi et la création d'une représentation.

L'identité peut se développer sur cette base et constituerait selon E. Pireyre une deuxième sous-composante de l'image du corps. Elle s'ancre dans la relation à l'environnement au travers de la sensorialité, du dialogue tonique et du regard. Il est

4 PIREYRE E., 2011, Paris, Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept, Ed Dunod, p45

question de la limite corporelle, la limite physiologique mais aussi psychique entre soi et l'environnement mais également du vécu du potentiel de communication entre soi et l'autre. Le corps présente donc deux systèmes captant les variations, l'un permettant de percevoir ce qui se passe à l'intérieur du corps, c'est la proprioception et l'intéroception, l'autre permettant de capter ce qui vient de l'extérieur au travers des organes des sens. Le système perceptif a donc la potentialité de matérialiser la limite du corps.

Dans un dialogue tonique, le bébé intègre progressivement un sens à ses perceptions. Ses états toniques ont valeur de message adressé à l'environnement maternel qui lui répond sur le même mode. A ses ressentis internes, le bébé se voit recevoir une stimulation extérieure qui lui permet, à force de répétition, de différencier ce qui vient de lui de ce qui vient d'un autre.

Un détour par la neurologie me paraît, à ce stade, intéressant, et plus précisément ce qui concerne le système vestibulaire, qui, rappelons-le, est atteint chez Mme M. « Les progrès d'imagerie cérébrale fine ont mis en évidence des zones du cortex correspondant aux sensations vestibulaires. De même qu'il existe un cortex auditif ou visuel, il existe donc un cortex vestibulaire. [...]. Les structures cérébrales vestibulaires, qui s'avèrent intégrer d'autres modalités sensorielles, en particulier visuelles et tactiles, jouent donc un rôle essentiel dans la spatialisation, le fait de se sentir être quelque part, de percevoir un rapport avec l'alentour, de se donner des directions. »⁵. Alain Berthoz soutient qu'il y aurait un lien entre ce système vestibulaire au niveau cérébral et la capacité d'être en relation et en particulier de se mettre à la place de l'autre, autrement dit, il jouerait un rôle dans la capacité d'empathie. L'intégration vestibulaire contribuerait donc « à construire une cohérence de soi, du corps vécu (corps propre), ce qui implique du corps rapporté à l'espace avec toutes les possibilités (et nécessités) de relation qui s'y déploient. »⁶.

Évidemment, une fois que l'image du corps est structurée, elle évolue tout au long de la vie. M. Personne explique que l'attitude du sujet envers son propre corps ou les parties qui le composent peut être déterminée par l'intérêt que lui porte l'environnement. Les maladies qui incitent à agir de façon particulière sur le corps ont aussi une influence sur le modèle postural du corps. L'intérêt que les autres portent à leur corps et les actions

5 LESAGE B., 2012, Jalons pour une pratique psychocorporelle, Erès, p161

6 Opcit p162

qu'ils accomplissent ont une influence sur l'intérêt du sujet à son propre corps. Il s'agit alors de processus d'identification pouvant être conscients ou inconscients. Ils sont l'un des pôles essentiels de l'expérience vécue.

C/ Les processus d'identification

Laplanche et Pontalis définissent l'identification comme un « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité [partie de l'identité,] se constitue et se différencie par une série d'identifications. »⁷

En psychologie, l'identification est donc un processus qui permet à l'homme de s'approprier ce que l'autre nous transmet directement ou indirectement. C'est un processus qui permet de s'approprier les qualités ou objets de l'autre par reconnaissance mutuelle de ces objets. C'est une dialectique. Cette reconnaissance identifie des objets comme identiques. S'identifier est un processus qui conduirait donc à devenir identique à l'autre mais en fait de devenir différent.

L'identification est d'abord un processus « tout comme si ». Il est d'une part actif et structure l'identité, la réalité psychique. Mais il y a aussi une part que le sujet subit. Freud observe que tout Homme va devoir socialiser ses pulsions primitives. Il énonce que l'enfant au même titre que l'homme primitif doit trouver un équilibre pulsionnel par identification aux interdits parentaux. Il décrit alors deux types d'identifications qui se succèdent.

L'identification primaire correspond à la phase préœdipienne, avant 4-5 ans, l'enfant va s'identifier de manière partielle aux objets qu'il rencontre. Cette première forme d'identification est liée aux organisations pulsionnelles : l'oralité et l'analité.

L'identification orale correspond à incorporer les objets qu'on nous donne. M. Klein parle d'une incorporation des qualités de l'objet.

Dans l'identification anale, l'enfant garde tout pour lui ou rejette tout en bloc. C'est une étape importante pour l'enfant qui devra faire le tri des objets qu'on lui met sur la table. C'est sous le climat de la pulsion anale que le processus d'identification se réalise.

7 LAPLANCHE J. et PONTALIS J-B, (1967), Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, 5ème édition, p187

L'identification secondaire apparaît quand l'enfant arrive à différencier les objets à l'intérieur de lui. L'enfant investit cette identification quand il est capable de mettre en critique ses propres investissements. Le temps adolescent va permettre à l'identification de devenir plus complexe. Elle permet l'émergence d'une identification sexuelle en appui sur les désirs qu'il ressent. L'identification se complexifie car les capacités intellectuelles de l'adolescent vont lui permettre de transformer les objets de connaissance. Il va accueillir les objets identificatoires qu'on lui propose de manière parcimonieuse en questionnant toujours ses objets de connaissance.

Anna FREUD décrit un type d'identification à valeur de défense. L'identification à l'agresseur est une défense normale qui correspond à une étape du développement infantile. Anna Freud nous indique que ce mécanisme est vital dans le sens où il permet à l'enfant de forger une première forme d'autocritique. L'identification projective serait elle aussi un mécanisme de défense. Il s'agit d'une défense archaïque par laquelle l'enfant projette sur son environnement ses affects (ressentis, ou émotions non conscientes, séparés de lui, clivés de lui). Les angoisses primitives désignent des agressions potentielles. L'identification projective sera une manière de se sauver face à ces agressions, ces angoisses, en projetant en l'autre ces dernières. Il s'agit d'une modalité du lien. C'est le groupe qui va donner du sens aux angoisses primitives. C'est la capacité du parent à transformer les projections de l'enfant qui lui permettra de s'apaiser. Cette identification se fait par appui corporel sur l'autre, elle s'éloigne ensuite de la sensori-motricité par la symbolisation. Il y a une facette inconsciente qui nous échappe mais qui peut être rattrapée par l'autre. Il participe à la construction de son identité pas complètement différenciée de l'autre au départ puis cette identification va se déployer par intériorisation des objets libidinaux. Ce processus ne peut pas se passer de la relation intersubjective. Il faut la présence d'un autre. L'identification est au service de la différenciation.

D/ Le narcissisme

Point de vue de la psychanalyse :

Pour S. Freud l'image du corps est libidinale car elle permet au Moi de se constituer dans le narcissisme. L'étayage des pulsions utilise l'image du corps comme catalyseur et unificateur afin de renforcer les instances du Moi. J'ai pu évoquer dans ma clinique le terme de narcissisme et il me semble important d'en amener une définition. Définissons avant cela ce qu'est la libido. Il s'agirait en fait d'un jeu d'équilibration entre des pulsions de vie et des pulsions de mort. Puisque nous parlons de pulsions il apparaît alors que la libido relève de l'inconscient. Selon Laplanche et Pontalis, les pulsions de vie « sont désignées aussi par le terme d' Eros, [et] recouvrent non seulement les pulsions sexuelles proprement dites mais encore les pulsions d'auto-conservation. », tandis que la pulsion de mort « désigne une catégorie fondamentale de pulsions qui s'opposent aux pulsions de vie et qui tendent à la réduction complète des tensions, c'est à dire à ramener l'être vivant à l'état anorganique. »⁸.

Le narcissisme primaire se constitue à un stade précoce de la vie où toute la libido est investie sur soi. C'est la période de toute puissance de l'enfant, non différencié, il est le monde et il s'investit lui-même.

Le narcissisme secondaire naît de l'ouverture au monde possible une fois que l'enfant en est différencié de manière stable. C'est alors en portant son intérêt sur les objets environnants que l'enfant continue de s'investir. Les objets choisis sont ceux qui le soutiennent et qui lui ressemblent. Ces objets suffisamment bons sont alors intériorisés et deviennent des objets internes, des repères qui fonderont l'identité. Le détachement du narcissisme primaire donne lieu à la constitution d'un Idéal du Moi, sorte d'objectif que se fixe chaque être humain au cours de son existence.

Un point de vue psychomoteur :

Le narcissisme au sens psychomoteur du terme en appui sur les travaux de Suzanne Robert-Ouvray est désigné comme la sécurité psychomotrice et tonique du bébé. Elle insiste sur la nécessité de construire avec l'enfant une sécurité de base par étayage, par appui sur les mouvements de holding psychomoteur. Elle va insister sur trois éléments

8 LAPLANCHE J. et PONTALIS J-B, 1967, Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, 5^{ème} édition

indispensables et nécessaires à l'inscription d'un bon holding psychomoteur, constituant du narcissisme :

- le respect du mouvement de l'enroulement, fondamental et à partir duquel vont venir prendre appui le redressement du tronc et la position debout. Lors des 3 premiers mois de la vie, cette position d'enroulement est à respecter car elle va soulager l'enfant de tensions corporelles excessives nées de positions extrêmes provoquant du stress, un malaise chez l'enfant, et, par projection, sur l'adulte. C'est toute la question de la confiance qui est en jeu. La confiance de l'enfant en sa mère et inversement pour garantir cette sécurité de base.

- la symétrie et le regard de l'autre. En ce qui concerne la symétrie, le bébé va avoir besoin de connaître les deux parties de son corps et différencier ce qui se passe à droite et à gauche. Il va devoir faire un travail de rotation entre la droite et la gauche et la gauche et la droite. Cette rotation est essentiellement donnée par le passage dans et par l'espace oral. Il s'approprie alors son axe de symétrie, base indispensable et nécessaire qui participe à la connaissance de soi et donc à la construction du narcissisme pour Suzanne Robert-Ouvray. C'est la qualité de la réflexion du regard qui va nourrir le narcissisme de l'enfant. L'impact est très important et ce regard doit être aimant, humanisant et porteur pour l'enfant.

- les coordinations motrices et la problématique de l'ajustement. La conscience d'un soi corporel va devoir s'éprouver par la rencontre avec l'autre. L'ajustement des mouvements ou coordination psychomotrice est contraint par une double exigence, extérieure (qui doit trouver le bon rapport à l'autre) et intérieure par rapport à ses propres mouvements internes définis par nos désirs fortement dépendants des organisations pulsionnelles. Les coordinations motrices et l'ajustement réciproque vont permettre le développement de la motricité dans toutes ses dimensions (de la motricité fine à une plus globale qui engage tout le corps). Cette limitation du corps conduit le sujet à mettre au travail pensées, logique et stratégie. Ce temps de holding psychomoteur prépare la globalisation et la fluidité des actions psychocorporelles mais aussi les mouvements de la pensée.

Le narcissisme est constitué par ces trois facteurs. Il faut pouvoir avoir été suffisamment sécurisé dans son enroulement pour avoir une estime de soi suffisante. Ce narcissisme psychomoteur est dépendant de la maturation neuronale. L'environnement rencontré doit être porteur pour le révéler, le stimuler.

Des troubles du narcissisme pourront se manifester par une difficulté à s'estimer, à apprécier son image et ses conduites. Il peut y avoir un sentiment de la honte.

Par sa force d'investissement, le narcissisme tend à maintenir le sentiment d'identité.

D. Anzieu propose de décrire la construction du sujet, de son Moi en utilisant l'image de l'enveloppe que constitue la peau. Il s'agit pour l'enfant de construire l'espace de son corps comme contenant de son psychisme.

E/ Le Moi-Peau (D. Anzieu)

Chez le fœtus, in utero, le toucher est déjà un sens développé mais il ne permet pas encore de différencier l'intérieur de l'extérieur du corps. La peau ne constitue pas une limite. L'intérieur et l'extérieur sont à la même température et sont confondus. Seul le contact avec la paroi utérine délimite un certain espace mais celui-ci ne correspond pas à l'espace du corps.

A la naissance, le bébé fait encore peau commune avec sa mère dans une « dépendance symbiotique mutuelle ». Progressivement dans les mois qui suivent, l'enfant construit sa propre peau, en lien avec la construction de son Moi. Didier Anzieu postule une corrélation entre les fonctions physiologiques du corps, des organes, en particulier la peau et les fonctions psychiques du Moi. Il nomme donc son concept le Moi-Peau. Par moi-peau, il « désigne 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. »⁹ Anzieu décrit alors huit fonctions du Moi-Peau.

La fonction d'individuation : De même que l'organe peau présente des caractéristiques individuelles, de couleur, de grain, par exemple, le psychisme de chacun est unique, façonné par les expériences individuelles. La surface de la peau par son unicité apporte ce sentiment d'être unique au sujet.

9 ANZIEU D., cité par E. PIREYRE, Clinique de l'image du corps, p 80

La fonction d'intersensorialité : La peau est une surface où convergent les sensations, elle permet en quelque sorte de réunir et de lier les sensations perçues.

La fonction de recharge libidinale : la peau reçoit en permanence des stimulations externes sources d'excitations qui entretiennent le tonus sensori-moteur. Le Moi-peau contient, métabolise l'énergie psychique, la libido.

La fonction d'inscription des traces sensorielles : la peau ressent des informations provenant du monde environnant. Ces informations sont perçues puis intégrées grâce au Moi-peau servant de support à l'inscription des traces sensorielles.

La fonction de maintenance : elle permet de s'éprouver toujours même, solide. La peau comme le psychisme ne se détruisent pas, ils se maintiennent.

La fonction de contenance : fait référence plutôt à l'espace. La peau contient le reste du corps, les organes, le squelette, elle permet d'envelopper et délimiter l'espace du corps. De la même manière le Moi-Peau délimite les contours du psychisme.

La fonction de pare-excitation : la peau physiologique a un rôle de barrière protectrice pour l'organisme, un rôle notamment dans le processus immunitaire. C'est par intégration de la fonction de pare-excitation maternelle que le sujet se protégera lui-même des agressions extérieures.

La fonction de soutien de l'excitation sexuelle : Les contacts ressentis au niveau de la peau dans les liens précoces amènent un investissement libidinal de cette surface sur laquelle se développeront des zones érogènes.

Il paraît donc évident à présent que l'identité s'ancre dans le corps, que c'est par la découverte de son corps, en relation, que l'enfant construit son identité.

L'identité une fois construite connaît une évolution au cours de la vie et elle est parfois bousculée, mise à mal dans les périodes critiques. Venons-en donc à l'histoire du sujet et plus directement à son arrivée dans la vieillesse, marquant une révolution parfois

brutale, un remaniement de l'identité imposé au sujet.

II/ Vieillesse et identité

A) Identité et vieillissement :

A.1) Les transformations liées au vieillissement normal

A.1.1) les transformations physiques

Des modifications dégénératives du muscle, du système nerveux et du squelette sont à l'origine d'une diminution de la force musculaire et de l'endurance, d'une raideur des articulations, d'une lenteur des gestes. La mobilité tend à être diminuée. L'inactivité accélère ces processus.

Il y a un affaiblissement perceptif. Les sphères visuelle et auditive sont les plus marquées. Celles-là même qui permettent d'être en lien avec l'environnement, de communiquer. L'odorat et le goût qui permettent de prendre plaisir avec son corps le plus souvent s'émoussent également.

Les déficits dans les domaines perceptif et moteur font perdre aux échanges leur précision et leur efficacité. L'espace est plus difficilement appréhendé par la vision et l'audition. Le sujet perd des informations concernant l'espace, ce qui s'ajoute au ralentissement du traitement de ces informations. Le sujet est rapidement désorienté. Il a tendance à éviter alors les expériences complexes ou nouvelles et à rester dans des situations plus familières, plus facilement maîtrisables. Cette maîtrise des repères spatiaux peut être recherchée par la restriction des déplacements, de l'espace. Tous ces facteurs imposent au sujet une limitation progressive de ses échanges avec son milieu. Par ailleurs, le sujet se centre davantage sur lui-même. Le corps prend de l'importance du fait de la fatigabilité et de la fragilité de l'organisme. Le plaisir corporel n'a plus sa place. Le vécu du corps, la perception, l'investissement du corps risquent de se restreindre alors à des

zones douloureuses, ce qui peut contribuer à une sensation de manque d'intégrité, d'unité du corps, et à un sentiment d'étrangeté du corps. Lorsque les sensations kinesthésiques, proprioceptives et tactiles diminuent, le cerveau ne reçoit plus autant de données nécessaires à la conservation du schéma corporel.

Le tonus est moins modulable, l'équilibre devient plus précaire, la mobilité s'amenuise avec des raideurs. Le risque de chute est augmenté considérablement. Tout cela contribue au ralentissement moteur.

Parallèlement il y a modification des caractères sexuels secondaires : pilosité du corps, forme du corps, élasticité de la peau, les rides, les taches. Tous ces changements amènent à un réaménagement de l'organisation psychomotrice.

De plus le corps étant parfois perçu comme un corps souffrant, un boulet, une entrave c'est aussi l'image du corps et donc de soi qui est malmenée. Comme nous l'avons vu dans la construction de l'identité, celle-ci est avant tout ancrée dans le corps et dans le ressenti de continuité, d'être le même. Si le corps devient étranger, c'est l'identité même de la personne qui est bouleversée par le rapport au vieillissement.

Chaque transformation du corps, chaque déficit est une atteinte de l'image du corps et donc de l'image de soi. L'estime de soi peut être atteinte, le corps étant vécu comme non digne d'attention, laid, repoussant. Le sujet peut ne plus avoir envie de s'occuper de son corps, de le toucher, de le regarder. Il imagine que les autres sont repoussés par ce corps et interprètent des situations dans ce sens. Cela peut conduire le sujet à une indifférence par rapport à son corps : il ne porte plus attention à l'habillement, à l'hygiène. Le corps risque d'être chosifié, considéré comme une « mécanique à réparer » en devenant petit à petit étranger au sujet.

La vieillesse est une épreuve narcissique. Les transformations inhérentes au vieillissement mettent à mal l'identité du sujet, son image du corps, son schéma corporel.

A.1.2) Vieillesse des facultés cognitives

Des chercheurs ont pu montrer que le vieillissement neurologique atteint les capacités attentionnelles, c'est à dire la capacité à focaliser son attention sur une tâche (attention sélective) ou à partager son attention entre plusieurs sources de stimulation. L'attention sélective implique de pouvoir mobiliser les ressources mentales sur une

information et d'inhiber les informations non pertinentes. Nous voyons tous que notre capacité d'attention sélective fluctue selon notre condition physique ou mentale et elle peut être atteinte notamment en situation de stress. Mais les personnes âgées sont globalement plus lentes et moins précises au-delà des facteurs environnementaux. Des études basées sur l'imagerie cérébrale tendent à prouver que les processus de contrôle exécutif diminuent avec l'âge. Les personnes âgées semblent maintenir un champ attentionnel plus restreint pour compenser le déclin de nature perceptive. Par ailleurs, les chercheurs ont montré que l'âge affecte les capacités d'inhibition. Ceci est observable, par exemple, lorsque l'on procède à des tests type Stroop.

Il est intéressant d'étudier les effets du vieillissement sur la mémoire. Aujourd'hui, les maladies dégénératives comme la maladie d'Alzheimer font peur et les défaillances de la mémoire chez une personne âgée amènent souvent la personne elle-même ou son entourage à craindre d'en être atteint. La mémoire a de nombreuses composantes : mémoire de travail, épisodique, sémantique ou encore procédurale. La mémoire de travail paraît particulièrement touchée. Elle permet le stockage des informations en petite quantité et sur une durée courte dans le but d'exécuter une tâche complexe. Il est certainement possible de relier ce constat avec les éléments précédemment cités concernant l'attention. La mémoire épisodique est également atteinte mais les difficultés semblent porter sur l'identification du contexte d'apprentissage et non sur le contenu. « Ainsi, l'effet de l'âge est plus important dans les tâches de rappel que dans les tâches de reconnaissance. On suppose que cette différence reflète les difficultés des sujets âgés lorsqu'ils doivent élaborer par eux-mêmes une stratégie de recherche en mémoire. »¹⁰ Il y a donc bien une certaine diminution des capacités de mémoire liée au vieillissement, sans lien avec une pathologie dégénérative.

En raisonnement et résolution de problème, le sujet âgé est moins performant que le sujet jeune selon d'autres études. Le nombre de stratégies utilisées et la capacité à sélectionner la plus efficace sont mis en cause dans ce déclin de performance.

Du côté du langage, il est fréquemment observé une augmentation avec l'âge de la difficulté à trouver ses mots avec un effet de « mot sur le bout de la langue ». Cela dit, les personnes âgées montrent plutôt un vocabulaire plus riche qui permet en partie de compenser les difficultés rencontrées.

10 DUJARDIN K. , LEMAIRE P., 2008, Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique, Masson, p59

Ces bouleversements physiques progressifs au cours du vieillissement ont des répercussions psycho-dynamiques. L'entrée dans la vieillesse implique un travail psychologique nommé par certains auteurs « travail du vieillir ».

A.2) Le travail du vieillir

Jack Messy parle de l'entrée dans la vieillesse comme un événement brutal, « c'est un état qui surgit brusquement à la suite d'un événement vécu comme une perte et non suivi d'une acquisition »¹¹. Il nomme ce moment le « temps du miroir brisé » durant lequel ce n'est plus, comme chez le bébé, l'unité et la maîtrise du corps qui est anticipé mais au contraire son morcellement voire l'image de la mort.

Le vieillir vient marquer notre temporalité, c'est un processus irréversible qui inscrit notre existence dans le temps avec un début et une fin. Il est fait d'enrichissements autant que de pertes. Dans le vieillissement comme dans le développement de l'enfant on trouve des intrications du neurologique, du biologique, des données relationnelles et affectives et des données de l'environnement. Le vieillissement est un cas particulier du travail de vivre. Le travail de vieillir consiste à quitter au moins en pensée la répétition du quotidien et de pouvoir reconsidérer l'ensemble de son histoire, trouver une cohérence à sa vie avant de la quitter. D. Quinodoz dit que ça n'est pas sans raison inconsciente que certains morcellent leur propre histoire et l'affligent. Rester dans une forme de passivité et supprimer la vue d'ensemble a comme bénéfice de refuser de voir que la vie a une durée limitée. C'est un mécanisme de défense très efficace pour lutter contre ses angoisses de mort.

Le vieillissement est marqué par deux types de fantasmes. Le fantasme d'infini qui correspondrait à la représentation d'un temps monotone où rien de marquant ne se passe et donnant l'illusion d'un temps infini, sans fin. La répétition donne l'illusion que ça ne s'arrêtera jamais et peut susciter une forme de passivité. Le fantasme d'éternité, quant à lui, ne nie pas la durée limitée de la vie. Ce sont ces moments intenses donnant l'impression d'être transporté hors du temps.

Le travail du vieillir est la confrontation entre ces deux fantasmes. On a besoin de

11 MESSY J., « Interview de Jack Messy », in *Thérapie Psychomotrice*, n°106, p6

l'un et de l'autre. Marcelli décrivait la nécessité pour le bébé d'être confronté à des microrhythmes et des macrorhythmes. Les macrorhythmes permettant une assurance que ce que l'on connaît reviendra, ils permettent l'émergence d'une capacité d'anticipation. Les microrhythmes sont constitués des éléments de surprise qui permettent d'évoluer. D. Quinodoz, dans sa description des fantasmes d'infini et d'éternité, montre ainsi que la personne âgée a elle aussi besoin de ces rythmes organisateurs, non pas pour se construire mais pour se maintenir. Par ailleurs, le fantasme d'infini permet de lutter contre les angoisses de mort mais il peut être également angoissant malgré les apparences car il donne l'illusion que la fin est repoussée encore plus loin et suscite une forme d'ennui en supprimant l'intérêt de chaque instant. L'infini est angoissant. Chacun d'entre nous oscillons entre ces deux postures.

Pouvoir constituer sa propre histoire interne comme totalité se combine avec le travail de mémoire que chacun fait pour intégrer les souvenirs importants. On ne se souvient pas de tout et finalement une bonne mémoire consisterait à oublier autant que se souvenir, à pouvoir trier les souvenirs, garder l'utile. Le vieillissement est fait d'autant d'enrichissement que de perte : de l'apparence du corps, de personnes chères (amis, famille), perte du travail (décompensation), perte d'une vie sociale. Le nombre de pertes s'intensifie et il devient difficile de pouvoir élaborer tous ces deuils qui surviennent dans l'existence.

La crise du vieillissement est souvent méconnue et banalisée par les propres effets du vieillissement. L'ensemble des transformations biologiques, psychologiques et sociales s'accélère de nouveau avec, à l'inverse de l'enfant, l'idée que la dépendance est croissante : dépendance affective et relationnelle mais aussi dépendance physique. C'est une période de la vie où on observe un nombre important de conduites suicidaires. Et également une intensification des mécanismes habituels de défense et une activation des mécanismes archaïques. Jean Bergeret parle de crise de sénescence comme d'une deuxième crise d'adolescence car elle soumet l'individu à des remaniements psychiques et corporels considérables.

Ce « temps du miroir brisé » ou « inversé » interroge sur la construction narcissique de chacun. Les personnes peuvent alors être touchées narcissiquement dans ces deux composantes, réagir, sur les deux niveaux du narcissisme. Certaines peuvent s'effondrer

face aux premières rides, comme une souffrance au niveau du corps. Difficile d'investir son visage comme objet d'amour. Ces souffrances au niveau du corps questionnent le narcissisme primaire et les premiers liens. Comment la personne a été portée, tenue ? Le narcissisme secondaire, l'investissement des objets va être malmené par les souffrances liées aux pertes du statut social ou d'êtres aimés par exemple. Les deux lignées narcissiques peuvent donc être en souffrance dans la mesure où elles perdent leur étayage principal.

Le travail du vieillir revisite donc l'angoisse de castration. Vieillir c'est perdre des choses de soi. Il s'agit alors de pouvoir quitter une position psychique caractérisée par le perfectionnisme, l'idéal, pour investir l'inachevé, l'imparfait comme expression de la vie. Il s'agit de faire le deuil de l'Idéal du Moi.

Pour Freud il y aurait trois mécanismes principaux dans la gestion des crises :

- la fixation : idée que le sujet reste bloqué dans sa difficulté et qu'il ne peut ni la résoudre ni s'en détacher. Ce qui se passe dans certains deuils pathologiques où la personne n'arrive pas à surpasser la tristesse intense.
- la régression : le sujet tente de résoudre les difficultés en cherchant dans le passé une situation similaire et en appliquant les solutions de l'époque.
- la sublimation qui permet d'inventer, de créer des solutions adaptées.

B/ Identité et démence

Définition

L'O.M.S. propose de définir la démence comme « un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive. La démence est causée par un ensemble de maladie et de traumatisme

qui affectent principalement ou dans une moindre mesure le cerveau.»¹²

Le DSM IV retient trois critères : un trouble de la mémoire associé à au moins un autre trouble cognitif (aphasie, apraxie, agnosie et perturbation des fonctions exécutives) entraînant une perte d'autonomie avec une altération significative du fonctionnement social ou professionnel par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

La démence est l'une des principales causes de handicap et de dépendance chez la personne âgée. Elle atteint le sujet dans sa globalité avec des conséquences à la fois physiques, psychologiques mais aussi sociales. Elle a alors des répercussions sur l'ensemble de l'entourage du sujet atteint.

Il existe trois types de démence :

-Les démences dégénératives telles que la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lévy et la démence fronto-temporale, liées à une détérioration progressive et irréversible des neurones.

-Les démences non dégénératives telles que les démences vasculaires, infectieuses et alcooliques. Les démences vasculaires sont liées à des accidents vasculaires cérébraux.

-Les démences mixtes dans lesquelles il y a à la fois un processus neurodégénératif et des lésions causées par des accidents vasculaires.

Conséquences pour le sujet atteint

Les premiers signes de démence atteignent la mémoire et de fait la capacité à se raconter, à évoquer des souvenirs. Les souvenirs anciens sont souvent préservés mais il y a comme une rupture avec le présent. Le sujet ressentirait alors peut être une rupture dans son identité ? Comme une ellipse dans l'histoire de vie ? Il y aurait discontinuité de perception de soi. Mais la vie psychique et affective, support de l'identité, se manifeste toujours. Que ce soit face à l'autre ou face à soi-même dans le miroir, le sujet dément est capable d'une reconnaissance de ce qui lui est familier, de ce qu'il connaît.

Au regard de l'autre, la personne âgée atteinte d'une forme de démence risque également d'être stigmatisée. Elle devient alors la personne démente, voire la « personne Alzheimer » comment nous pouvons l'entendre parfois. Elle incarne alors le fantasme

12 Organisation Mondiale de la Santé, (2012), La démence : aide-mémoire n°362.

angoissant de la mauvaise vieillesse vis à vis de la société, vis à vis de l'autre qui ne cherche alors plus à identifier la personne autrement.

Dans la démence, il y a une déconstruction de l'organisation psychomotrice et il n'y a donc plus d'étayage interne. La personne démente ne peut plus s'appuyer sur les représentations du monde et crée une pensée à trous. C'est donc véritablement une atteinte du moi corporel, du sentiment d'exister, de l'identité qui ne sont plus soutenus par l'image corporelle, le rapport espace-temps, le schéma du corps, le rapport à l'autre. La conséquence sera une grande dépendance physique, psychique et sociale et souvent la réapparition des angoisses primitives. Dans cette déconstruction souvent chaotique on peut vraiment repérer des vécus très proches des angoisses archaïques. Il s'agit alors d'une adaptation du psychisme à la démentification (fait de devenir dément) avec des éléments défensifs qui évoluent (déambulation permanente pour lutter contre des angoisses, cris, recherche incessante de production sonore, mouvement incessant). Certains patients n'arrivent plus à dire « je », signe d'une atteinte du moi, même si certaines personnes démentes s'appuient sur le discours de l'autre comme une prothèse, comme un verni adaptatif. On voit à quel point l'intérieur est déconstruit. Dans cette atteinte du corps, et malgré cela, le corps va continuer à jouer un rôle encore plus important qu'avant dans la relation. Les plaintes sont très fréquentes et il y a une véritable inscription corporelle de la démence avec un corps qui donne à voir la souffrance. Nous pouvons alors parler d'une sorte de narration corporelle. Lorsqu'elles ont des capacités langagières, les plaintes somatiques sont souvent exprimées. Mais le corps montre également sa souffrance par des postures de repli, parfois jusqu'à la position fœtale, par des actes auto-agressifs, par un manque d'hygiène (chez les personnes qui pourraient encore réaliser leur toilette mais qui ne le font pas), par une agitation qui s'extériorise dans la déambulation par exemple.

La démence provoque une désorganisation mentale où les acquisitions les plus récentes disparaissent les premières. Le registre verbal construit est celui qui souffre le plus. On remarque, de manière visible, un appauvrissement du vocabulaire, et une difficulté à trouver ses mots. On parle de manque du mot. Le langage du corps reste actif et beaucoup plus efficace dans le temps malgré l'avancée dans la démence. Le langage non verbal, la mimique, la posture, le regard, le geste sont ainsi conservés très longtemps. Le système émotionnel et affectif reste actif. Des neurologues ont repéré que les zones du cerveau atteintes le plus tardivement sont celles de l'émotion et de la créativité. Les

patients déments sont doués de perception de type global avec une perméabilité à l'environnement extrêmement importante même s'ils n'arrivent plus à analyser. Gérard Le Gouès a parlé du « savoir affectif »¹³, c'est-à-dire la capacité à identifier un climat relationnel et à s'en souvenir. Ce savoir affectif perdure plus longtemps que le savoir intellectuel. Le sujet dément est capable d'identifier le climat relationnel en positif et en négatif. Finalement les déments vont faire face à ce qu'il se passe autour d'eux sans pouvoir mobiliser les capacités de penser. Les personnes démentes sont très affectées par l'environnement et le regard porté sur elles et sont dans une extrême vulnérabilité narcissique face aux regards des gens qui les dévalorisent ou les valorisent. Les moments des soins corporels, par exemple, peuvent être des moments riches comme très dégradants. La capacité à percevoir leurs émotions est présente mais elles ne disposent plus des outils cognitifs pour les élaborer.

La démence accompagnée de troubles mnésiques, d'une diminution des capacités motrices et des déficits sensoriels peut ainsi amener un sentiment d'être étranger à soi-même, une perte du sentiment d'identité donc, de confiance en ses propres structures internes, et des difficultés d'appréhension de l'espace environnant.

C/ Identité en institution

Mon propos n'est pas de faire le procès des institutions et de pointer une bonne et une mauvaise façon d'accueillir les personnes âgées. Je souhaite soulever ici ce qu'implique le fait d'être institutionnalisé pour le sentiment d'identité de la personne.

Lorsque la perte d'autonomie est trop importante et que le sujet doit être aidé pour ce qui concerne son corps, il se retrouve dans une position de passivité. Il risque de se couper de la relation à son corps, de désinvestir progressivement son corps devenu "objet de soins". Le sujet ressent moins de sensations proprioceptives liées au fait d'être acteur, d'avoir l'initiative du mouvement. Ces différents facteurs participent à déstructurer le schéma corporel et à diminuer la conscience que le sujet a de son corps.

Côté soignants, comme pour la société en général, les représentations les plus

13 LE GOUES G., 1991, Le psychanalyste et le vieillard, PUF

répandues font de la vieillesse l'équivalent d'une maladie ou d'un ensemble de handicaps, de déficits. La personne âgée est identifiée à la perte (elle perd la mémoire, ses facultés mentales et corporelles, ses proches). Pour Jérôme Pelissier, cette vision amène des comportements discriminatoires envers les personnes âgées qu'il qualifie d' « âgisme ».

Une autre représentation de la vieillesse serait comme l'équivalent de l'enfance, le retour à la case départ, modèle douloureux pour le sujet. Deux images sont rapprochées dans l'imaginaire, le bébé dans son berceau et le vieillard grabataire en position rétractée, équivalent de la position fœtale. Ces représentations de la vieillesse doivent être élaborées par les soignants. Ces derniers sont renvoyés à leur propre vieillissement, à celui de leur parents voire à leur propre mort à venir. La relation soignante en gériatrie est perçue comme maternante, en lien avec les soins qui évoquent le nursing : mettre des couches à la personne, la nourrir, la laver . Le temps de travail consacré aux tâches d'alimentation, d'hygiène peut être vécu par les soignants comme dévalorisant et envahissant. Cet accompagnement porte atteinte à la logique de la pensée généalogique par le renversement apparent des rôles parent-enfant. D'où la tendance à assimiler la vieillesse à un retour à l'enfance.

Dépendance

L'entrée en institution suppose que le sujet ne peut plus assumer sa vie au quotidien, il est dépendant d'une tierce personne pour les actes de la vie comme le repas ou la toilette. « La perte d'autonomie accentue l'investissement de l'objet extérieur, faisant désirer qu'il soit omnipotent, exclusif et en permanence disponible. L'état du Moi du sujet dépendant désigne l'organisation à laquelle il était parvenu durant les années de maturité et la déstructuration que lui a éventuellement fait subir une affection du type de la maladie d'Alzheimer. Il influe directement sur les modalités d'expression de l'angoisse, du besoin, de la satisfaction et de la frustration. »¹⁴ Cela engendre une certaine « pression sociale, de surcroît fortement médiatisée, [qui] amène tout à la fois la honte de se sentir prisonnier d'un corps vieillissant, mais également la réification au sein de certaines institutions de ce corps qui n'est désormais plus grand chose d'autre qu'un objet de soins. »¹⁵

14 CHARAZAC P-M, La dépendance, de la fusion à la confusion, Erès, p56 à 71

15 MAINTIER C., sous la direction de Michel Personne, Protéger et construire l'identité de la personne âgée, p39

Organisation liée à la collectivité

La vie en collectivité implique la mise en place de règles de vie, d'une organisation parfois rigoureuse qui ne laisse pas la possibilité aux résidents de faire des choix. Les rythmes, envies et besoins des personnes ne peuvent être écoutés de manière individuelle. « Les savoir-être, les savoir-faire relationnels ne sont pas favorisés par l'institution, paradoxalement, en raison de la représentation de ses propres manières de faire qui laissent peu la place aux initiatives en faveur du changement, à la capacité d'adaptabilité. »¹⁶ Ainsi une certaine uniformité émerge du système institutionnel qui menace l'individualité. Le fonctionnement institutionnel est plutôt tourné du côté de la répétition, du toujours pareil, renforçant le fantasme d'infini, qui peut être très sécurisant ou très angoissant selon les personnes.

« Dans les institutions gériatriques [, les patients/résidents,] sont des corps qui n'ont pas été caressés depuis trente ans. Des enveloppes corporelles qui n'ont plus été touchées et qui n'ont plus conscience de leurs limites qu'à travers le vêtement qui colle à la peau et qu'ils ont d'ailleurs, peur de quitter, comme si on leur arrachait la peau. »¹⁷. La majeure partie des contacts physiques reçus par les résidents d'institutions gériatriques sont les soins médicaux et les soins d'hygiène réalisés par des soignants et qui n'ont donc pas la dimension affective nécessaire pour contenter le besoin d'être touché. Le terme caresse utilisé par L. Ploton montre bien que ce qui importe c'est l'intention affective dans le geste. Cela va même au-delà du manque affectif puisqu'ils sont touchés par des gestes parfois intrusifs réalisés par un personnel qui peut changer chaque jour. De même il leur manque l'aspect réciproque du toucher tel qu'ils l'ont vécu tout au long de leur vie avec leurs proches. Il s'agit d'être caressé mais aussi de caresser un autre, de pouvoir porter attention à un autre, investir un autre comme objet d'amour. Les résidents ont parfois des élans de gestes tendres envers le personnel des institutions mais souvent contenus ou mal reçus. La question se pose aux soignants : puis-je recevoir ce geste ? Puis-je le donner en retour ?

Notion d'intimité

L'institution vient porter atteinte à l'intimité, non pas seulement en dévoilant le

16 CERIOLI M., sous la direction de M. Personne, Protéger et construire l'identité de la personne âgée – psychologie et psychomotricité des accompagnements, p87

17 PLOTON L., "Interview de Louis Ploton", in *Thérapie Psychomotrice*, n°160

corps, en le mettant à nu, cela aurait plus à voir avec la pudeur mais elle touche à ce qui peut être uniquement à soi. Elle peut inhiber la potentielle expression de l'intime. « L'intimité, espace personnel et secret se délimite dans la relation à l'autre où l'on apprend à poser ses limites mais aussi à respecter celles de l'autre. »¹⁸. L'institution se propose bien de recréer un espace intime avec des chambres individuelles ou doubles pour les couples qui sont le plus souvent personnalisables mais il suffit d'interroger les résidents pour s'apercevoir qu'ils ne s'approprient le plus souvent pas cet espace. Ils se retrouvent alors sans espace à eux, et sans liberté de vivre comme bon leur semble. Bien sûr certains parviennent à investir pleinement cet espace mais je relève que cela ne va pas de soi et demande souvent d'être accompagné plutôt que proposé. « L'intimité est avant tout intimité de soi, qui s'appuie sur un sentiment d'identité personnelle. Pelletier parle à ce propos d'un territoire que chacun de nous tente de conserver, afin de préserver son identité propre. »¹⁹ On voit bien alors comme l'institution tente de pallier au manque d'intimité par la dimension d'un espace propre mais que la notion d'intimité va bien au-delà d'un espace à soi.

Selon Catherine Potel, la « question de l'intime se construit en même temps que l'identité. C'est parce que l'on a un corps enveloppe contenant des contenus psychiques, que l'on est différent de l'autre, que l'on a une identité et que ces contenus peuvent être « cachés », peuvent être tenus secrets, relever donc de l'intimité. C'est parce que l'on a un corps à soi, que l'on connaît, que l'on maîtrise, que l'on peut choisir de dévoiler ou non ses contenus. Il peut être question de pudeur à partir du moment où l'on est sujet parmi d'autres. »²⁰ L'institution met à mal la pudeur des personnes résidentes lorsqu'elles ne sont plus en mesure (et c'est le cas pour la plupart des résidents) de procéder à leur toilette notamment. S'il n'est plus possible d'exprimer une certaine pudeur, le principe même d'intimité est mis en cause. Cet aspect négatif est renforcé par la multiplicité des intervenants auprès des résidents.

L'enjeu d'une prise en charge globale d'un sujet âgé en institution va être d'aider le sujet à mener à bien son «travail du vieillir», travail de renoncement et de deuil en

18 COLSON M-H, 2007, « Âge et intimité sexuelle », in *Gérontologie et société*, n° 122, p66

19 Opcit p65

20 POTEL C. (2008), Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi, *Enfance et Psy*, n° 39, Eres, 2008, p 106 à 118

soutenant son narcissisme, en favorisant l'élaboration de ce qui lui arrive de traumatique.

Face à une épreuve narcissique majeure, face à un corps déshabité, désinvesti, dévalorisant, dévalorisé, souffrant, étranger, chosifié, nié, mal perçu, mal vécu, la psychomotricité par son investissement du corps vient soutenir le narcissisme, et l'identité psycho-corporelle du sujet. C'est ce que je propose de décrire dans la partie suivante en détaillant le dispositif que j'ai construit avec Mme M.

Partie Théorico-clinique :

I/ Liens entre les troubles psychomoteurs de Mme M. et la perte d'identité

A) Etiologies possibles

A.1)l'appauvrissement (psychique) du grand âge ?

Danièle Quinodoz explique que « certaines personnes âgées souffrent d'un appauvrissement de leur vie psychique dont l'origine est somatique, par exemple détérioration mentale organique ou encore maladie d'Alzheimer. D'autres peuvent souffrir d'un appauvrissement dont l'origine est psychique, il peut par exemple être une façon de se défendre contre une trop grande douleur morale. Mais ce n'est de loin pas le cas de toutes les personnes âgées. »²¹ Elle propose ainsi d'insister sur le fait que tout vieillissement n'est pas pathologique et de distinguer les effets du vieillissement, de ceux de la maladie et les défenses mises en place par les personnes âgées.

Pour Mme M., j'ai le sentiment d'avoir affaire à l'intrication de ces facteurs et ce qui me paraît le plus prégnant serait plutôt ce mode de défense qu'elle me semble avoir mis en place, tout en gardant à l'esprit qu'elle présente bel et bien des lésions cérébrales. J'imagine que les pertes successives vécues par Mme M., en incapacité de les dépasser, ont pu participer à cet état de confusion, de perte d'un sentiment d'identité. Bien sûr, contre les lésions cérébrales je ne peux rien faire, mais le soutien que j'apporte en psychomotricité sera plutôt du côté d'un soutien corporel en relation visant une diminution de la douleur morale.

Il me semble alors important de comprendre ce qui la soutenait tout au long de son existence. Quel a été son rapport au corps, son idéal de paraître ? Comment a-t-elle nourri son narcissisme au cours de sa vie: famille, amis, loisirs, travail ? Tout au long du vieillissement tous ces étayages sont en perte de vitesse et s'amenuisent avec une multiplication des pertes (famille, conjoint, ...). Ces nombreuses pertes vont attaquer le

21 QUINODOZ D., 2008, Vieillir une découverte, PUF, p93

narcissisme de la personne et amener une grande souffrance narcissique.

Finalement, son grand âge et sa pathologie démentielle amènent une désinstrumentation de son corps qui semble être un frein à l'investissement de sa vie quotidienne. L'intrication des phénomènes d'appauvrissement psychique et de dissolution des habiletés motrices laisse présager une situation complexe. Cela aboutit à des remarques fréquemment entendues dans les institutions gériatriques ; je cite Mme M. : « Voyez où on en est ? Qu'est-ce que vous voulez faire... ». Elle a pu me dire ces mots lors du premier entretien, lorsqu'elle a pris une brosse à cheveux pour écrire, lorsqu'elle a pris tout à coup conscience d'un de ses troubles.

A.2) Déficits proprioceptifs :

Les déficits proprioceptifs de Mme M. ont pu participer à une sorte de dilution de son identité. Si comme le soutient Damasio, la base de l'identité se trouve dans les cortex sensoriels, alors il serait possible de soutenir Mme M. en stimulant sa sphère sensorielle, en portant son attention sur ses ressentis.

J'imagine mettre en jeu le squelette et les muscles. Des idées de percussions osseuses, de vibrations qui permettrait un vécu de densification me viennent en tête mais me paraissent difficiles à mettre en place, je crains de lui faire mal, ou qu'elle en ait peur. Je pense alors plutôt à la mobilisation pour éprouver le squelette qui articule, uni, qui crée les liens du corps. Le travail du muscle par la tonicité pourrait amener une certaine contenance, à condition de pouvoir y mettre de la variabilité, de la souplesse.

J'imagine également mettre en jeu les organes en tant que machine rythmique par un travail sur la respiration notamment. Porter à la conscience le sentiment de continuité d'existence par ces rythmes continus du corps.

Prendre conscience de la respiration c'est aussi focaliser son attention sur des flux verticaux, que l'on peut amplifier en proposant de vocaliser. Lors d'une telle proposition, Mme M. montre avec son doigts l'endroit où elle sent une vibration et fait alors des mouvements de va et vient entre son thorax et sa bouche.

A.3)Déficit de l'enveloppe

Certaines observations de Mme M. en séance ont pu m'interroger sur le vécu de son enveloppe. En séance de relaxation dans sa chambre, elle me dit un jour alors que je fais rouler un ballon sur son bras, lui-même posé sur son ventre : « ça rentre dedans ». Elle précise que c'est agréable mais j'entends tout de même le manque d'enveloppe criant. Comme nous l'avons vu, la peau est une enveloppe tout à fait liée à l'enveloppe psychique comme l'a décrit D. Anzieu. Si la peau de Mme M. peut-être traversée, si sa main peut rentrer dans son ventre, cela amène aussi à penser qu'elle ressent une indifférenciation entre elle et le milieu, qu'elle n'a donc pas une identité psycho-corporelle suffisamment stable. La fonction de contenance serait défaillante. Cela l'amènerait plus globalement à paraître absente psychiquement du fait j'imagine de ne pas se sentir suffisamment stable.

Voyons ce qu'il en est des autres fonctions du Moi-Peau.

La fonction de pare-excitation permettant de faire face au trop de stimulations externes ou internes ne semble pas être assurée. Ainsi, lorsqu'elle marche, son regard est attiré par le moindre stimulus visuel ou auditif, l'amenant à perdre son équilibre. La fonction de pare-excitation est mise à mal par les troubles attentionnels de Mme M.

Lorsque Mme M. redécouvre, par exemple, chaque jour, ses difficultés pour la marche, il me semble alors qu'elle est dans un vécu de discontinuité. Je peux avoir parfois le sentiment, en la voyant de loin, d'un être flottant, inconsistant, donc du côté de l'informe. Il me semble en fait que son corps est présent mais son esprit n'est pas accessible, elle n'est pas présente. D'où le terme « vivante » que j'emploie dans ma clinique pour la décrire à certains moments, qui mettent en avant les autres moments où elle ne serait pas vivante. Je rapprocherais ces observations d'une défaillance de la fonction de maintenance du Moi-Peau. Ses présences/absences montrent une discontinuité.

Son rapport aux autres résidents, dans un mode identificatoire persécutant montre bien un défaut d'individuation, qui constitue également une fonction de la peau psychique.

La fonction de soutien de l'excitation sexuelle est mise à mal par le vieillissement et le regard de la société qui désexualise. Mme M. ne semble plus imaginer qu'elle puisse ressentir un plaisir sexuel. Elle peut alors se mettre nue sans que ça ne semble la gêner.

Par contre, il me semble évident que la peau de Mme M. assure toujours une fonction d'inscription des traces sensorielles. Elle peut lier l'écoute d'une musique aux

traces corporelles de sa pratique du piano qu'elle retranscrit alors en mouvements avec ses mains. C'est d'ailleurs sur cette fonction que s'appuie la thérapie psychomotrice que je propose.

B/ Conséquences pour Mme M.

B.1) Problématique de la chute :

L'expression "se casser la figure" témoigne du fait que dans la chute il y a quelque chose de l'identité, de la représentation de soi qui est touché.

La chute amène un vécu corporel de l'inertie. Elle renforce l'idée que le corps ne répond plus aux attentes. Le risque de chute est majoré en cas de démence. Là encore, je me demande quelle est la cause et quel est l'effet.

Catherine ROOS, psychologue lyonnaise a écrit un article intitulé « Une chute peut en cacher une autre » avec l'idée que la chute symptôme vient signifier quelque chose du vécu de la personne au sens propre comme au figuré. Elle évoque la finitude, quelque chose qui s'achève comme dans la chute des cheveux, des feuilles. Elle évoque aussi les limites du corps, réelles et symboliques. Le contact du sol et la douleur redonnerait aussi contours et limites au corps. Elle suggère également de voir les atteintes articulaires comme un processus de (dé)liaison corporelle et psychique. Nous pourrions donc voir dans la chute toutes les caractéristiques du traumatisme.

En psychomotricité c'est à ce niveau que je propose d'appréhender cette notion de chute. L'indication première en psychomotricité était une rééducation de l'équilibre de Mme M. afin de prévenir le risque de chute mais je perçois à quel point la problématique de l'équilibre est bien plus large chez elle, intriquée avec des troubles de l'image du corps, avec des difficultés à se percevoir en tant que sujet et nécessite, au-delà d'une rééducation de la marche, une prise en charge plus globale.

B.2) Notion de trace :

La démence empêche Mme M. de se souvenir d'une séance sur l'autre. Quelle

évolution est possible alors ? Quelle trace peut-elle garder du travail que nous faisons ensemble ? Ces questions m'ont habitée longtemps après le début de la prise en charge de Mme M. jusqu'à me faire douter. Finalement c'est Mme M. elle-même qui finit par me rassurer en montrant progressivement, d'une part, qu'elle me reconnaît, qu'elle m'investit. Elle reconnaît lorsqu'elle me voit, la relation que nous tissons dans laquelle elle se sent exister et portée. Puis elle reconnaît le dispositif, d'autre part, jusqu'à y faire référence : « vous voilà ! On va aller dans l'eau, c'est ça ? ». Et puis elle s'installe de plus en plus rapidement dans la détente au fil des séances, ce qui me montre bien qu'elle garde dans son corps, une trace des séances précédentes. A partir du moment où je viens la chercher, son corps se rends prêt à.

Les traces corporelles et affectives restent donc et sont la base du travail en psychomotricité. J'y reviendrai lorsque je détaillerai le cadre de la prise en charge.

B.3) des agrippements :

Mme M. semble avoir des angoisses de perte. Lorsque je tire doucement sur un de ses membres et qu'elle me dit « attention, on y tient ! » en riant, n'y aurait-il pas une angoisse sous-jacente de morcellement ?

Serait-elle dans une recherche de la continuité d'existence par l'agrippement sensoriel ?

Son moyen de défense contre ces angoisses serait un agrippement sensoriel (vision de quelque chose de joli sur lequel son regard et sa pensée s'accrochent). Elle peut également s'agripper littéralement aux objets au sens strict, par exemple, sur la poignée de la baignoire, même une fois installée, et même lorsqu'elle semble détendue, sa main est accrochée à la poignée. Lorsque je le lui fais remarquer elle me dit que sa main se trouve bien là. Son agrippement à l'environnement est réflexe, il n'est pas conscientisé. Comment l'aider à introjecter une relation suffisamment bonne et à élaborer un objet mental sur lequel elle pourrait compter, qui lui permettrait de se tenir ? Sécurisée dans son identité, en ayant intériorisé un étayage, elle se tiendrait.

L'agrippement m'évoque une réaction face à des angoisses archaïques majeures avec la crainte d'un effondrement ou d'une chute qui sont tout à fait en lien avec les angoisses archaïques décrites par D. W. Winnicott. Ce serait, en fait, la crainte d'effondrement que l'on aurait vécu à la naissance ou dans les tout premiers temps de la

naissance. Il y en a de différents types : angoisse de vide, de chute qui peuvent être à l'origine de la perte d'autonomie, angoisse de lâchage (la personne qui va la porter n'est pas suffisamment forte, je ne suis pas suffisamment forte). Les angoisses archaïques sont présentes en chacun de nous. Elles se sont petit à petit amenuisées car intériorisées ou refoulées, elles ont perdu de leur pouvoir. Elles contribuent à l'élaboration de notre identité et dans les situations de soins, de maladie, de perte d'autonomie, elles se réactivent d'une manière très importante. Le besoin de s'agripper est souvent retrouvé dans la clinique gériatrique et souvent banalisé. Il renvoie à nos expériences premières de petit humain qui, dans un état d'extrême dépendance a besoin d'un autre pour survivre. L'enfant est en proie à des angoisses archaïques qui vont s'estomper grâce à l'attachement avec sa mère. La personne âgée a un besoin de contact corporel exacerbé. Lors de l'entrée dans la démence c'est comme si l'appareil psychique avait recours à une protection archaïque du tout petit. C'est comme si en s'accrochant à un autre être humain, il demandait à être porté.

La personne âgée dans son (dés) équilibre physique et mental a peur d'être lâchée et elle ne peut plus le verbaliser. Une faille dans l'agrippement défensif conduit régulièrement à la chute (dernière chute de Mme M. le 13/03 en salle commune).

Lors d'une des dernières séances avec Mme M., nous sommes sorties nous promener quelques minutes à sa demande. Elle a pu alors me dire à plusieurs reprises : « Tenez moi bien sinon je tombe ! ». J'ai alors l'impression qu'il n'est plus question d'un agrippement mais d'une demande clairement formulée de soutien. Elle ressent nettement ses déséquilibres et demande une aide extérieure. Tandis que l'agrippement serait plutôt sur un versant inconscient, le corps agissant pour parer le malaise, sa demande verbale de soutien démontre une conscience du trouble et un moyen élaboré d'y remédier. Elle n'est plus, à cet instant, en proie et des angoisses, mais a une peur identifiable et pour laquelle elle peut chercher dans son environnement une solution.

II/ L'apport du dispositif de bain thérapeutique

Selon J. Bergès, éprouver son corps dans une dimension de plaisir aurait une fonction structurante.

Le corps reste le véhicule privilégié de l'expression et reste le témoin le plus fiable de ce qui peut se dire. Il est à la première place dans la relation d'aide et finalement en tant que psychomotricien il est notre outil. La parole reste étayante même à un stade avancé de démence, les mots ne sont peut-être plus compris mais le bain de parole peut apaiser. D. Anzieu a pu d'ailleurs décrire ce qu'il appelle une « enveloppe sonore ».

Mme M. vit les choses comme de l'extérieur, elle est passive, le soin vient de l'extérieur. Malgré tout elle l'accepte. Puis un écart apparaît, sa remarque après une séance, « ça m'a fait du bien », paraît plus indéfini. C'est « ça » qui agit sur elle. Le moi apparaît. C'est à « moi » que ça fait du bien. J'ai pensé ce dispositif de bain thérapeutique afin de replacer Mme M. en position de sujet pouvant s'apporter à lui-même un soin, pouvant s'investir. Le dispositif était à penser en termes de contenance, reconstituer une certaine enveloppe pour cette dame chez qui elle semble faire défaut.

A) Le cadre

Pour Mme M. j'ai choisi de continuer une prise en charge individuelle. Le sentiment d'identité, nous l'avons vu, commence par un sentiment continu d'exister en lien avec le vécu corporel propre. Il me semblait important que les expériences proposées à Mme M. soient individuelles, qu'elle soit la seule à les vivre. Bien sûr je suis à ses côtés en séance, ce sont tout de même des moments partagés mais elle seule est plongée dans la baignoire. Je souhaitais qu'elle se concentre sur ses ressentis, qu'elle ne se fie qu'à ses sensations, ses perceptions et qu'elle ne soit pas influencée par une identification inconsciente aux autres. Dans la mesure où le groupe amène pour elle des angoisses, nous y reviendrons dans un autre chapitre, il me semblait important de consolider sa perception d'elle-même en la préservant dans un premier temps de la présence d'autres résidents.

La prise en charge est hebdomadaire du fait de ma présence sur le lieu de stage à raison d'un jour par semaine. Par ailleurs, le dispositif nécessite un temps de prise en charge assez long, en général plus d'une heure, et il est très fatigant, c'est pourquoi je ne

l'aurais pas proposé à une plus grande fréquence. Je m'interroge tout de même sur les effets du cadre tel que je l'ai défini. Ne lui fait-il pas vivre une discontinuité par les séparations et retrouvailles répétées ?

Le bain a lieu dans une salle particulière, une petite salle au milieu de laquelle trône une grande baignoire. Elle dispose également d'un lavabo et de toilettes. Cette salle est décorée dans l'idée de créer une ambiance apaisante. Cette salle, ce n'est ni sa chambre, son espace intime, ni un lieu commun où tout le monde pourrait se rendre quand il le voudrait. Il s'agit donc d'un espace particulier que nous investissons, elle et moi, le temps de la séance. Je vois bien comme cette idée est importante aux yeux de Mme M. lorsqu'elle me demande si je viens souvent et si j'y amène d'autres résidents.

Ce lieu, cet horaire, c'est l'espace-temps attribué à Mme M. A cet espace-temps s'ajoute la relation tissée progressivement entre Mme M. et moi. Depuis la première « demande » de Mme M., implicite, en passant par les ajustements, les tâtonnements de la prise en charge, nous apprenons à nous connaître et nous reconnaître. Je reconnais en Mme M. une patiente en demande de soin, même si elle n'est pas verbalisée. Mme M. reconnaît progressivement en moi, une personne qui prend soin d'elle, qui l'écoute. Finalement c'est sûrement cette relation qui permet de supporter la discontinuité en endossant la fonction de permanence de la prise en charge. J'observe bien comme Mme M., dès qu'elle me voit, est prête à me suivre.

Cette relation particulière dans cet espace-temps donné crée une base pour le sentiment de contenance que je cherche à accompagner chez Mme M.

Toutes les étapes précédant et suivant le temps de bain font partie intégrante de la prise en charge. Je vais d'abord la chercher dans la salle de restaurant ou la salle d'animation où Mme M. est entourée d'autres résidents. Nous passons ensuite par sa chambre, son espace intime, pour récupérer une serviette de toilette. Nous descendons alors d'un étage pour accéder à la salle de bain, notre espace à toutes les deux. Pendant que je remplis la baignoire, Mme M. passe aux toilettes à son initiative, puis je dois l'aider pour se déshabiller et enfiler son maillot de bain. Elle n'est jamais bien sûre de la succession des gestes à accomplir. Après le temps de bain proprement dit, les étapes se succèdent à l'inverse.

Mon cadre interne de future soignante inclut toutes mes références théoriques, toutes mes expériences personnelles de pratiques psycho-corporelles. Tout ce savoir plus ou moins intégré, appelé à s'enrichir tout au long de ma carrière, est au service de ma clinique. Il me permet de voir Mme M., d'observer ses manifestations corporelles, de m'ajuster, de penser. Mon projet de soin n'a pas été d'emblée défini après la première rencontre, il s'est construit avec mes observations, mes ressentis. Il est question également de mon idéal de soin que je définirais aujourd'hui comme le souci permanent du confort physique et psychologique de la personne, avec patience, douceur et disponibilité. Il me semble à ce titre primordial de replacer Mme M. dans une situation active vis-à-vis du soin, de lui laisser des choix, de mettre en valeur sa subjectivité.

B) L'eau et la sensorialité

L'eau dans le processus thérapeutique a toutes les caractéristiques d'un médiateur. Il s'agit d'un élément que l'on situe entre nous. Elle est le support des projections de chacune d'entre nous. C'est un objet commun, que l'on partage, un lieu de création. Elle est à la fois cet espace intermédiaire et le support des expérimentations psychomotrices que je souhaite structurantes pour Mme M.

L'eau est un élément dans lequel le corps tout entier peut être plongé. Elle permet de ressentir un contact physique sur l'ensemble de la surface du corps au même instant, ce que l'on peut nommer une sensation d'enveloppe.

L'eau porte le corps qui n'a plus besoin d'engager de la force pour se tenir. Mme M. me dit alors qu' « on se sent toute légère ».

« L'intense mobilisation de la sensorialité dans ses diverses composantes (froid, pression, réchauffement, vision, audition, goût, odorat) apporte au patient des informations très prégnantes en provenance du corps. Ainsi, il peut, avec notre parole, transformer les sensations en perception, donc se les approprier, se les personnaliser »²². Cet extrait fait référence au dispositif de packing mais ne peut-on pas faire la même hypothèse concernant le dispositif de bain utilisé avec Mme M. ? Elle passe en effet d'un bain chaud à une sensation de froid globale lorsque la baignoire se vide (il faut en effet attendre que la

22 PIREYRE E., 2011, Clinique de l'image du corps, p66

baignoire soit presque vide pour ouvrir la porte). Elle dit clairement qu'elle apprécie alors lorsque je viens envelopper ses épaules d'une serviette chaude et que je frictionne son dos. Cette alternance de température vient saisir Mme M. sur toute la surface de son corps qui devient j'imagine très prégnante à son esprit. A ce moment-là, plus besoin de lui demander de porter son attention à son corps, la sensation s'impose à elle. Je constate alors qu'elle se tient debout sans avoir besoin de s'équilibrer en écartant les bras. Son corps n'est donc pas seulement senti, il est perçu et cela lui permet de tenir sa posture.

L'eau et plus largement, le bain, peuvent amener certaines représentations, qui lorsqu'elles sont partagées indiquent le fonctionnement du processus de symbolisation. Lorsque Mme M. me dit « je me sens comme une petite fille », cela m'indique que le vécu actuel de son corps plongé dans l'eau et de ma présence bienveillante convoque chez Mme M. la trace corporelle des soins qu'elle a reçus étant petite. Elle reconnaît dans le dispositif une fonction maternante. Elle est, à cet instant, un sujet avec une identité reconnue, liée entre passé et présent. Il s'agirait donc dans ces séances que je propose à Mme M. de ressentir un bien être ici et maintenant, pouvant évoquer un bien être déjà ressenti dans sa vie, faire ressurgir les traces corporelles de portage qui peuvent devenir des représentations.

C) Vécu corporel du dedans

Je me suis inspirée de la méthode de relaxation dynamique de Jacobson pour faire sentir à Mme M. les dialectiques, dur/mou, contraction/relâchement dans l'idée que la perception de ces extrêmes permettrait de percevoir la possibilité de variation, de focaliser son attention et de percevoir son état « habituel ».

Le fait de contracter puis relâcher le muscle entraîne, avec la répétition, une détente. Le risque de la détente lorsque l'enveloppe est défaillante serait un vécu de dilution du corps, qui serait alors renforcé par la plongée dans l'eau. Mais la contraction et le relâchement répétés amènent également une sensation de la limite du corps. Cette dernière provient de l'action du corps lui-même, c'est une limite que le corps lui-même se donne du dedans. Le dispositif contenant, l'eau, la relation sont les contenants extérieurs. Je souhaitais que Mme M. puisse ressentir la présence d'une face interne à son enveloppe d'où

ma proposition de contractions musculaires.

La contraction des muscles serait au service du sentiment d'enveloppe dans sa fonction de contenance mais également dans sa fonction de barrière protectrice pare-excitante, dans la mesure où l'attention est focalisée. Cela n'a pas été simple pour Mme M. qui pouvait changer de point de fixation très vite, arrêter de répondre à ma proposition et commenter ce qu'elle voyait autour d'elle. Peut-être était-elle en proie à des angoisses qu'elle pouvait fuir en fixant son regard ailleurs que sur son corps. Aujourd'hui ce type d'exercice peut durer jusqu'à cinq minutes, au-delà desquelles je laisse Mme M. profiter de son état de détente en m'éloignant quelques instants jusqu'à ce qu'elle rouvre d'elle-même les yeux et m'interroge du regard sur la suite. Elle verbalise alors qu'elle pourrait y rester jusqu'au lendemain mais qu'elle ne veut pas m'embêter.

Le corps ainsi enveloppé n'est pas pour autant éprouvé comme solide. Pour cela, il faut pouvoir percevoir un intérieur qui tient, un étayage interne. Je pense aux os du squelette qui constituent la charpente du corps. Je n'ai pas encore atteint ce niveau de perception avec Mme M., cela me paraît prématuré, mais je lui propose d'ors et déjà de ressentir ses appuis.

D) Les appuis

Il me semble possible d'influer sur son narcissisme par le toucher, le massage pour redonner du contour, mais aussi par des propositions plus tonique et vive, bouger, éprouver la solidité interne du corps. Le travail sur le tonus, la verticalité, l'ancrage au sol et les appuis permettrait aussi de s'éprouver, de se reconnaître et de se sentir exister. L'axe corporel peut alors être vu en tant qu'affirmation de soi, de capacité de se porter soi-même, d'être debout malgré les perturbations de l'environnement. Le travail de verticalisation et d'équilibre serait aussi un travail d'identité.

« L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité »²³ selon André Bullinger.

Le travail en psychomotricité autour de l'axe corporel, liant les parties du corps entre elles, participe au sentiment de continuité corporelle mais aussi psychique, il invite

23 BULLINGER A., « La genèse de l'axe corporel, quelques repères », in *Enfance*, Tome 51 n°1, 1998. pp. 27-35.

Mme M. à éprouver des sensations de solidité interne. C'est dans la remise en mouvement, à la sortie du bain, que Mme M. va se risquer à exercer ses potentialités. Une fois habillée, elle se laisse entraîner par la musique et peut esquisser des pas de danse bien rythmés, ses pas sont sûrs, ils frappent le sol avec beaucoup plus d'assurance que dans sa marche. Elle prend alors visiblement du plaisir et affiche un large sourire. Il me semble qu'elle est plus à l'écoute de son corps et prend également l'initiative de s'arrêter lorsqu'elle fatigue. Elle pousse alors un long soupir, signant la satisfaction.

L'autre peut être un appui également. Je constate que Mme M. est souvent dans l'imitation. Elle ne comprend pas forcément les mots que j'emploie pour expliquer ce que nous faisons mais elle s'appuie sur moi, en train de faire, pour reproduire les actions et il me semble même parfois qu'elle imite mon état tonico-émotionnel. J'exagère alors malgré moi les manifestations de détente (soupir, abaissement des épaules...) pour qu'elle le vive en miroir et qu'elle puisse ensuite se l'approprier. L'appui sur un autre passe par le dialogue tonique, par le regard, l'écoute et la mise en mots de ce qui se vit.

III/ Le lien avec l'institution

L'institution gériatrique répond bien aux trois premières catégories de besoins décrites par A. Maslow, psychologue américain, à savoir les besoins physiologiques, respirer, manger, boire, les besoins de sécurité et les besoins de repos. Les deux dernières catégories, selon Maslow, sont les besoins affectifs, être aimé, accepté et le besoin de reconnaissance, de réalisation et d'estime de soi. On en revient à la notion de narcissisme. Pour Maslow ces besoins sont inhérents à la vie humaine. J'ai pu constater alors, qu'en institution, il est difficile de subvenir à ces deux dernières catégories de besoins. Encore une fois, il n'est pas question ici de porter un jugement critique sur la qualité d'un accueil mais de réfléchir au vécu des sujets âgés et aux mesures que nous pouvons, en psychomotricité, et en lien avec l'équipe, mettre en place.

A) Place de Mme M. dans l'institution

Pour illustrer le vécu de l'institutionnalisation, je reviens sur l'observation de Mme

M. Elle dit « on » mais finalement rejette le plus souvent l'image de l'autre dégradée. Elle est fondue dans une masse, dans un groupe auquel elle sent qu'elle appartient mais contre lequel elle lutte. Elle a même tendance à attaquer les personnes qui sont ralenties. C'est à dire qu'elle va les pousser avec sa canne ou bien s'énerver verbalement. Attaquerait-elle ainsi ses propres faiblesses ? L'institution lui offrirait un miroir insupportable. Peut-être alors peut-on voir sa confusion quelques fois comme un mode de défense ? Mieux vaut ne plus avoir d'identité que d'accepter qu'une part de soi est à présent défaillant. A d'autres moments, elle peut aussi avoir une attitude très familière avec d'autres résidents. Elle rit en les taquinant du bout de sa canne.

J'ai recueilli plusieurs témoignages de résidents, qui, m'ayant vu avec Mme M. ont souhaité m'en parler. Les moments où elle « joue de la canne » sont vécus comme une agression, même lorsque Mme M. adopte une attitude riieuse. A quoi joue-t-elle dans ces moment-là ? Plusieurs personnes me confient qu'il vaut mieux se méfier de cette dame. Mme G. me rapporte qu'elle a dû demander à changer de table au restaurant car Mme M. était insupportable. « Quoique l'on dise, elle s'oppose, elle n'est jamais d'accord ». Finalement ces témoignages pourraient évoquer une affirmation auprès de ses pairs mais je perçois derrière cette attitude une défense qui ne s'abaisse jamais. Elle s'oppose quoi qu'il arrive. Elle chercherait à se différencier, peut-être, parce qu'elle serait angoissée de perdre son identité dans le groupe et notamment de ressembler aux images dévalorisantes qu'elle voit en l'autre.

Mme M. semble être dans une identification persécutante avec les résidents qui l'entourent et qui peuvent avoir des difficultés visiblement plus importantes qu'elle notamment sur le plan moteur. Cela m'évoque un mécanisme d'identification projective qui est un mécanisme de défense. L'identification projective sera une manière de se sauver face à des agressions, des angoisses, en projetant en l'autre ces dernières. Il s'agit d'une modalité du lien. C'est le groupe qui devrait donner du sens aux angoisses primitives. Or, le groupe, en institution, bouleverse les codes habituels de la généalogie et de la société. Ainsi la distance relationnelle avec ses pairs me semble inadaptée : fondue ou opposée/familière ou agressive.

J'ai recueilli dernièrement le témoignage de deux aides-soignantes qui s'occupent quotidiennement de Mme M. Je me suis alors aperçue que dans sa journée, Mme M. a affaire à trois personnes différentes, ce qui fait en tout, 6 personnes référentes pour elle

avec les deux équipes qui alternent chaque semaine. La vision des deux soignantes concernant Mme M. est teintée de comparaison permanente avec les autres résidents. « Mme M. ce n'est pas la pire, elle est plutôt gentille quand elle n'est pas de mauvaise humeur. ». Je me demande alors comment se sentir un individu lorsque nous sommes perçu comme un parmi d'autre et que nos manifestations sont appréhendées au regard de celles des autres ? Les soignantes me décrivent une dame plutôt affirmée, qui a « du caractère ». Elles évoquent alors des moments de « rébellion » où elle peut être agressive et donner des coups de canne. Elle serait capable de s'opposer lorsqu'elle n'est pas d'accord, ce qui reviendrait souvent. Ainsi, plutôt qu'affirmée, j'imagine que Mme M. se sent fragile et qu'elle s'opposerait pour exister. J'apprends par contre lors de cet échange, que Mme M. est relativement autonome dans les soins de la vie quotidienne. C'est elle qui met et défait sa perruque, son rouge à lèvres, ses bijoux, alors que lorsqu'elle est interrogée dans la journée, elle dit que ce n'est pas elle qui s'en charge.

Mon travail en psychomotricité serait d'amener Mme M. à se sentir suffisamment stable dans son identité, en l'amenant à sentir les limites de son corps, en travaillant également sur la stabilité de ses appuis pour qu'elle ne se sente plus attaquée par l'image d'un autre. Pour que le processus d'identification ne soit plus inconscient et synonyme d'angoisse face aux images dévalorisantes. Je souhaite l'amener par la prise en charge en psychomotricité à se voir et se percevoir telle qu'elle est et non à l'image d'un autre.

Selon S.H. Foulkes : « l'image du corps est reflétée et représentée par le groupe et par ses membres ». C'est donc en cela que je peux dire que Mme M. attaque la partie d'elle-même qu'elle n'aime pas lorsqu'elle attaque l'autre diminué avec sa canne.

Un corps qui n'est pas sien, qui n'est pas fiable, qui n'est pas source de repères relativement constants, c'est la problématique de Mme M. qui de ce fait n'a plus d'identité stable et n'a plus d'intimité. Elle est en difficulté pour s'approprier ce corps, il n'est plus fiable peut-être parce qu'il a été source de plusieurs ruptures nettes, source de pertes dont le deuil n'a pu être achevé et qui fait donc toujours souffrance.

Peut-être ou aussi parce que ce corps est devenu dépendant du soin d'une équipe professionnelle au sein d'une institution et qu'alors, sur un mode défensif, il peut être plus acceptable pour Mme M. de penser qu'elle n'est effectivement plus capable de prendre soin d'elle d'aucune manière ?

Peut-être que le fait de perdre malgré elle les contenus psychiques, ses souvenirs, ce

qui fait son identité historique induit ce défaut de prendre soin. A quoi bon prêter attention à cette enveloppe qui laisse fuir tout ce qui lui importe ?

B) S'affirmer sans s'opposer

Puisque le sentiment d'identité est en lien avec les échanges, il s'agit d'apaiser les échanges avec son environnement. Si je travaille sur la capacité de Mme M. à retrouver son identité, à s'affirmer dans des voies appropriées, à être en lien avec l'autre, il faut nécessairement que je fasse lien avec le reste de l'institution

Danièle Quinodoz nous dit que cet aspect angoissant de la solitude peut être contrebalancé par la découverte, que cette vie unique, nous l'inventons. Chacun invente ses répliques comme il veut et peut improviser. Tout n'est pas fini et il y a encore des répliques à inventer jusqu'au bout. Même dans le fait de pouvoir refuser une rééducation, c'est le choix de la personne qui est en train de se poser et il est important de donner de la valeur à cela. Pouvoir dire non à un moment donné peut être très fructueux et ne pas l'entendre quelque chose de négatif.

J'ai pu constater et j'ai exposé dans ma clinique que lorsque je propose à Mme M. de faire des choix, cela encourage sa subjectivité et a pu faire émerger le « je ».

CONCLUSION

Je vais tenter de conclure et d'apporter ma réponse à la problématique que j'ai posée. Comment puis-je, en psychomotricité, étayer le sentiment d'identité d'une personne âgée et démente en EHPAD ? Comment redonner vie à ce corps qui a perdu sa fiabilité et qui empêche d'avancer ? Ma place n'est pas de traiter une maladie mais bien d'accompagner le sujet à être lui avec la maladie et ses conséquences.

Un point me semble primordial, il s'agit de prendre plaisir avec son corps.

Vouloir en prendre soin, par ailleurs, c'est s'accorder une importance, pour soi et vis à vis de l'autre qui nous voit. Si moi, en tant que soignante, je m'intéresse à son corps dans une dimension de bien être, c'est que ce corps est digne d'attentions...

Pallier au « confinement sensoriel » me paraît primordial. Je pense au plaisir de toucher et d'être touché (par l'eau, par un autre). Mme M. a pu par moment s'appuyer sur moi et se sentir soutenue.

J'espère avoir accompagné au mieux Mme M. dans un réinvestissement d'elle-même et qu'elle pourra bientôt voir l'autre résident comme un autre et non comme un miroir. Qu'elle pourra « éviter » de se fondre dans la masse, au risque de ne retenir que les difficultés de chacun et de se les approprier. Au-delà de la prise en charge individuelle en psychomotricité, il s'agira donc de favoriser les temps d'échange en groupe où chacun puisse s'exprimer, constater que tout le monde est différent. Favoriser aussi le plaisir d'être ensemble. Il y a effectivement une identité de groupe mais il est important de ne pas voir cela comme aliénant, comme c'est malheureusement souvent le cas mais plutôt comme un élément de richesse.

Du bébé que nous avons été au vieillard que nous allons devenir, nous avons une prise de conscience que l'on change sans cesse tout en restant la même personne. Si on a construit cette sécurité de base on peut se laisser surprendre par la surprise. Si ces notions-là sont trop atteintes ou trop souffrantes quand on rencontre le patient, cette idée de surprise ne peut pas survenir dans un premier temps. Il faut pouvoir resécuriser, apporter quelque chose d'une continuité qui permet que la créativité et la continuité adviennent.

Finalement je me rends compte que la problématique identitaire est le cœur de ma pratique psychomotrice. J'ai le sentiment que chaque patient que je vois, enfant, adolescent, adulte ou personne âgée exprime cette difficulté d'être au monde, cette difficulté de se

reconnaître soi et d'être reconnu par l'autre. Chacun l'exprime de différente manière, au travers différents symptômes et c'est par le corps qu'en psychomotricité je m'attache à accompagner ces personnes vers une capacité à vivre sereinement en soi et parmi les autres.

Références bibliographiques

Ouvrages consultés

- CHARAZAC P-M, 2014, La dépendance, de la fusion à la confusion, in Paroles de praticiens en institution, n°8, Erès
- DUJARDIN K. , LEMAIRE P., 2008, Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique, Masson
- LAPLANCHE J. et PONTALIS J-B, (1967), Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, 5ème édition
- LE GOUES G, 1991, Le psychanalyste et le vieillard, PUF
- LESAGE B. 2012, Jalons pour une pratique psychocorporelle, Ed Erès
- PERSONNE M., 2012, Protéger et construire l'identité de la personne âgée – psychologie et psychomotricité des accompagnements, Erès, Pratiques gérontologiques
Chapitre de MAINTIER C., « Une identité à construire et à conserver »
Chapitre de CERIOLI M., « Le maintien identitaire et le paradoxe du protocole institutionnel »
- PIREYRE E., 2011, Paris, Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept, Ed Dunod
- POTEL C., 2009, Le corps et l'eau, Erès
- QUINODOZ D., 2008, Vieillir une découverte, PUF
- ROBERT-OUVRAY S. B., L'enfant tonique et sa mère, Paris, Desclée De Brouwer, 2007
- WINNICOTT D. W., 1969, De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1989

Articles consultés

- BULLINGER A., « La genèse de l'axe corporel, quelques repères », in Enfance, Tome 51 n°1, 1998
- COLSON M-H, 2007, « Âge et intimité sexuelle », in Gérontologie et société , n° 122
- MESSY J., « Interview de jack Messy », in Thérapie Psychomotrice, n°106 p6
- PLOTON L., “Interview de louis Ploton”, in Therapie Psychomotrice, n°160

POTEL C. 2008, « Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi », *Enfance et Psy*, n° 39,
Eres

Autres sources

Organisation Mondiale de la Santé, (2012), La démence : aide-mémoire n°362

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement tous les résidents de l'EHPAD où j'ai effectué mon stage pour la richesse de leurs échanges et pour m'avoir fait saisir tant de choses sur mon futur métier et sur mon futur tout court.

Merci à Mathilde pour m'avoir ouvert cette porte, pour m'avoir fait confiance tout au long de l'année et avoir partagé des temps forts en prise en charge.

Merci à Emilie, ma référente sur ce stage, qui a su trouver sa place pour m'accompagner et me soutenir toute l'année.

Merci à Laurence pour son accompagnement dans la réflexion clinique, ses encouragements, ses interrogations qui m'ont fait avancer dans la rédaction de ce mémoire.

Merci à toutes mes maîtres de stage depuis deux ans, Sylvie, Caroline, Lydia, Cécile et Karine qui ont su partager leur psychomotricité, leurs séances, leurs patients et m'ont permis de comprendre que chaque psychomotricien est unique, chacune avec sa façon d'appréhender le soin, puisque notre outil est notre corps en relation avec les patients.

Merci à mes deux hommes qui m'ont soutenue dans mon projet d'étude malgré les aléas de mon humeur. Merci à eux de m'avoir offert des temps pour souffler, pour vivre simplement le moment présent.

Merci Maman pour tes relectures, tes interrogations et ton enthousiasme quand je t'explique mon travail. Merci pour ton grand soutien dans tous mes projets de vie.

Un grand merci à mes amies psychomot', à mes amies tout court, pour leur soutien dans cette année difficile et pour tous les moments de répit que nous nous sommes offerts au cours de l'année.

« La nuit tous les vieux sont gris »

Etayage identitaire de la personne âgée démentée en EHPAD par la thérapie psychomotrice.

RESUME

L'avancée dans le grand âge implique un travail du vieillir qui peut être, pour certaines personnes, pathologique. La démence, quant à elle, amène une problématique de discontinuité d'existence. Et, pour finir, être en institution c'est être dépendant et voir se modifier le regard de l'autre et son propre regard sur soi.

Ces trois facteurs, subis par certains résidents d'EHPAD, amènent un vacillement identitaire difficile à négocier.

Je propose, à travers le récit de ma rencontre avec Mme M., de saisir le vécu de cette dame et d'explorer une possibilité d'étayer son sentiment d'identité, en psychomotricité, grâce à un dispositif que je voudrais contenant : le bain thérapeutique.

MOTS-CLES

Psychomotricité, Identité, Vieillesse, Démence, Institution, Bain thérapeutique, Contenance, Appuis, Cadre