



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

« Je n'ai plus de « chez-moi » » :
vers un (ré)appivoisement de l'image du corps vieillissant en thérapie psychomotrice
auprès d'une personne âgée

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

Par : Tabarant Clarine

Juin 2019

N° 1528

Directeur du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

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

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

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

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

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Stéphanie VIALE
Psychomotricienne

Responsables des stages
Mme Christiane TANCRAY, Mme Aurore JUILLARD
Psychomotriciennes

Secrétariat de scolarité
Mme Pascale SACCUCCI

REMERCIEMENTS

À l'équipe pédagogique qui m'a permis de construire un bagage théorique nourri de témoignages cliniques et de découvrir chaque jour davantage, avec passion, le métier de psychomotricien.

Aux différents maîtres de stage et professionnels de santé que j'ai rencontrés au cours de mes stages et qui m'ont fait partager leur quotidien, leur réflexion, leur expérience auprès des patients. Nos échanges théorico-cliniques ont largement contribué à forger mon identité de future psychomotricienne.

Aux patients grâce auxquels j'ai énormément appris et avec qui j'ai apprécié travailler. Ces rencontres ont constitué une assise qui s'est progressivement consolidée.

À ma maître de stage de l'EHPAD qui m'a accueillie chaleureusement durant cette troisième année de formation et qui, en me faisant partager son expérience passionnée auprès des âgés, m'a incitée à m'impliquer, approfondir ma réflexion et acquérir de l'autonomie. Nos nombreux échanges et réflexions ont fait naître en moi l'envie de traiter de cette clinique à travers ce mémoire.

À ma maître de mémoire avec laquelle j'ai apprécié échanger, élaborer et nourrir mon projet de mémoire. Ses relectures et ses précieux conseils m'ont aidée à orienter ce travail.

À ma famille et en particulier mes parents pour leur fidélité, leur affection et leur soutien sans faille depuis toujours, dans les réussites comme dans les épreuves. Ma personnalité et mon orientation vers le métier de psychomotricienne sont largement empreints de leurs enseignements et des valeurs qu'ils m'ont transmises.

À mes amis et en particulier mon groupe d'amies de promotion qui a ponctué ces trois années de discussions passionnées, de rires, de moments d'amitié inoubliables. Leur bienveillance et leur humanité feront d'elles des psychomotriciennes hors pair.

À mon fidèle allié qui m'a vue construire ma posture de psychomotricienne et a été une oreille attentive. Ces trois années n'auraient pas été telles qu'elles l'ont été sans les moments complices que nous avons partagés ensemble.

*« L'image du corps intègre les traces de ce qui nous a affecté,
de la façon dont nous nous sommes engagés et mobilisés.
C'est une archive en perpétuel remaniement, avec ses zones
obscurées fixées, ses cicatrices et ses enkystements »,*

B. Lesage, 2012

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE.....
INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE.....	3
I- L'IMAGE DU CORPS : DÉFINITIONS ET CONSTRUCTION.....	3
1) Définitions historiques.....	3
2) Schéma corporel : analyse distinctive	5
3) Genèse.....	5
1. Soubassements neurologiques : de la coenesthésie à l'image du corps	5
1.1. La cénesthésie (Hübner et Schiff)	6
1.2. Le sens des attitudes (Bonnier) et le schéma postural (Head).....	6
1.3. L'image du corps (Schilder, Lhermitte).....	7
2. Soubassements psychologiques : la constitution de l'image inconsciente du corps (Dolto).....	8
II- L'IMAGE DU CORPS ET SES REMANIEMENTS AU COURS DU VIEILLISSEMENT	10
1) Au fil des années : sur le chemin de la maturation psychocorporelle	10
1. Les modifications morphologiques et physiologiques liées au vieillissement.....	10
2. Le vieillissement psychomoteur et cognitif.....	11
3. À l'épreuve du vieillissement : quelques aspects psychodynamiques.....	14
4. L'image sociale du sujet vieux.....	16
2) L'articulation entre image du corps et image de soi	17
1. Définitions de l'image de soi.....	17
2. Image de soi, estime de soi et influence du vieillissement.....	18
III- QUELQUES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES FACE AUX TROUBLES DE L'IMAGE DU CORPS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE.....	19
1) Psychothérapie	20
1. Appréciation et évaluation de l'image du corps.....	20
2. Entretiens psychologiques face aux troubles de l'image du corps et de soi chez la personne âgée	20
2) Psychomotricité.....	22
1. Appréciation et évaluation de l'image du corps.....	22

2. Thérapie psychomotrice face aux troubles de l'image du corps et de soi chez la personne âgée	23
3) Autres thérapies à médiation.....	24
1. Tai Chi Chuan.....	24
2. Zoothérapie.....	25
3. Art-thérapie	26
PARTIE CLINIQUE	27
I- PRÉSENTATION DE L'EHPAD.....	27
II- ÉTUDE DE CAS : MADAME C.....	28
1) Anamnèse et entrée en EHPAD	28
2) Projet de soin et suivis	30
3) Ma première rencontre avec Madame C.....	31
4) Soins psychomoteur : extraits cliniques	33
III- ÉTUDE DE CAS : MADAME A.	39
1) Anamnèse et entrée en EHPAD	39
2) Projet de soin et suivis	41
3) Ma première rencontre avec Madame A.	43
4) Soins psychomoteur : extraits cliniques	45
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE	51
<u>SECTION A</u> : DISCUSSION ET ANALYSE DES ÉTUDES DE CAS	51
I- VÉCU ET ÉPROUVÉ DU CORPS VIEILLISSANT	51
1) Une version inédite de soi.....	51
2) Les plaintes somatiques	51
II- LES DYNAMIQUES COMPARATIVES À L'ŒUVRE : SOI AVANT/SOI MAINTENANT	52
1) Résurgences du passé	52
2) Comparaison temporelle	53
III- EXPÉRIENCE ET IMAGE SPÉCULAIRES : L'IMAGE DU CORPS À TRAVERS LE REGARD DE L'AUTRE	53
1) Le stade du miroir d'après Lacan.....	53
2) Rôle et représentations sociétales du vieillard	54
3) Identification ou non identification aux congénères	54
IV- ATTEINTES NARCISSIQUES ET DYNAMIQUES DÉPRESSOGÈNES CHEZ L'ÂGÉ	55

1) Stigmates du vieillissement et dépréciation.....	55
2) Moi Hideur de Messy et fatigue existentielle	56
V- IMAGE DU CORPS FRAGILISÉE ET DIFFICULTÉS DE DÉLIMITATION	57
1) Figuration du corps : le dessin du personnage, une illustration du rapport au corps et sa symbolisation.....	57
2) Une enveloppe corporelle lacunaire	58
SECTION B : DANS L'ESPACE EN PSYCHOMOTRICITÉ, COMMENT APPRIVOISER UN CORPS VIEILLISSANT, UNE IMAGE DU CORPS ET DE SOI EN MUTATION ?.....	60
I- TISSAGE D'UNE RELATION ÉTAYANTE ET CONTINUITÉ D'EXISTENCE	60
1) Fonction alpha et moi auxiliaire : aperçu de concepts bioniens.....	60
2) Préservation du sentiment de continuité d'existence.....	61
II- UN ESPACE « SUFFISAMMENT BON » : FONCTIONS MATERNANTES ET GUIDANCE.....	62
1) Accueil des manifestations corporelles et discursives.....	62
2) Des représentations choses aux représentations mots	62
III- ACCUEIL DU CORPS « EN QUÊTE DE FIGURATION ».....	64
1) Interface transitionnelle	64
2) Retour aux vécus corporels et tentatives d'élaboration	65
IV- LIMITES CORPORELLES ET CONTENANCE PSYCHIQUE VIA LE TOUCHER	66
1) Repérage et conscience corporels	66
2) Plaisir et bien-être corporels	67
V- IDENTITÉ ET EXPRESSIVITÉ VIA L'EXPRESSION CRÉATRICE.....	67
1) Connaissance de soi et potentiel créatif.....	67
2) Expression et valorisation de soi.....	68
VI- (RE)CONNAISSANCE ET DÉPLOIEMENT DES POTENTIALITÉS PSYCHOMOTRICES.....	69
1) Vers un vieillissement actif.....	69
2) Repérage et stimulation des capacités psychomotrices	70
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE.....
TABLE DES ANNEXES

LEXIQUE

A.G.G.I.R. : Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources

D.S.M. : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (traduction : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux)

E.G.P. : Examen Géronto-Psychomoteur

E.H.P.A.D. : Établissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes

E.M.D.R. : Eye Movement Desensitization and Reprocessing (traduction : Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)

M.M.S.E. : Mini Mental State Examination

O.M.S. : Organisme Mondial de la Santé (traduction : Mini Examen de l'État Mental)

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Durant ces trois années d'études en psychomotricité, j'ai rencontré des sujets traversant diverses périodes de vie, chacun avec leur singularité. De l'aube de la vie à l'approche des ultimes instants, j'ai exploré et mobilisé chaque jour davantage ma réflexion pour affiner ma posture de psychomotricienne en devenir. J'ai ainsi organisé mes stages cliniques de façon à faire le lien entre les enseignements théoriques et la pratique clinique. Ce fut avant tout une opportunité de revisiter les phases qui jalonnent, chronologiquement, une vie. En entrant dans le champ de la pathologie et du déficit, j'ai pu percevoir et expérimenter les différentes modalités d'action et d'accompagnement spécifiques au psychomotricien.

Au cours de cette dernière année de formation, j'ai effectué un de mes stages cliniques au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Ma rencontre avec des personnes vieillissantes en perte d'autonomie, là où je prenais progressivement la mienne, m'a confrontée inévitablement à la question de la perte et de la mort. Toutefois, à l'image d'un passeur et animée d'un élan vital, je me suis employée à observer attentivement et proposer un espace-temps permettant d'aborder autrement, pour chacun d'eux, le vieillissement et son cortège de remaniements. L'être, quels que soient les bouleversements qu'il vit et sa manière de les appréhender, a des ressources et des capacités à mobiliser, (r)éveiller, (ré)apprivoiser pour « faire vivre l'identité » (Joulain, 2011, p. 28).

In fine, face au corps vieillissant et dévalorisé par nombre d'âgés, je me suis questionnée sur la façon dont le psychomotricien peut contribuer à un (mieux-)être psychocorporel en entretenant le lien entre l'une et l'autre des instances, corps et psyché. Ceci résulte en fait de ma rencontre avec Madame C. et Madame A. Chez chacune d'elles, à l'abord du cinquième âge, j'ai perçu un corps éprouvant et difficile à éprouver, l'une entretenant un rapport distant à son corps et ses sensations au profit d'une survalorisation du thérapeute et l'autre témoignant d'un vécu et d'un investissement corporels particulièrement empreints de ses mouvements dépressifs.

Mon questionnement s'est alors affiné et orienté vers la façon dont le psychomotricien peut étayer le sujet dans l'habitation et l'incarnation de son corps, en en percevant, d'une part, ses caractéristiques et ses contours et, d'autre part, ses potentialités créatives et expressives. Ceci m'a conduite à formuler la problématique suivante qui sera le fil

conducteur du présent mémoire : **en quoi l'espace en psychomotricité permet d'apprivoiser et (re)valoriser l'image du corps et de soi chez un sujet âgé en EHPAD ?**

Ainsi, je vais tout d'abord introduire le concept d'image du corps en retraçant les théories majeures élaborées par divers auteurs. Je soulignerai ensuite les évolutions sensibles dont cette image fait l'objet à des instants charnières de la vie, en particulier au cours du vieillissement. Je proposerai donc un aperçu des différents remaniements psychocorporels inhérents au vieillissement.

Dans un second temps j'inviterai le lecteur à faire la connaissance de Madame C. puis Madame A. au travers des informations que j'ai recueillies et surtout des observations issues des séances de psychomotricité de ces six derniers mois.

J'achèverai mon propos par une réflexion théorico-clinique permettant d'abord de questionner et d'analyser les extraits des séances avec Madame C. et Madame A. relatés précédemment, en m'appuyant sur des apports théoriques variés. Ensuite, j'expliquerai ce qui se tisse et se déploie au sein du dispositif psychomoteur entre thérapeute et patient âgé, expérience singulière qui permet un (re)apprivoisement d'un corps en mutation, sensible, expressif, créatif et inventif.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

IMAGE DU CORPS ET VIEILLISSEMENT

I- L'image du corps : définitions et construction

1) Définitions historiques

L'image du corps est « à la charnière du corps physique et du soi psychique » d'après Sanglade (1983). Cette notion a été théorisée par de nombreux auteurs au cours des XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, qu'ils soient physiologistes, psychanalystes, neurologues ou médecins. Les apports et réflexions de Freud, Schilder, Federn, Dolto, Anzieu et Pireyre ont permis de tracer les contours de la notion d'image du corps. Chacun a tenté d'éclaircir le concept, dissiper les confusions et approfondir la réflexion de ses prédécesseurs.

On retrouve les prémises de cette notion dans les textes fondateurs freudiens. En effet, Freud, dans les années 1920, développe l'idée que « le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface » (Freud, 1981, p. 238). Il précise ceci en ces termes :

« Le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source à la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et (...) il représente la surface de l'appareil mental » (Freud, 1981, p. 238).

S'intéressant à la frontière Moi normal/Moi pathologique, Federn a repris la théorisation freudienne, dans les années 1950, en définissant « le sentiment du Moi » tel un sentiment ancré en soi et façonné par les expériences vivantes. C'est « une entité concrète en relation avec la continuité de la personne au regard du temps, de l'espace et de la causalité... c'est la totalité du sentiment qu'on a de sa propre personne vivante » (Federn & Weiss, 1979, p. 66).

Dans les années 1950, Schilder rectifie et réactualise sa définition initiale de l'image du corps particulièrement critiquée et s'apparentant plutôt au concept de schéma corporel dont la distinction sera faite ultérieurement via l'image inconsciente du corps théorisée par Dolto. D'après lui, l'image de notre corps est celle que « nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations

nous sont données [en provenance de toutes les parties du corps]. Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps » (Schilder, 1980, p. 35).

Dans les années 1980, D. Anzieu, à travers le concept de « Moi-Peau », a aussi contribué à l'enrichissement de l'image du corps. Le psychanalyste a ainsi retracé la constitution de l'enveloppe corporelle. L'expérience du Moi-Peau serait originaire et un sous-bassement à la formation de l'image corporelle. Anzieu précise ainsi sa réflexion :

« En mettant l'accent sur la peau comme donnée originaire à la fois d'ordre organique et d'ordre imaginaire, comme système de protection de notre individualité en même temps que comme premier instrument et lieu d'échange avec autrui, je vise à faire émerger un autre modèle, à l'assise biologique assurée, où l'interaction avec l'entourage trouve sa fondation et qui respecte la spécificité des phénomènes psychiques par rapport aux réalités organiques comme aux faits sociaux » (p. 60).

Plus récemment, E. Pireyre (2015), psychomotricien, a développé sa conception de l'image du corps, riche de ses expériences cliniques en particulier en pédiatrie. L'image du corps s'enrichit d'un adjectif et devient « l'image composite du corps ». Dans le souci de synthétiser les apports de ses prédécesseurs et établir une définition complète, il distingue neuf sous-composantes formant « l'image composite du corps » (Pireyre & Delion, 2015, p. 48) dont certaines font l'objet de modifications au cours du temps :

- La sensation de continuité d'existence
- L'identité
- L'identité sexuée
- La peau physique et psychique
- La représentation de l'intérieur du corps
- Le tonus
- La sensibilité somato-viscérale ou sensorialité
- Les compétences communicationnelles du corps
- Les angoisses corporelles archaïques

Pour conclure, C. Montani et M. Ruffiot (2009) relèvent que l'image du corps est façonnée par le parcours de vie telle la « synthèse vivante » des multiples expériences faites par l'individu. Ainsi, « l'image du corps peut alors être considérée à la fois comme le socle fantasmatique de la subjectivité et comme un outil communicationnel autorisant le passage de la représentation de chose à la représentation de mot » (p 105).

2) Schéma corporel : analyse distinctive

F. Dolto (1984) développe sa conceptualisation en vue de clarifier les deux termes associés jadis par P. Schilder. Elle débute son célèbre ouvrage, *L'image inconsciente du corps*, en postulant une distinction entre « schéma corporel » et « image du corps ». Ce postulat fait suite à l'exposé de quatre cas chez lesquels cohabitent un schéma corporel sain et une image du corps pathogène. Voici là le point de départ de sa réflexion. Elle établit alors les caractéristiques propres à chaque notion. Le schéma corporel est une « réalité de fait » (p.18), anatomophysiologique, semble-t-il universel puisqu'il « spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce » et « est le même pour tous » (p. 22). L'image du corps est plus subjective et même élaborée à partir des liens intersubjectifs du sujet, elle est « éminemment inconsciente ». C'est « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant » (p. 22) qui enregistre les expériences émotionnelles singulières. Néanmoins, elle repère que l'image du corps se déploie à partir du schéma corporel comme support : « c'est grâce à notre image du corps portée par – croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » (p. 23).

F. Dolto a particulièrement œuvré à la distinction des notions d'image du corps et de schéma corporel, sans instaurer une dichotomie. D'après C. Montani et M. Ruffiot (2009), dans cette même perspective, le schéma corporel serait « une sorte d'étai à l'expression d'un ensemble de processus psychiques plus subjectivés, pétris de vécus et de fantasmes personnels qui constituent l'image du corps » (p. 105). On perçoit ainsi le passage de la perception, la réception et l'accueil à la surface et au sein du corps (schéma corporel) à la subjectivité, à l'imaginaire et au fantasmatique dans un registre plus secondarisé (image du corps).

3) Genèse

1. Soubassements neurologiques : de la coenesthésie à l'image du corps

En amont des travaux sur les soubassements neurologiques de l'image du corps, les neurologues se sont intéressés à la cénesthésie, au sens des attitudes et au schéma corporel. Ces théorisations ont contribué à l'émergence de la notion d'image du corps. Les

paragraphes suivants synthétisent les principaux apports scientifiques et ne retracent donc pas la totalité des réflexions sur le sujet.

1.1. La cénesthésie (Hübner et Schiff)

C. Morin réactualise la théorie du Docteur Hübner qui, à la fin du XVIIIème siècle a défini le terme coenesthésie de la façon suivante : il s'agit d'« une sensibilité générale (Gemeingefühl), qui représente à l'âme l'état de son corps alors que la sensibilité la renseigne sur le monde externe et que le sens interne (inner Sinn) donne représentations, jugements, idées et concepts » (cité dans Morin, Thibierge, & Derouesné, 2014, p. 19) . Un siècle plus tard, Schiff approfondit ces travaux et explicite la façon dont s'élabore la cénesthésie. D'après lui, les informations environnementales qui affleurent à la surface du corps sont traitées et intégrées à d'autres « sensations primitives » précédemment vécues. La cénesthésie est une « sensation réflexe » dont il décrit le mécanisme de la façon suivante :

« Une seule sensation peut éveiller une chaîne infinie de sensations centrales d'images sensorielles et comme toute notre pensée se met dans de telles images (...), il s'ensuit qu'une sensation peut produire une série de pensées qui, réunies aux sensations primitives, doivent compléter ou plutôt constituer la cénesthésie » (Morin & Thibierge, 2004, p. 420).

1.2. Le sens des attitudes (Bonnier) et le schéma postural (Head)

Au début du XXème siècle, Bonnier, psychiatre et neurologue français, constate que ses prédécesseurs ont surtout exploré la représentation du corps en mouvement et se questionne alors sur la représentation du corps quelle que soit sa position, inerte ou mobile. C'est ainsi qu'émerge sa théorie du « sens des attitudes » comme capacité du sujet à percevoir le positionnement des diverses parties de son corps. Ainsi, d'après lui, il « nous fournit la notion du lieu de chaque partie de nous-mêmes et forme la base de toute orientation, tant objective que subjective et psychique. Il a pour objet la figuration topographique (schéma) de notre moi » (cité dans Morin, Thibierge, & Derouesné, 2014, p. 21). Le terme « schématisé » qu'il propose ensuite laisse entrevoir la notion de schéma qui va alors être reprise par Schilder plus tard.

H. Head, neurologue anglais, définit le schéma postural (ou schéma corporel) telle une topographie du corps offrant « la sensation de la position du corps, l'appréciation de la direction du mouvement et le maintien du tonus postural » (Bernard, 1995, p. 35). Via l'étude des lésions cérébrales et leur retentissement sur la représentation du corps, Bonnier et Head ont ainsi révélé que cette représentation s'établit dans l'hémisphère droit. Le cortex sensoriel engramme un stock d'informations sensorielles qui se densifie au gré des expériences. Il y a ainsi un véritable « standard postural » qui ne cesse de se façonner et qu'il définit ainsi :

« Comme nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-mêmes en constante transformation. Chaque nouvelle posture ou mouvement vient s'enregistrer sur ce schéma plastique, et l'activité corticale met en relation avec lui chaque nouveau groupe de sensations évoquées par la posture nouvelle. Il s'ensuit une connaissance immédiate de la posture » (cité dans Schilder & Gantheret, 1980, p. 36).

Ainsi, via les conceptions avancées par Bonnier puis Head au début du XX^{ème} siècle, on assiste à l'émergence de la notion de « schéma » et de représentation topographique du corps, constamment réactualisée.

1.3. L'image du corps (Schilder, Lhermitte)

En 1935, Schilder, neurologue et psychiatre anglais, donne naissance à « l'image du corps ». Malgré une distinction confuse du schéma corporel, Schilder s'affranchit du « schéma postural » défini précédemment par Head. Il insiste alors sur le caractère perceptif et non seulement postural de la représentation du corps. Il s'agit en fait d'une entité dynamique où se mêlent représentation, sensorimotricité et perception. D'après lui, l'image du corps est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont le corps nous apparaît à nous-mêmes ». Il poursuit en indiquant qu'il y a « un apparaître à soi-même du corps, terme qui indique aussi que bien que passant par les sens ce n'est pas là pure perception et bien que contenant des images mentales et des représentations ce n'est pas là pure représentation » (Schilder, 1980, p. 35).

À partir des théories waloniennes, J. Lhermitte, neurologue français, définit l'image du corps à l'orée des années 1940 :

« Chacun de nous possède effleurant au seuil de sa conscience, une image, un schéma tridimensionnel de son corps ; c'est grâce à l'existence de cette image de notre corps qu'il nous est possible de sentir, de percevoir, enfin de développer notre action sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure » (p. 15).

Il s'intéresse tout particulièrement aux structures cérébrales responsables de cette formation, insistant sur son caractère acquis. Pour cela, il explore les altérations de l'image corporelle consécutives à des lésions cérébrales notamment pariétales droites. Néanmoins, de ces explorations il conclut qu'« il serait bien vain de chercher à découvrir dans le système nerveux un dispositif fixe et rigide comme soutien organique d'une image si variable, si chargée de sens et d'histoire que l'est en réalité l'image de notre corps » (cité dans Morin & Thibierge, 2004, p. 40). Ainsi, ce n'est pas une représentation immuable mais bien une entité dynamique telle que l'a pointé Schilder qui se construit historiquement au gré des expériences du sujet.

D'après C. Morin (2004), neurologue française, l'image du corps en neurologie actuelle (début du XXI^{ème} siècle) correspond à « des représentation verbales multiples du corps, de ses différentes parties et de ses rapports spatiaux à celui d'autrui » (p. 419) élaborée par certaines aires de l'hémisphère cérébral gauche. En effet, Buxbaum et Coslett, dont elle reprend les apports, révèlent que les personnes souffrant d'autotopagnosie, incapables de localiser verbalement les différentes zones du corps propre, d'autrui ou sur représentation, présentent en fait des lésions hémisphériques gauches.

In fine, elle conclut que l'identification des bases cérébrales et neurales de l'édification de l'image du corps est particulièrement complexe du fait de l'aspect dynamique de cette entité et de l'association entre fonctionnement neurologique et psychique.

2. Soubassements psychologiques : la constitution de l'image inconsciente du corps (Dolto)

Les étapes du développement de l'image du corps retracées dans les paragraphes suivants sont le fruit d'une théorisation de F. Dolto (1984), inspirée des travaux freudiens. En effet, selon elle, le développement de l'image du corps suit l'itinéraire des différents stades freudiens, précédés d'un stade anténatal : fœtal, oral, anal, phallique œdipien.

Selon Dolto, une image du corps fœtale se développe durant la grossesse, dans le lien qui relie la mère à son enfant. Le fœtus croît en percevant divers stimuli. Elle émet l'hypothèse d'un désir inconscient génitrice-fœtus, l'image du corps est ainsi fondamentalement inconsciente et innée. La naissance crée une première séparation mère-nouveau-né par l'éjection de la cavité utérine et « la section du cordon ombilical » (p. 90). Ensuite, l'émergence de l'image du corps orale se fait par distanciation du « corps à corps » par rapport au parent, ce qu'elle désigne comme un « sevrage du corps à corps nourricier » (p. 72). Cette image se déploie durant la première année de vie. L'image du corps anale qui succède, jusqu'à l'âge de 2 ans, se traduit par l'introduction de « l'interdit de nuire » (p. 108) à soi-même et au monde environnant. Ensuite, l'image du corps se déploie au-delà de la deuxième année de vie, marquée par la castration primaire. C'est une période où l'enfant reconnaît la différence des sexes. Pour finir, l'image du corps œdipienne correspond au stade de l'Œdipe où « l'interdiction de l'inceste » (p. 186) est posée comme fondement.

En fait, d'après la pensée doltoienne, l'image du corps mature au gré de castrations dites « symboligènes » qu'elle définit ainsi : la castration symboligène est « un processus qui s'accomplit chez un être humain lorsqu'un autre être humain lui signifie que l'accomplissement de son désir, sous la forme qu'il voudrait lui donner, est interdit par la Loi » (p. 78).

In fine, l'image inconsciente du corps est dynamique et est la synthèse de trois composantes mobilisées continuellement au gré des expériences de vie du sujet :

- Image de base : c'est une image première qui inscrit l'enfant, dès la naissance, dans une continuité d'être, une « mêmeté d'être » tel un « héritier symbolique du désir des géniteurs qui l'ont conçu » (p. 50). C'est une base narcissique et constitutive du sentiment d'existence.
- Image fonctionnelle : elle se fonde sur le désir du sujet et impulse donc l'action en vue de l'obtention d'un plaisir. Elle correspond à la mise en mouvements du schéma corporel.
- Image érogène : elle correspond au « plaisir ou déplaisir érotique » (p. 57) ressenti par le sujet dans la relation à l'autre.

Cette approche peut apparaître comme une préconception ou une base mais il est essentiel de rappeler une nouvelle fois que ces différentes strates sont sans cesse réactivées par les

événements qui jalonnent la vie de chacun. D'après Dolto, « l'image du corps est la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images. » (p. 57).

II- L'image du corps et ses remaniements au cours du vieillissement

1) Au fil des années : sur le chemin de la maturation psychocorporelle

De nombreuses définitions du vieillissement, terme général et polysémique, existent. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), « le vieillissement est un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps ». Le vieillissement est donc inhérent à la vie, à partir de la naissance d'un organisme vivant jusqu'à sa mort. Il est à la fois universel et singulier puisque, d'un point de vue macroscopique, il se traduira de façon différente d'un sujet à un autre et d'un point de vue microscopique, le vieillissement des organes et même des plus petites cellules du corps humain variera d'un organe à un autre, d'une cellule à une autre. Selon les trajectoires individuelles, le vieillissement et ses conséquences diffèrent sensiblement d'une personne à une autre, au niveau physique, psychologique et cognitif.

1. Les modifications morphologiques et physiologiques liées au vieillissement

- Les marqueurs corporels externes

Le corps se modifie au fil des années, de façon plus ou moins hétérogène et progressive.

Tout d'abord, une perte de poids et de taille (variable d'une personne à l'autre) s'observe, liée notamment à une diminution de la musculature et de la masse maigre au profit de la masse grasse mais aussi à une baisse d'épaisseur de disques intervertébraux de la colonne vertébrale. Ceci retentit alors sur la posture du sujet, plus vouté, et sur ses capacités fonctionnelles qui s'altèrent. Une diminution de la force musculaire s'observe et un ralentissement psychomoteur s'opère. Ainsi, la gestuelle et la locomotion se modifient.

Au niveau cutané, la peau s'amincit et des rides se dessinent, traduisant une perte d'élasticité de la peau. Elle devient plus sèche et plus fragile (sensibilité accrue aux coupures, pressions...). Les cheveux deviennent grisonnants du fait de la baisse de production de mélanocytes. (Mias, 1997)

- Les modifications physiologiques et sensorielles

Les différents systèmes et métabolismes du corps humain se modifient au cours du vieillissement. Ceci est à l'origine des changements apparents évoqués précédemment.

Tout d'abord, le système nerveux subit diverses modifications. Une diminution progressive du nombre de neurones et de certains neurotransmetteurs s'opère. Par exemple, la baisse de la production de mélatonine joue un rôle dans la diminution du sommeil et la modification du rythme circadien chez la personne âgée. On observe une altération de la conduction neuronale qui influe sur les temps de traitement et de réaction.

Concernant les systèmes cardiovasculaire, respiratoire et digestif, des modifications structurales se produisent. Le remplissage du cœur en sang est moins performant car le myocarde perd en élasticité et contractilité. La capacité ventilatoire et la compliance pulmonaire diminuent, les muscles respiratoires sont moins volumineux. La diffusion du dioxygène au sein de l'organisme est moins efficace. Au niveau digestif, les phases du mécanisme sont ralenties, le flux salivaire est diminué et le transit intestinal est plus lent.

Enfin, les effets du vieillissement se traduisent également au niveau des organes sensoriels. La vue s'altère progressivement avec notamment une baisse d'accommodation du cristallin. La cataracte et/ou la presbytie sont plus fréquentes. Une perte d'audition, plus ou moins importante, se manifeste et touche en particulier les sons aigus. La sensibilité proprioceptive est diminuée mais elle est davantage liée à l'altération de la conduction neuronale mentionnée précédemment. (De Jaeger, 2018)

2. Le vieillissement psychomoteur et cognitif

Le vieillissement se traduit également au niveau psychique et cognitif. Néanmoins, des variations interindividuelles sont particulièrement observables. En effet, ce sont des aspects influencés par l'histoire de vie, le profil intellectuel et la structuration psychique et cognitive

de chaque individu. Le vieillissement cognitif est influencé à la fois par les processus biologiques désignés précédemment et par des aspects plus subjectifs, liés à l'histoire de vie.

- Le vieillissement psychomoteur

Au niveau psychomoteur, on observe une variation de force, de souplesse et d'amplitude des mouvements. Ils tendent à se réaliser plus lentement. Ceci est très variable d'un individu à l'autre et selon l'action effectuée. De nombreux auteurs ont tenté d'expliquer l'augmentation du temps de réaction et la diminution de la vitesse du mouvement. Ils ont alors soulevé l'implication (directe ou indirecte selon les théories) de la dégradation du système nerveux central dans ce ralentissement psychomoteur.

Lorsque la tâche se complexifie et que différents stimuli sont à prendre en compte pour formuler une réponse motrice, le sujet âgé a un temps de traitement et de programmation plus long. Ensuite, la personne âgée proposera une réponse motrice plus précise que rapide, contrairement à un sujet plus jeune.

Concernant l'équilibre, il devient plus précaire avec l'avancée en âge, entraînant une certaine dépendance et/ou une réduction des déplacements. Les études montrent également une hausse des chutes en lien avec cette instabilité posturale aux origines multiples (neurologiques, sensorielles...). L'équilibre statique est moins stable avec une hausse des oscillations autour du point d'équilibre. Le sujet âgé est moins réactif lorsque des changements brutaux se produisent dans son environnement, la rééquilibration et les réflexes sont moins opérants. Sa marche apparaît plus lente, moins assurée et nécessite plus d'énergie et d'attention. Les pieds s'élèvent moins et le temps d'appui bipodal est allongé.

Enfin, les coordinations dans les tâches complexes ou rapides sont moins efficaces. La coordination de divers groupes musculaires est plus complexe. Néanmoins, la qualité des coordinations est très variable, certains sujets âgés sont performants dans les tâches de pointage, par exemple. (Aubert & Albaret, 2001)

- Le vieillissement cognitif

De façon globale, une baisse des performances cognitives et intellectuelles est notable au cours du vieillissement. La vitesse de traitement des informations est réduite, ce qui se traduit par un laps de temps plus ou moins long pour formuler une réponse motrice et/ou verbale. Une action met progressivement plus de temps à être exécutée.

Les capacités attentionnelles sont également moins efficaces, la personne âgée est en difficulté pour synthétiser simultanément un ensemble d'informations (attention divisée). Ceci est notamment corrélé au vieillissement visuel (poursuite visuelle, accommodation, capture moins efficaces). La difficulté à inhiber les informations non pertinentes entrave également le traitement d'un stimulus.

Enfin, une altération des performances mnésiques se manifeste au cours du vieillissement. Elle affecte en particulier la mémoire à court terme, et ce dès la première étape du processus. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, les systèmes sensoriels sont moins efficaces. Cela induit donc une détection du stimulus plus tardive et de moins bonne qualité. L'analyse et l'encodage qui succèdent sont également plus lents et complexes (Bertsch, Lobjois, Maquestiaux, & Benguigui, 2005).

- Vers le vieillissement pathologique : la démence et la dépression chez la personne âgée

Lorsque plusieurs fonctions cognitives et mentales (pensée, mémoire, orientation, compréhension...) sont ralenties ou altérées de façon conséquente, les professionnels de santé peuvent suspecter un syndrome démentiel. En effet, la démence est un trouble neurocognitif majeur, à distinguer d'un syndrome confusionnel aigu. Plusieurs types de démence existent selon la cause (maladie d'Alzheimer, Parkinson, Huntington...). L'étiologie la plus fréquente est une neurodégénérescence. Les autres types de démence sont d'origine vasculaire, toxique, infectieuse... Selon l'O.M.S. (2017), « la démence est un syndrome dans lequel on observe une dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités quotidiennes ». Les symptômes varient d'un sujet dément à l'autre, selon l'étiologie et l'avancée de la maladie (expression graduelle des symptômes). Dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, cité sur le site Psychomédia, 2015), le premier critère est « un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif ou plus ». Elle affecte donc plus ou moins le langage (aphasie), la mémoire (agnosie), les fonctions exécutives, l'attention, l'apprentissage, le repérage spatio-temporel... Par conséquent, les fonctions instrumentales et l'exécution motrice sont altérées. Le second critère concerne donc la répercussion sur l'autonomie dans les activités quotidiennes. Dans la démence, les troubles cognitifs s'accompagnent parfois de troubles du comportement (agitation, agressivité, apathie, compulsions...).

D'autre part, des symptômes dépressifs s'observent chez certains âgés. Il peut s'agir d'une première apparition ou ces symptômes peuvent s'inscrire dans une psychopathologie ancienne. En effet, alors que certains âgés traversent le chemin du vieillissement sans encombre, d'autres abordent difficilement cette période de vie et son lot de changements (organiques, psychologiques, sociaux). Un trouble dépressif apparaît, l'expression symptomatique est la même qu'à un âge plus jeune mais les auteurs soulignent que son diagnostic est plus complexe. Le tableau clinique présente certaines spécificités : prédominance de la plainte somatique, la fatigue, l'anhédonie, l'anxiété, l'agitation, la mélancolie... En parallèle, des troubles cognitifs peuvent s'exprimer, complexifiant alors le diagnostic puisque les symptômes dépressifs font parfois partie du tableau démentiel précédemment décrit. Une démarche étiologique minutieuse est importante afin d'éliminer toute cause somatique sous-jacente et de proposer une approche thérapeutique adaptée. (Lleshi & Bizzozzero, 2009)

3. À l'épreuve du vieillissement : quelques aspects psychodynamiques

- La crise de la sénescence et l'expérience de la finitude

L'expérience de la perte incite la personne âgée à faire un travail de deuil de ce qu'elle a été, de ce qu'elle a pu faire et ne peut plus faire, de son statut socioprofessionnel... On le voit, la perte se situe à différents niveaux. À travers les récits des personnes âgées, on perçoit de nombreux aller-retours entre le passé et le présent. Chez certains, cette comparaison témoigne d'une dévalorisation de l'image de soi actuelle et d'une blessure narcissique. Des angoisses de perte et d'abandon peuvent alors se surajouter.

De plus, le sujet vieillissant perçoit l'approche de la mort, dans une certaine proximité là où, jadis, elle semblait impalpable et n'être qu'une échéance lointaine. La perte de congénères accentue ce constat anxiogène. Le sujet prend conscience de sa condition d'être mortel. Face au vieillissement et l'approche de la mort, la personne âgée réagit de façon singulière, selon ses capacités adaptatives, sa structuration psychique et sa personnalité.

- La résilience et les capacités adaptatives

Les multiples changements s'opérant au cours du vieillissement mobilisent les ressources adaptatives du sujet et en particulier sa capacité de résilience. B. Cyrulnik (1999)

la désigne comme « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (p. 10). Il s'agit d'un processus qui jalonne la vie d'un individu, mobilisé lors de ruptures, traumatismes ou bouleversements profonds. Chez le sujet âgé, les mécanismes adaptatifs sont particulièrement à l'œuvre. Ils sont réactivés en écho à ce qu'a vécu l'âge auparavant. Dans ce passage qu'est la vieillesse, B. Cyrulnik (2005) souligne que la capacité de résilience est particulièrement mobilisée :

« Chez les personnes âgées, l'identité narrative est plus forte que jamais car ils ont repensé, raconté, cherché à comprendre, écrit, évoqué et avec l'âge, ils veulent plus que jamais comprendre ce qui s'est passé. Ainsi, les deux mots-clefs de la résilience, l'affect et le sens, sont plus vivants que jamais chez eux, même s'ils prennent une forme différente ».

Une recherche de liens entre divers événements de vie s'opère afin d'aborder cette période de vie sereinement. A l'inverse, lorsque les mécanismes adaptatifs ont du mal à se déployer, on observe un certain repli et une forme de renoncement.

- Le désengagement et la déprise

Face à ces divers remaniements et selon les ressources adaptatives de la personne âgée, on observe différentes réactions comportementales telles que le désengagement ou la déprise. Le désengagement se traduit par un détachement du précédent statut socio-professionnel et de certaines responsabilités. Cumming et Henry (1961), dans une théorisation qui a reçu diverses critiques, repèrent que ce processus s'opère dans le rapport du sujet à la société et vice et versa : « le vieillissement normal s'accompagne d'un éloignement ou « désengagement » réciproque de la personne qui vieillit et des autres membres du système social dont elle fait partie » (Caradec, 2008, p. 29). On perçoit une certaine prise de distance qui peut conduire la personne âgée à s'isoler. Dans cette théorie, la question du devenir de l'énergie pulsionnelle est omise.

Le concept sociologique de « déprise », né à la fin du XX^{ème} siècle, apparaît comme un processus plus actif et vivant. D'après Caradec (2009), c'est « un processus de réaménagement de la vie ». Il poursuit en le définissant comme « un processus actif à travers lequel les personnes qui vieillissent mettent en œuvre des stratégies de reconversion de leurs activités, de manière à s'économiser et afin de continuer à faire ce qui a le plus de signification à leurs yeux » (p. 42). Ainsi, la déprise traduit la capacité de la personne à

s'engager et investir autrement les différents objets environnants. C'est une stratégie adaptative, une réorganisation face aux contraintes du vieillissement qui constituent des déclencheurs de ce processus. Des auteurs préfèrent le terme de « reprise » à celui de « déprise ». Ce nouveau terme semble alors connoté plus positivement. A. Meidani et S. Cavalli (2018) s'appuyant sur la théorisation de Drulhe (2007) définissent ainsi le concept de « reprise » : « la reprise est un hymne à l'inventivité déployée « pour contourner ces obstacles et leur substituer de multiples ouvertures » » (p. 12). On perçoit là qu'il s'agit d'un processus créateur qui alimente le remaniement identitaire à l'œuvre.

4. L'image sociale du sujet vieux

Le vieillissement et la vieillesse font l'objet de nombreux préjugés et idées reçues. La jeunesse est valorisée au détriment de la vieillesse dans le sens où « les modèles qui montent sont plus attractifs que ceux qui déclinent » (Bloch et al., 2008, p. 48). Pour M. Marchand (2008) :

« L'affirmation de ces stéréotypes relèverait des représentations individuelles et collectives attribuées aux changements inéluctables (ressentis comme délétères), à l'image qui nous est renvoyée par le biais de la personne âgée de sa propre finitude, la peur et les angoisses de la mort, de l'inachèvement » (p. 23).

Ces représentations sont alimentées par le fait que le sujet âgé change de statut socioprofessionnel ce qui modifie sa place au sein de la société. Il n'est plus considéré comme un « actif ». Le corps vieux, marqué par le temps qui passe, moins performant et attrayant, est déprécié. L'écart par rapport aux plus jeunes, dynamiques, dans la force de l'âge, avec un rythme de vie différent, se creuse et le dialogue a parfois du mal à s'établir, majorant l'isolement des âgés.

De nombreuses conséquences en résultent avec le risque majeur que le sujet s'attribue ces caractéristiques et, inévitablement, se dévalorise. La personne âgée peine à s'identifier à d'autres d'autant plus que « l'identification est un processus subtil qui ne conserve pas nécessairement sa souplesse avec l'âge. Il aurait plutôt tendance à se rigidifier à bas bruits, en particulier lorsqu'il n'a pas été entretenu au cours de la traversée de l'existence » (Bloch et al., 2008, p. 46) d'après G. Le Gouès.

Au niveau marketing et publicitaire, B. Heilbrunn (2008) repère que la personne âgée est utilisée de façon métaphorique comme « figure de la sagesse » (Bloch et al., 2008, p. 30). D'après le sociologue, « la vieillesse n'est représentée en publicité que de façon latérale ou métaphorique du fait d'une obstruction sémantique qui semble empêcher de recourir à la personne âgée comme figure de valorisation d'une marque » (Bloch et al., 2008, p. 33). Les campagnes marketings répondent aux dommages liés au vieillissement et identifient les problèmes avant tout, en vue de les atténuer. Y-a-t-il une forme de déni, de lutte face au vieillissement ?

2) L'articulation entre image du corps et image de soi

1. Définitions de l'image de soi

Les conceptualisations de « l'image de soi » sont nombreuses et cette notion apparaît comme plus vaste comparativement à « l'image du corps » qui en serait même une composante. Argyle (1994), citée par A. Abang Sako (2010), définit l'image de Soi de la façon suivante : c'est « l'ensemble des idées qu'un individu a sur lui-même, y compris sur son rôle (métier, classe sociale, etc.), ses traits de caractère et son corps ». Dans sa thèse sur « *La relation entre l'image de soi et la satisfaction professionnelle dans les groupes d'appartenance* », A. Abang-Sako (2010) souligne que l'image de Soi est particulièrement reliée à l'identité personnelle et sociale de l'individu. D'après elle, l'image de Soi est :

« Celle que l'individu se forge par le canal d'identifications successives ; elle renvoie aux caractéristiques qu'il s'attribue, aux informations relatives à la connaissance individuelle. Elle se constitue sur la base de l'évaluation que le sujet se fait de lui-même dans les différentes situations auxquelles il est confronté. Il existe donc de multiples images de soi, influencées par le champ collectif dynamique. « L'Image de soi » est donc susceptible de modifications et de changements » (p. 17).

Ainsi, on perçoit que cette notion moderne désigne une image personnelle largement influencée par les interactions environnementales et modelée par les expériences personnelles. Elle correspond à la fois au rapport que le sujet entretient avec lui-même (autojugement), son apparence et l'image de lui-même que lui renvoient les tiers.

2. Image de soi, estime de soi et influence du vieillissement

Nous percevons, à travers les définitions ci-dessus, que l'Autre influence l'image qu'un individu a de lui-même. Si l'on considère « l'Autre » comme l'ensemble de nos concitoyens, la société, notre image est modelée, de près ou de loin, par les représentations sociales. Ainsi, l'image qu'a le sujet vieux de lui-même peut être affectée par les représentations de la personne âgée au sein de la société (cf. paragraphe II- 1) 3.).

Étymologiquement, le verbe « estimer » a une racine latine et signifie « évaluer ». L'estime de soi est une notion plus ancienne que l'image de soi. Il s'agit de la valeur que se donne le sujet à lui-même. Selon les théoriciens contemporains, l'estime de soi influence ostensiblement nos perceptions et nos réactions. Elle joue donc un rôle déterminant dans notre façon d'être au monde. Pour le médecin psychiatre C. André (2005), elle est « une donnée fondamentale de la personnalité » (p. 26) dont il distingue trois aspects :

- Comportemental : « elle influence nos capacités à l'action et se nourrit en retour de nos succès »
- Cognitif : « elle dépend étroitement du regard que nous portons sur nous, mais elle le module aussi à la hausse ou à la baisse »
- Affectif : « elle dépend de notre humeur de base, qu'elle influence fortement en retour ».

D. Alaphilippe (2008) distingue « l'estime de soi contingente » et « l'estime de soi authentique ». La première dépend des normes sociales et des attentes des groupes de référence. La seconde correspond à l'accordage entre réalisations et valeurs personnelles. Il s'est intéressé à l'estime, la valeur de soi et en particulier leur évolution au fil du temps :

« Si l'âge chronologique en tant que tel n'est pas déterminant de l'estime de soi, la qualité de l'intégration sociale et les capacités adaptatives des individus pour faire face aux événements de vie, et notamment de santé, qui marquent l'avancée en âge le sont. Ainsi l'avancée en âge des adultes âgés n'implique pas nécessairement une baisse du sentiment de valeur de soi, bien que les pertes de compétences soient bien réelles dans de nombreux domaines de l'activité psychologique » (p. 167).

Il rappelle que cette estime se construit initialement via les interactions précoces, la qualité des réponses environnementales influence son fondement. Au cours du temps, les

dynamiques comparatives et adaptatives vont modeler l'image de soi. Le déclin des fonctions cognitives et psychomotrices affecte l'estime de soi du sujet âgé qui se confronte à des difficultés dans la réalisation d'actions habituellement maîtrisées. Cet écart peut conduire à « une dévalorisation de soi et un sentiment de perte » chez l'âgé. Il rappelle que la dévalorisation fait partie intégrante de la symptomatologie dépressive, état souvent observé chez la personne âgée. Selon lui, « chez les adultes âgés, l'avancée en âge pourrait entraîner une déstabilisation du concept de soi qui infléchirait les jugements sur soi vers des évaluations neutres qui entraîneraient la baisse observée des scores d'estime de soi » (p. 169).

III- Quelques approches thérapeutiques face aux troubles de l'image du corps chez la personne âgée

Dans cette même lignée, D. Alaphilippe (2008) souligne le rôle que peut jouer chaque intervenant auprès de la personne âgée dans la préservation des compétences et la revalorisation de soi.

Selon lui,

« L'appartenance de groupe bien sûr mais aussi les processus psychologiques de comparaison à autrui, d'attribution causale, la possibilité de réaliser des actions réussies et valorisantes relèvent bien souvent de l'initiative des entourages institutionnels. Leur rôle s'avère déterminant pour garantir, préserver ou restaurer une évaluation positive de soi-même » (p. 174-175).

Partant de ce postulat, je vais maintenant décrire diverses thérapeutiques auprès de l'âgé en proie à des remaniements de son image corporelle et de son estime d'elle-même.

1) Psychothérapie

1. Appréciation et évaluation de l'image du corps

Le test de Rorschach est un test projectif utilisé par les psychologues. Il est également connu sous le terme de « test des tâches d'encre » et est désigné comme un test de personnalité par son inventeur en 1921, Hermann Rorschach, psychanalyste. Ce n'est pas un outil diagnostique mais il permet au clinicien d'investiguer les traits de personnalité du patient.

Dix planches sont présentées successivement au sujet, 7 en noir et blanc et 3 colorées. À chaque présentation, le patient est invité à dire ce qu'il voit sur la planche face à lui, sur le principe de l'association libre. Dans un second temps, le psychologue réitère sa demande afin que le sujet précise son propos, ses associations. Enfin, une cotation quantitative et qualitative est effectuée via l'analyse des éléments donnés par le patient : localisation, déterminant, contenu, banalité, temps et nombre de réponses.

D'autres théoriciens plus contemporains voient ce test comme un support intéressant permettant d'illustrer l'image du corps d'un sujet. En effet, d'après le neuropsychiatre O. Moyano (2011), « ce dont parle l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, en se projetant face à chacune des planches, c'est de lui, et de lui en rapport avec les autres » (p. 133). D'autres émettent l'hypothèse que la perception du contour des tâches serait liée à la façon dont le sujet perçoit son enveloppe corporelle.

Ce test a ainsi survécu aux multiples critiques au fil des décennies, certainement grâce aux informations complémentaires qu'il peut apporter au thérapeute dans sa démarche clinique et analytique quant à la structure psychique du sujet mais aussi sa représentation de lui-même et sa relation d'objet.

2. Entretiens psychologiques face aux troubles de l'image du corps et de soi chez la personne âgée

Face aux différentes pertes évoquées précédemment, la personne âgée et en particulier son narcissisme sont fragilisés. Les pertes cumulatives affectent l'image corporelle et le tissu relationnel (pertes objectales). Il y a donc un travail de deuil qui s'impose afin d'accueillir

ces différentes pertes et remobiliser les ressources adaptives et de résilience du sujet. D. Quinodoz (2002) souligne que ces pertes peuvent réactiver des pertes anciennes qui sont alors réactualisées. Il s'agira donc d'élaborer la perte ancienne non élaborée pour aborder la perte actuelle.

L'espace proposé en psychothérapie permet de mettre en mots ces différentes pertes, le psychologue s'appuie sur le récit libre de la personne puis l'aide à le déployer via des questions, des hypothèses... Un travail de mise en lien s'amorce. Les remaniements inhérents au vieillissement ne seront plus seulement constatés mais le sujet va progressivement les apprivoiser. Il s'agit également d'un lieu où la personne âgée se raconte, retrace l'histoire de sa vie. D'après D. Quinodoz (2002), « les personnes qui se sentent dans leur dernière période de vie ont le désir inconscient de reconstruire leur propre histoire interne (...) et elles ont besoin qu'un thérapeute les aide à reconstituer leur histoire interne totale » (p. 108). Par cette revisite et ce travail de lien, le sujet se reconnecte à son histoire et ne vit pas seulement cette période de vie comme une rupture mais la réinscrit dans une continuité. Ceci permet également de mettre en lumière des expériences de vie fondatrices qui ont constitué ses appuis internes et dont elle peut se servir. La personne retrouve une certaine « cohérence intérieure » à son existence ce qui est un catalyseur dans l'entreprise de nouvelles expériences. Cela participe au travail de vieillir et, ce, de façon active.

Enfin, d'après elle, la question identitaire peut conduire un patient âgé à consulter un psychothérapeute. Certaines personnes ont eu pour habitude d'être dans « l'agir », de tout contrôler sans vraiment se questionner sur leur « être ». Le thérapeute invite alors le sujet à se laisser aller à sa propre inventivité, en improvisant tout en restant lui-même. Se révèle alors l'individu tel qu'il s'est construit au cours de sa vie, son tempérament, ses aspirations, ses craintes. Selon D. Quinodoz, « la récupération d'un meilleur sentiment d'identité et la conscience d'une meilleure cohérence du Moi s'avèrent primordiales pour que les patients puissent jouir du sentiment de pouvoir vivre leur vie jusqu'au bout » (p. 113).

2) Psychomotricité

1. Appréciation et évaluation de l'image du corps

Tout d'abord, le psychomotricien peut percevoir l'image que le sujet a de son corps et de lui-même de façon plus globale à travers les paroles sur le corps, l'investissement corporel et la représentation du corps.

Il n'est pas rare qu'un dessin du corps soit demandé au patient, quel que soit son âge, notamment lors du bilan psychomoteur initial ou au cours du suivi pour apprécier les changements dans le rapport du sujet à son corps. Le dessin du bonhomme est fréquemment utilisé par les psychologues et les psychomotriciens. C'est aussi un test projectif dont une cotation a été établie d'abord par Goodenough en 1926 pour les enfants de 3 à 13 ans puis par Royer en 1977. Ce dessin permet d'évaluer le schéma corporel (item du bilan psychomoteur) et l'image du corps du sujet. Une attention particulière est également portée aux commentaires formulés par ce dernier au cours de la production. Il s'agit à la fois de repérer les connaissances anatomiques du sujet et les éventuelles projections du corps propre qu'il laisse plus ou moins entrevoir. Des exemples seront présentés et analysés via des vignettes cliniques dans la partie théorico-clinique

Un autre moyen d'apprécier le rapport au corps et son image est d'écouter et observer la manière dont le patient parle de son corps et l'investit, spontanément ou dans une situation induite. Il s'agit là d'une évaluation plus subjective mais non des moindres pour un professionnel du corps tel que le psychomotricien. Les qualificatifs employés peuvent révéler une connaissance précise ou partielle, un rapport affectif et narcissique au corps modéré ou extrême, des distorsions, des pensées automatiques... La connotation des termes est un indicateur de l'image qu'a le sujet de son corps, la place qu'il lui confère, son appropriation subjective...

Concernant l'investissement corporel, il s'apprécie à travers la façon dont le sujet entretient des rituels corporels, notamment hygiéniques et esthétiques. À un niveau plus psychomoteur, il se perçoit via la manière dont le sujet se place, se meut dans l'espace, dynamise et fait fonctionner son corps.

2. Thérapie psychomotrice face aux troubles de l'image du corps et de soi chez la personne âgée

Dans ce contexte de remaniements psychocorporels, le corps du sujet âgé se modèle différemment et est un vecteur de ses éprouvés internes. La plainte somatique est parfois le mode de communication privilégié, témoignage d'un rapport douloureux au corps. Ce dernier est parfois désinvesti, immobilisé, inconnu ou non reconnu, incontrôlable, dépendant d'un tiers soignant, source de questionnements et parfois d'angoisses. En psychomotricité, il s'agira donc de proposer à la personne de se (re)centrer sur son corps, en en revisitant :

- Les contours :

Afin que le patient perçoive les limites de son corps, le psychomotricien peut utiliser le toucher thérapeutique, par contact cutané direct ou indirect. Le sujet peut également être lui-même acteur de cette expérience (automassage, balle à picots ou lisse, gilet lesté...). Les capteurs tactiles recueillent des informations proprioceptives qui contribueront à la perception de l'enveloppe corporelle, son unité et sa fonction contenante. Il perçoit également l'ampleur, la position, les reliefs de son corps. Une illustration d'une expérience de toucher thérapeutique sera présentée dans la partie clinique de ce mémoire.

- La sensorialité :

L'expérience précédente est éminemment sensorielle mais d'autres canaux sensoriels sont stimulés en séance de psychomotricité. En stimulant l'audition, la vue ou le tact, le thérapeute permet au sujet de s'éveiller à ses différents sens dont certains sont parfois moins efficaces au fil du temps, comme nous l'avons vu précédemment. Il s'agira là d'optimiser un canal préférentiel en l'éveillant à des stimuli plus perceptibles que d'autres. D'après G. Ponton (2011), « la neuro-plasticité, œuvre de la durée, est le levier à partir duquel l'expérience vécue réorganise la conscience corporelle sans limite de temps » (p. 1).

Cela permet aussi d'éveiller la curiosité vers de nouveaux airs musicaux ou, au contraire, participer à des reviviscences de souvenirs via des mélodies connues, par exemple. La mémoire sensorielle est bien active. Grâce à différentes stimulations sensorielles, le sujet pourra repérer ce qui lui est plaisant, l'incite à se mouvoir, l'apaise, le touche etc... La sensation douloureuse est parfois omniprésente et le corps est médicalisé, il s'agira là de se familiariser avec le corps sensible. Le sentir est un liant au fil des différentes expériences sensorielles qui jalonnent une vie.

- Les potentialités motrices et cognitives :

Le corps vieillissant n'est plus apte à réaliser certaines actions qu'il effectuait jadis quotidiennement, automatiquement, avec plaisir, sans effort... La personne âgée fait là l'expérience de la perte et l'éprouvé douloureux est parfois difficile à surmonter. L'espace en psychomotricité peut alors être un lieu où il ne se restreint pas à ce constat. Le psychomotricien l'invite à investir son corps autrement, à découvrir ou redécouvrir des capacités qui demeuraient jusqu'alors silencieuses. Il ne s'agira donc pas d'occulter le vécu de perte mais d'accompagner le remaniement qui s'opère et de révéler le potentiel créateur de la personne. Le thérapeute permet et alimente ce déploiement, par son regard bienveillant et ses réponses étayantes et valorisantes. Le propos de G. Le Gouès (2000) paraît, à cet égard, très pertinent : « il faut chercher les conditions d'une relance créatrice, même discrète, afin que les protagonistes produisent le carburant narcissique nécessaire à l'entreprise » (p. 13). Dans un registre plus secondarisé, la personne âgée peut être progressivement accompagnée vers une élaboration et une symbolisation, afin de retisser le lien entre le vécu corporel et les dynamiques psychiques à l'œuvre.

In fine, la personne se familiarise avec ce corps vieillissant, singulier, qui est le fruit des différentes expériences engrammées au cours du temps. Elle retisse des liens entre celles-ci ce qui contribue à un sentiment de continuité d'existence. L'individu perçoit ses appuis internes et découvre des appuis externes que sont le thérapeute et les supports qu'il propose.

3) Autres thérapies à médiation

1. Tai Chi Chuan

Le Tai Chi Chuan est un art martial chinois qui met au travail les différentes dynamiques énergétiques du corps via des mouvements lents, précis et continus.

Dans son livre consacré à la pratique du Tai Chi Chuan auprès des personnes âgées et en particulier en psychomotricité, M. Personne (2016) souligne que « le Taï chi chuan participe à la reconstitution de l'identité personnelle, jusqu'à la préservation d'une qualité mentale » (p. 7). Cette pratique éminemment corporelle invite le sujet à se centrer sur le corps en mouvement, dans le temps présent là où « les difficultés à porter attention, à maintenir la vigilance sont notables ; la pensée fluctue, papillonne, ne peut se fixer, et décrire

les phénomènes qui la concernent » (p. 9). C'est ainsi une expérience qui permet de percevoir les capacités motrices, de façon active et fluide.

M. Personne explique que cette pratique a également un aspect plus préventif dans le sens où il s'agit d'une activité physique qui contribue à l'entretien du corps et au ralentissement du vieillissement des différents systèmes du corps humain : ralentissement du vieillissement cérébral, amélioration de la force musculaire, exercice du système cardiorespiratoire, entretien du système locomoteur... Le Tai Chi Chuan permet donc de ralentir la baisse d'autonomie et améliore l'image de soi du sujet âgé. Il se familiarise avec ce corps en transformation et est à l'écoute de ses potentialités et limites, dans un ajustement attentif à son propre rythme. Moins douloureux, plus familier et énergique, le corps de la personne âgée apparaît comme un support fiable dont elle peut avoir confiance.

2. Zoothérapie

D'après l'Institut Français de Zoothérapie, la zoothérapie est une « médiation qui s'exerce en individuel ou en petit groupe à l'aide d'un animal familier, (...) sélectionné et éduqué, sous la responsabilité d'un professionnel appelé zoothérapeute (...) pour les personnes chez qui l'on cherche à éveiller des réactions visant à maintenir ou à améliorer leur potentiel cognitif, physique, psychosocial ou affectif ». Le contact avec l'animal et ses vertus ont été étudiés récemment, l'enjeu principal est « d'utiliser les rapports privilégiés que certaines personnes (...) entretiennent avec les animaux familiers pour aider au processus thérapeutique (psychologique, physique et social) » (Quibel et al., 2017). C'est un accompagnement proposé dans différentes unités de soins et en particulier en EHPAD.

Une relation singulière se tisse entre le patient et l'animal. Ce dernier est aussi un médiateur entre le patient et le soignant. En effet, le dialogue peine parfois à s'instaurer lorsque le patient est en proie à des éprouvés complexes et douloureux. L'animal, introduit en thérapie individuelle ou groupale, attire l'attention du patient, parfois en repli et réfractaire à toute thérapie. S. Martin (2013), riche de ses expériences auprès des personnes âgées auxquelles elle propose la rencontre régulière d'un chien, repère de nombreux bienfaits à la médiation animale. En effet, cela permet de « créer du lien social » en vue de palier à l'isolement, « favoriser l'apaisement » via le contact sécurisant et dénué de tout jugement avec l'animal, « développer la valorisation de soi » en rendant le sujet responsable de différentes tâches

(brosser, donner à manger...) et « retrouver une part d'autonomie » (p. 118-119). Dans un espace-temps repéré, l'animal « stimule les résidents à la verticalité, à la marche et au toucher » (p. 121).

3. Art-thérapie

L'art-thérapie est pratiquée auprès de différentes populations aux pathologies diverses. Le support créatif tel que la musique, la danse, le collage, le dessin est utilisé à des fins thérapeutiques. D'après J.P. Klein (2007), elle vise à « permettre au sujet de se re-crée lui-même, se créer de nouveau, dans un parcours symbolique de création en création (...) L'art-thérapie est un détour pour s'approcher de soi » (p. 57). Lorsque le langage verbal peine à traduire les éprouvés et émotions du sujet, un autre langage tout aussi expressif est ici utilisé. Elle mobilise ainsi la créativité du sujet et contribue à son déploiement, en thérapie individuelle ou groupale.

Des auteurs se sont alors intéressés au bienfondé de cette approche auprès du sujet âgé en proie à une variété de changements et d'émotions. P. Tzaut Sciarini (2004) souligne qu'il y a certes une certaine « involution des capacités créatrices » au cours du vieillissement mais il insiste sur le fait que « la créativité aiderait à supporter la perte et permettrait de lutter contre la dépression ». L'art-thérapie permet donc de mobiliser le potentiel créateur existant tout en favorisant l'expression émotionnelle. D'après ce même auteur, l'art-thérapie permet d'élaborer, symboliser les éprouvés et problématiques du sujet telle une « mise en forme ». La production est une amorce vers un travail plus verbal ensuite, comme « un moyen de se représenter sans se dire ». De plus, les différentes productions tissent un lien entre les événements de vie de la personne âgée, à l'instar du récit de vie.

La production, fruit d'un travail personnel et autonome, contribue à une valorisation narcissique du sujet et une (re)mise au travail du geste, de la pensée et de l'imaginaire. La personne âgée s'adonne alors à une activité source de plaisir et d'apaisement ou faisant renaître un intérêt ancien pour l'art et la création. P. Tzaut Sciriani (2004) insiste sur le fait que les capacités du sujet vieillissant « peuvent s'éprouver ou se découvrir dans un espace où il est encore possible d'agir, de jouer, d'inventer et d'établir des relations de manière autonome : un espace de créativité ». *In fine*, c'est un espace d'affirmation identitaire.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

I- Présentation de l'EHPAD

L'EHPAD privé à but lucratif où j'ai effectué mon stage se situe au cœur d'une ville de taille moyenne du sud-est de la France. Il a été rénové il y a environ cinq ans, la décoration pensée minutieusement rend le lieu très chaleureux. La capacité d'accueil est d'environ quatre-vingts résidents. L'établissement accueille des personnes âgées en perte d'autonomie légère ou avancée, en perte de validité, déments, désorientés. Constituée de quatre étages, la résidence est dotée d'une unité protégée pour patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les patients sont hébergés à temps plein mais des chambres sont également réservées à l'hébergement temporaire.

Chaque étage, desservi par un ascenseur, est doté d'espaces de vie communs (salle à manger, tisanerie, salon, balcon). Le déjeuner et le dîner sont servis au rez-de-chaussée dans une vaste salle de restauration pour les patients autonomes au niveau alimentaire. De plus, l'établissement possède une cour avec un poulailler et des terrasses dont peuvent profiter les résidents. Chaque chambre donne sur la cour ou la rue et ses commerces selon son orientation.

Des équipes d'infirmiers, aides-soignants et agents de services hospitaliers se relaient chaque semaine avec une équipe de surveillance de nuit également. Des professionnels paramédicaux travaillent aussi à temps partiel au sein de l'EHPAD : une psychologue, une psychomotricienne et trois kinésithérapeutes libéraux. Ces équipes sont supervisées par un médecin coordinateur qui assure le suivi des patients et échange avec les équipes, notamment lors des relèves infirmières et des synthèses. Avec l'infirmière coordinatrice, le médecin assure aussi le lien avec le médecin traitant de chaque patient. D'autre part, une équipe mobile professionnelle rattachée à un hôpital gériatrique de la ville intervient ponctuellement, sur demande de l'équipe médicale, lorsque celle-ci est en difficulté ou se questionne par rapport à un patient. L'équipe mobile rencontre le patient et évalue ses capacités lors d'un entretien puis synthétise ses observations et recommandations via un compte rendu transmis aux soignants de l'EHPAD.

Enfin, concernant les activités de loisirs, une équipe d'animation propose de multiples activités ludiques et culturelles (sorties, jeux, ateliers créatifs...). Des professionnels extérieurs proposent diverses prestations : coiffure, pédicure, soins esthétiques. Des intervenants aumôniers viennent également à la rencontre des résidents qui le souhaitent, religieux ou non.

La psychomotricienne intervient depuis six ans auprès des résidents avec des prises en charge groupales (équilibre et prévention des chutes, relaxation) et individuelles (toucher thérapeutique). Selon le profil de chacun, la thérapeute travaille au maintien des capacités motrices et cognitives ainsi qu'à l'apaisement des angoisses qui rejaillissent parfois dans des troubles du comportement.

II- Étude de cas : Madame C.

1) Anamnèse et entrée en EHPAD

Les informations ci-dessous sont issues du dossier de Madame C. et de mes échanges avec cette dernière et la psychomotricienne.

❖ Anamnèse

Madame C. est âgée de 94 ans lorsque je la rencontre. Elle a résidé dans plusieurs villes avec ses parents puis son mari et ses enfants. En effet, issue d'une famille française, elle est née en Algérie et a vécu dans différentes villes françaises, notamment du sud de la France. Elle évoque régulièrement l'Algérie où son père fut muté pour raisons professionnelles. Il travaillait sur les chemins de fer et « avait une bonne place » me dit-elle. Sa mère était femme au foyer. Elle qualifie son enfance de très heureuse et dit n'avoir « manqué de rien », suscitant l'admiration de ses camarades. Madame C. a un frère et est l'aînée de la fratrie. Elle nous raconte souvent avoir beaucoup marché durant sa jeunesse, sillonnant les chemins de campagne.

Madame C. est divorcée d'un mari qu'elle qualifie de « méchant » et ayant « mauvais caractère », la séparation a été douloureuse. Elle a divorcé de son plein gré et me dit avoir été encouragée par sa mère dans cette démarche. Elle a travaillé dans les bureaux d'une grande entreprise où elle occupait un poste administratif (dactylo). Elle a longtemps porté

des talons hauts et était une dame coquette. Madame C. a eu deux enfants avec lesquels elle ne semble plus avoir de contact. En effet, la psychomotricienne m'explique que le fils de madame aurait été enlevé lorsque la famille résidait en Algérie, peut être durant la Guerre d'Algérie. Sa fille aurait sombré dans la dépression et serait en institution de soins psychiatriques. Madame C. n'évoque jamais ces faits en ma présence et est plutôt confuse sur ce sujet. Néanmoins, elle parle souvent de sa petite fille qui lui rend visite et lui apporte des affaires personnelles. Elle semble être son seul lien extérieur. Madame C. s'est beaucoup occupée de ses parents vieillissants.

❖ Données médicales

Concernant les informations médicales extraites de son dossier, Madame C. a subi des opérations aux deux genoux pour pose de prothèse. On remarque aujourd'hui des cicatrices verticales assez importantes qui s'étendent du haut du genou jusqu'au milieu du tibia. De plus, madame souffre d'une polyarthrose qui se traduit notamment par un hallux valgus très marqué aux deux pieds. Son gros orteil est en angle droit et « se couche » sur les autres orteils rétractés, ce qui me fait penser à un pied « en griffe ». Ceci génère parfois des douleurs et le port de chaussures rigides peut être blessant. Elle se déplace aujourd'hui avec un déambulateur à roues car son équilibre est assez préservé mais un appui extérieur est nécessaire pour le maintenir durablement. Elle n'a pas d'autres outils palliatifs. D'autre part, il est noté une hypertension primitive et une hypothyroïdie.

Il est également mentionné que madame présente une anxiété généralisée et a eu des épisodes dépressifs. On note la présence de troubles cognitifs, en particulier des troubles mnésiques avec parfois un manque du mot. Certains marqueurs temporels sont confus ou incorrects. Les souvenirs anciens font retour répétitivement dans le temps présent et la chronologie des évènements est parfois erronée. Son score au Mini Mental State Examination (MMSE) est de 18/30, ce qui la situe dans une démence modérée. Ainsi, Madame C. est fluctuante sur les plans thymique et cognitif.

❖ Entrée en EHPAD

Madame C. vit en institution depuis deux ans environ. Elle est donc éloignée de sa ville de cœur et s'est rapprochée de sa petite fille qui vit à proximité de l'EHPAD. D'après la grille d'Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources (AGGIR) qui permet d'évaluer le degré de dépendance du sujet âgé à partir de dix variables, elle se situe au niveau 3. Selon le site *Essentiel Autonomie* (2016), cela signifie que madame « a conservé

son autonomie mentale » mais est « partiellement autonome au niveau locomoteur ». Elle a besoin d'être aidée dans ses soins corporels quotidiens.

2) Projet de soin et suivis

❖ Historique des suivis paramédicaux

Madame est suivie en psychomotricité depuis un an environ. Elle est également prise en charge par la psychologue en entretien individuel toutes les deux semaines. L'indication en psychomotricité a été établie à partir d'un entretien avec la résidente et des observations transmises par l'équipe soignante et la psychologue. Cette dernière relève des ressentis de frustration, de colère et des vécus persécutoires. À une période, l'équipe constate également une baisse de l'hygiène corporelle, madame refuse de faire sa toilette et l'aide proposée par les soignants. Elle s'enveloppe alors de plusieurs couches de vêtements, peut-être pour répondre à un besoin de contenance. Sa petite fille qui l'a connue très coquette dit alors à cette époque ne plus la reconnaître. Madame a également présenté des troubles momentanés du comportement. La psychologue émet l'hypothèse que ces troubles sont l'expression d'un fond dépressif. Elle a tenu des propos blessants et virulents envers d'autres résidents et crie, notamment en salle de restauration et lors des activités d'animation, certains résidents ne souhaitant alors plus s'y rendre en sa présence. Cela a été repris par l'équipe avec elle mais cette dernière ne semblait pas avoir conscience de la teneur et de l'impact émotionnel de ses mots sur ses congénères. L'équipe relève aujourd'hui moins de situations conflictuelles mais madame se montre parfois agressive et emploie des termes injurieux et très familiers.

❖ Suivi psychomoteur et projet

Le suivi hebdomadaire en psychomotricité vise à revaloriser l'image du corps qui semble défaillante et à contenir ses angoisses. La réassurance dans ses compétences, notamment locomotrices, est aussi un enjeu du suivi. L'espace proposé permet à Madame C. de parler de ses vécus dans un lien plus apaisé à l'autre, d'explorer et de centrer son attention sur ses sensations corporelles via une expérience sensorielle. La séance d'une trentaine de minutes a lieu chaque mercredi matin dans la salle de psychomotricité. Après un temps de discussion, la psychomotricienne propose un bain de pieds et des mobilisations articulaires actives suivies d'un toucher-massage des membres inférieurs avec de l'huile d'arnica, sur fond musical.

3) Ma première rencontre avec Madame C.

Je rencontre Madame C. dès mon entrée au troisième étage de la résidence où se trouve le bureau de la psychomotricienne. En effet, l'ascenseur s'ouvre sur un salon où se retrouvent les résidents. Madame C. vit à cet étage, à quelques mètres de ce salon.

Mon attention se dirige rapidement vers elle car c'est sa voix que j'entends en premier et qui domine les autres. Madame C. est une petite dame d'environ 1,50 m et de corpulence moyenne. Elle présente une cyphose dorsale, visible en particulier lorsqu'elle se déplace avec son déambulateur à roues. Elle maintient un port de tête bien à l'horizontal. Ses cheveux grisonnants mi- longs et lisses entourent son visage fin et ovale. Elle a de petits yeux souvent humides, parfois infectés, qu'elle essuie avec un mouchoir. Son visage est très expressif et ses mimiques traduisent les émotions qui la traversent. Au niveau vestimentaire, Madame C. porte souvent une robe mi- longue qui dévoile ses chevilles et ses chaussons à scratch.

Elle est installée sur une chaise près d'une table, à proximité de la tisanerie, lieu commun où elle passe la plupart de ses journées. Son déambulateur est près d'elle. Elle m'interpelle rapidement par des termes flatteurs, d'abord indirectement en s'adressant à d'autres résidents. Après avoir salué les résidents, la psychomotricienne me présente à l'équipe et aux patients présents dans le salon. Nous nous dirigeons ensuite vers Madame C. qui m'adresse cette fois des compliments directement. Je qualifierais cette rencontre de chaleureuse. Je me sens alors flattée mais également surprise par l'intensité de ses propos. Cette survalorisation m'interroge et cette façon atypique d'investir le lien, qui plus est avec une personne inconnue, attise ma curiosité. J'ai alors hâte de faire plus ample connaissance avec cette résidente et voir comment se déploie le lien en séance de psychomotricité.

Nous indiquons à Madame C. que nous venons la chercher pour la séance de psychomotricité. Elle ne semble pas se rappeler de ce rendez-vous hebdomadaire mais accepte volontiers de venir, esquissant un sourire. Après avoir approché son déambulateur, elle se verticalise doucement mais sans aide, en s'appuyant sur les poignées de son déambulateur. Le passage de la station assise à debout semble préservé. Ainsi debout, elle est assez voutée, une bosse se dessine. Nous l'accompagnons jusqu'à la salle de psychomotricité en se plaçant de part et d'autre d'elle. Madame C. se déplace à petits pas réguliers et le trajet est continu jusqu'à la salle située à une dizaine de mètres du salon.

Arrivée en salle de psychomotricité, Madame C. s'installe sur une chaise avec notre aide. Je me place à sa droite et la psychomotricienne s'assoit face à elle. La thérapeute explique plus amplement à Madame C. que je serai présente pendant les séances durant plusieurs mois et nous détaillons l'objet de ma présence.

Dans un premier temps, la psychomotricienne met une musique en fond sonore puis demande à Madame C. de retirer ses chaussures, ce qu'elle fait seule. Ensuite, la thérapeute dépose une bassine remplie d'eau tiède savonneuse aux pieds de Madame C. Cette dernière les immerge et réagit simplement : « ah ça fait du bien ! ». Rapidement, en s'orientant vers moi et en me regardant, madame se raconte et évoque notamment son passé de marcheuse puis le manque de sa mère. Ses paroles sont particulièrement teintées d'émotions et ses yeux sont humides. Je perçois que le vécu de la perte de sa mère est encore très vif chez elle. Cet évènement est bien inscrit chronologiquement mais le vécu émotionnel est bel et bien présent. Cette évocation m'interpelle et génère une certaine émotion en moi, je perçois que derrière ces mots se cache une étape de vie qui a particulièrement marqué Madame C. Avec le recul, je me rends compte qu'elle a confié là un vécu très personnel et chargé d'émotions à une personne qu'elle connaît finalement très peu. A-t-elle toujours eu un tempérament spontané ? A-t-elle besoin de se décharger de vécus éminemment douloureux ? En suscitant l'émoi chez l'autre, recherche-t-elle des témoignages d'attention bienveillante ?

Dans un second temps, la thérapeute propose à madame d'étendre sa jambe droite sur ses genoux pour l'essuyer et procéder au temps de toucher. L'extension de la jambe semble aisée. En essuyant minutieusement chacun de ses orteils rétractés, madame poursuit son récit de son passé de marcheuse. En insistant ainsi, je ressens une certaine revendication de ses capacités antérieures, période de vie dynamique et contrastant avec la période actuelle. Au niveau des chevilles, je perçois une raideur et une hypertonie massive, cheville et pied semblent faire « bloc ». L'articulation paraît ainsi verrouillée. Le massage se poursuit ensuite le long du tibia puis au niveau du genou marqué d'une grande cicatrice verticale. C'est alors que madame raconte ses opérations chirurgicales et les souvenirs douloureux associés sont relativisés. Elle relate la bienveillance et le professionnalisme de l'équipe qui a effectué l'opération. Les prothèses semblent faire partie intégrante d'elle-même et elle insiste particulièrement sur l'étendue de ses cicatrices. Sa manière de retranscrire l'évènement m'interroge, le vécu affectif et l'attention extérieure portés ont pris le pas sur le vécu corporel que l'on peut imaginer douloureux de par l'ampleur de l'intervention. Comment les vécus

corporels ont-ils fait trace chez Madame C. ? Comment son rapport affectif à l'environnement s'est-il tissé au cours de sa vie ?

Après avoir effectué le même massage à la jambe gauche vient le temps de verbalisation. Nous lui demandons comment elle a vécu la séance. Madame est souriante et dit avoir apprécié mais reste assez évasive. En effet, les sensations décrites sont globales (« ça fait du bien ») et elle s'en distancie rapidement, l'énoncé est bref et contraste avec le discours fluide qu'elle a tenu précédemment sur son passé. Elle décrit peu ses sensations corporelles et proprioceptives. Je me questionne alors sur son rapport à son corps et ses vécus. Ne parvient-elle pas à traduire verbalement ses ressentis corporels ? Les récepteurs tactiles sont-ils moins efficaces qu'auparavant ? Son surinvestissement du lien empêche-t-il une introspection ? Le canal verbal est-il surinvesti au détriment du canal sensoriel ?

Enfin, lorsque je m'approche d'elle pour l'aider à se lever de la chaise, elle me caresse le visage et m'adresse un large sourire accompagné de propos flatteurs et affectueux. Nous rapprochons son déambulateur et la raccompagnons, souriante et contente, vers le salon. Je perçois en elle un sentiment de bien-être.

Cette première rencontre avec Madame C., qui plus est la première patiente que je vis en séance de psychomotricité dans la résidence, fut pour moi source de multiples questionnements. Cette rencontre singulière a immédiatement éveillé ma curiosité et attisé l'envie de connaître davantage Madame C., sur les plans psychomoteur, identitaire et relationnel. *In fine*, que vient déposer cette vieille dame en séance de psychomotricité ?

La séance relatée ci-dessus est une séance type reproduite chaque semaine sur le même modèle. Je vais à présent relater dans les paragraphes suivants les diverses observations et réflexions qui ont émergées en filigrane au cours des séances avec Madame C.

4) Soins psychomoteurs : extraits cliniques

❖ Sur le plan tonico-postural

J'observe, en séance de psychomotricité et dans les espaces communs, qu'elle est majoritairement assise sur l'avant de l'assise du fauteuil. Lorsque madame immerge ses pieds dans l'eau tiède, elle conserve cette posture voutée, son tronc est légèrement penché vers l'avant. Je l'observe déposer son dos sur le dossier du fauteuil lorsque la

psychomotricienne, assise face à elle, lui demande de tendre sa jambe droite et de déposer son pied sur ses genoux. Elle parvient à étendre sa jambe à l'horizontale, à une cinquantaine de centimètres du sol. L'articulation de la hanche semble efficiente. Je remarque néanmoins que le genou est en flexion. L'extension progresse au fil du massage mais le tonus semble élevé et diminue difficilement. Quant à la cheville, j'observe que la flexion-extension est complexe malgré les pressions exercées simultanément par la psychomotricienne sur la pointe du pied et le genou pour favoriser l'extension. La cheville semble très contractée et l'amplitude articulaire est limitée. Tibia, cheville et pied ne semblent faire qu'un. Au-delà de la polyarthrose dont souffre cette dame, je me demande ce qu'atteste cette hypertonie. Est-ce le témoignage d'une hypervigilance ? Cherche-t-elle à garder le contrôle ? Je mets en lien ces éléments avec les troubles du sommeil que madame évoque en séance (réveils nocturnes, réveil précoce...). J'émet ainsi l'hypothèse qu'elle a du mal à accéder à un état de détente, peut-être à supporter les sensations relatives au corps au repos.

D'autre part, la psychomotricienne m'explique qu'elle a retrouvé à plusieurs reprises madame errant dans le couloir, des tremblements parcouraient tout son corps et elle semblait désorientée. J'en ai été témoin plusieurs mercredis matins, quelques minutes après mon arrivée. Alors que la psychomotricienne et moi nous dirigeons vers le salon, nous aperçûmes Madame C. face à nous, se dirigeant également vers l'espace commun. Des tremblements étaient manifestes dans l'ensemble de son corps. Elle semblait très angoissée, son équilibre était précaire, sa main gauche tenait son déambulateur et sa main droite la rambarde qui longe le mur du couloir. Ces manifestations corporelles m'ont paru brutes et madame a simplement dit « je ne suis pas bien » et a confié sa crainte de chuter. L'angoisse qui la parcourait paraissait sans objet identifiable. La psychologue décrit des angoisses d'effondrement. Nous l'avons soutenue de part et d'autre et accompagnée jusqu'à une chaise à proximité et ses tremblements ont diminué petit à petit.

❖ Un discours fluent et ambivalent

Madame C. a une voix qui résonne quotidiennement au sein de l'étage où elle vit. Installée dans la pièce de vie commune, sa voix porte jusqu'aux chambres voisines. Son accent m'évoque le sud de la France d'où elle est originaire. J'observe que Madame C. parle beaucoup lorsqu'elle est entourée de résidents ou de soignants sans pour autant s'orienter vers eux (tronc, regard...). Ainsi, les autres semblent être des supports pour que madame

déploie son discours mais je remarque qu'elle s'inscrit peu dans un échange verbal réciproque. Ses paroles s'enchainent et les personnes présentes y répondent peu. Ainsi, je dirais que j'ai très rarement vu madame converser véritablement avec un autre résident, à temps égal de parole.

En séance de psychomotricité, dès la première séance à laquelle j'ai assisté, Madame C. est également très bavarde. Assise face à la psychomotricienne et moi, elle décrit d'abord son état du jour en réponse à notre demande puis narre des éléments de sa vie d'antan. Teinté d'émotions, ce discours s'apparente plutôt à un monologue à travers lequel madame se raconte. Nous réagissons ponctuellement à ses paroles mais peu d'incursions sont possibles. Parfois, en fin de séance, madame me questionne sur mon rôle au sein de la résidence et éventuellement sur ma vie privée. J'ai également remarqué très rapidement que madame employait abondamment des mots valorisants et flatteurs pour nous qualifier (« belle », « splendide », « beau sourire », « visage paisible » ...). Le langage verbal est ainsi particulièrement investi en séance de psychomotricité, à la fois pour se raconter et transmettre mais également pour nous qualifier, la psychomotricienne et moi. Ainsi, je perçois ce discours comme un moyen singulier d'investir le lien thérapeutique et surtout le rendre indéfectible en le connotant de la sorte.

En outre, les soignants m'ont expliqué, à ma grande surprise, qu'elle tenait parfois des propos injurieux à l'égard d'autres résidents dans les espaces communs. En tendant l'oreille alors que j'étais en salle de psychomotricité, près du salon où elle se trouvait, je l'ai entendue à plusieurs reprises employer des termes vulgaires attestant de son mécontentement. L'objet de sa colère était l'arrivée jugée trop tardive du repas. Le pronom « ils » employé semblait indifférencié, l'ensemble de l'équipe soignante était désigné. Plus tard dans la journée, je l'entendrais tenir des propos blessants et injurieux adressés directement à une autre résidente. J'ignore l'objet de la discorde. Le ton est rapidement monté tout comme la virulence des propos. J'ai particulièrement été interpellée par cet échange véhément qui contraste véritablement avec sa sympathie et son amabilité à notre égard en séance de psychomotricité. Mon hypothèse serait que le rapport de Madame C. aux autres traduit ce qu'elle ressent en interne, son rapport à elle-même : une agressivité interne latente qu'elle projette sur les résidents et un besoin de réassurance qu'elle cherche à combler dans le lien thérapeutique.

Ainsi, la fonction langagière est particulièrement investie par Madame C. et atteste d'une certaine ambivalence dans ses relations aux autres. Son discours semble dépendant de

ses fluctuations thymiques mais également de la qualité du lien qu'elle cherche à développer. Très flatteur ou virulent, son discours suscite l'attention des personnes environnantes.

❖ Reviviscences de souvenirs dans l'espace de soin psychomoteur

Après un premier temps où Madame C. a les pieds immergés dans l'eau tiède, la psychomotricienne essuie soigneusement les pieds de madame. Ensuite, la thérapeute effectue des pressions circulaires au niveau de la voûte plantaire, des orteils, sur le pied et les malléoles puis prolonge le mouvement le long du tibia en appuyant avec son pouce. Enfin, elle effectue des pressions avec l'ensemble de la paume de main sur le genou. Le regard de madame s'oriente vers ses membres inférieurs et c'est alors qu'elle évoque des souvenirs d'antan, notamment relatifs à son passé de marcheuse. Elle dit avoir parcouru de longues distances à pieds lorsque, enfant, elle se rendait à l'école. Quand elle raconte ce souvenir régulièrement, j'ai le sentiment qu'elle tient à revendiquer une place active occupée jadis comme une façon de nous dire qu'elle n'a pas toujours été telle qu'elle est aujourd'hui. Son discours semble teinté de nostalgie lorsqu'elle dit par exemple « les choses disparaissent vous savez ». D'autre part, lorsque la psychomotricienne passe sa main près des cicatrices de ses genoux, Madame C. nous évoque ses antécédents chirurgicaux liés à la pose de prothèses. Son opération n'a pas été douloureuse d'après elle, les chirurgiens ont travaillé méticuleusement et ont pris soin d'elle. Elle retranscrit davantage le contexte que son vécu propre lorsqu'elle a subi cette opération.

En outre, elle évoque régulièrement ses parents et retranscrit des bribes de discours. Il s'agit en particulier d'injonctions ou de conseils parentaux. Elle confiera plusieurs fois, avec émotions, que ses parents lui manquent et surtout sa mère. En effet, c'est une figure qu'elle convoque souvent en séance, parfois dans une temporalité confuse. Je me demande alors pourquoi ces souvenirs familiaux rejaillissent durant ces séances : le toucher contenant rappelle-t-il des sensations ressenties lors du contact maternel (mémoire corporelle) ? Convoque-t-elle les figures parentales pour contenir et apaiser des angoisses ? Elle dit souvent n'avoir « manqué de rien » et avoir eu « une enfance heureuse », « comblée ». En se remémorant cette période de vie, cherche-t-elle à combler des manques, des pertes ?

Ainsi, lorsqu'elle raconte ses souvenirs d'enfance, je perçois en elle la petite fille qu'elle était d'autant plus qu'elle adopte une posture recroquevillée. La cyphose dorsale est accentuée, les mains sont jointes et reposent entre ses cuisses.

❖ Sensations corporelles et rapport à soi

La prise en charge en psychomotricité est particulièrement centrée sur la sensorialité, notamment le tact via le toucher et l'audition via le fond musical. Je vais donc décrire à présent les sensations vécues par Madame C.

À l'arrivée en séance, elle se décrit souvent comme « engourdie », « fatiguée » mais peine à trouver le mot juste. Elle accompagne ces mots d'un mouvement circulaire de la main près de son visage. Lors de l'immersion dans la bassine d'eau chaude et lorsque la psychomotricienne effectue des pressions, madame dit souvent que « ce n'est pas désagréable », « ça fait du bien ». Elle évoque souvent des douleurs, sur un ton assez discordant, lorsque la psychomotricienne essuie ses orteils recroquevillés, douleurs qu'elle atténue et relativise rapidement. Je remarque que madame évoque brièvement ses ressentis lorsque nous la questionnons. Ceci ne semble pas spontané et elle présente d'ailleurs des difficultés à qualifier ses ressentis corporels. Elle passe souvent par la négative et évoque ainsi davantage ce qui et ce qu'elle « n'est pas ». Est-ce une sorte d'évitement de la réalité du corps vécu ? A-t-elle peu accès à ses éprouvés corporels ? Met-elle à distance son vécu corporel douloureux au profit d'un surinvestissement de la relation ?

D'après moi, madame est majoritairement dans l'extériorisation au détriment de l'introspection. Elle investit massivement le canal verbal et très peu le canal tactile. J'émet l'hypothèse que madame se décentre de son vécu corporel, d'un corps douloureux et décevant (image du corps dévalorisée) en entretenant un lien rassurant et valorisant avec la thérapeute et moi. Elle se nourrit peut-être du lien et de l'attention pour combler une faille narcissique et apaiser un vécu de perte éminemment douloureux.

Lors d'une séance, quatre mois après mon arrivée, j'observe Madame C. se saisir de la proposition de la psychomotricienne l'invitant à fermer les yeux pour se recentrer sur ses sensations au fil des pressions. Ceci ne fut pas immédiat, la thérapeute a proposé à madame de saisir ses mains et fermer les yeux face à elle. J'ai alors le sentiment que c'est cette expérience en miroir, sécurisante, mains dans les mains, qui a permis à Madame C. d'orienter son attention vers d'autres stimuli sensoriels. En l'absence de la vue majoritairement investie habituellement, le contrôle de l'environnement est diminué. Durant quelques minutes, Madame C. s'est alors tue et recentrée sur ses sensations corporelles.

Au cours de la séance suivante, j'observe Madame C. effectuer spontanément des pressions circulaires coordonnées sur ses genoux, en regardant attentivement ses mains. La thérapeute

lui demande alors si elle souhaite enduire ses mains d'huile d'arnica. Elle accepte volontiers cette proposition et poursuit ces mouvements d'automassage, enduisant ses genoux d'huile. Je perçois là une nouvelle fois qu'elle prête attention à son corps devenant alors elle-même initiatrice et actrice du massage. Ainsi, l'extériorisation massive s'atténue progressivement au profit d'un recentrage sur l'expérience corporelle, dans l'ici et maintenant.

❖ Investissement du lien thérapeutique

Lorsque la psychomotricienne et moi parcourons le couloir en passant devant le salon où Madame C. passe le plus clair de son temps, nous la voyons nous suivre du regard. Elle adresse des compliments auxquels nous répondons par de larges sourires : « vous êtes splendides », « qu'est-ce que j'aime la voir ! », « qu'est-ce que vous êtes gentilles » ... Ce sont également des paroles qu'on retrouve en séance de psychomotricité, comme je l'ai évoqué précédemment. Je dirais que mon attitude à son égard est très bienveillante et attentionnée. Toutefois, je me questionne particulièrement sur cette façon singulière d'investir le lien thérapeutique, si différente de ce qui peut surgir dans ses interactions parfois agressives aux autres résidents. Essaye-t-elle ainsi de nous séduire, laisser une trace marquante d'elle en nous ?

Dès que nous allons à la rencontre de Madame C. pour lui signifier le début de la séance, elle accepte volontiers. Je l'accompagne jusqu'à la salle, une main sur le dos, pendant que la psychomotricienne rassemble le matériel nécessaire. Elle s'assure de ma présence en m'adressant des paroles telles que « je vous suis », « restez bien près de moi » ... A son arrivée dans la salle, je l'aide à s'installer sur le fauteuil au fond à droite de la salle puis me place à côté ou face à elle. Elle me remercie sincèrement et me caresse le visage de sa main gauche lorsque je le place à sa hauteur. Je la questionne alors sur son état du jour et elle se dit souvent « pas très bien » mais sans précision supplémentaire malgré mes questionnements. J'émet des hypothèses qu'elle approuve une à une. Elle relativise ensuite son vécu et répète quasi systématiquement qu'elle n'est pas une personne qui se plaint, qu'elle n'est pas « embêtante ». J'ai là l'impression qu'elle cherche à se montrer sous son meilleur jour.

Lorsque la psychomotricienne a réuni l'ensemble du matériel nécessaire à la séance, nous la questionnons sur le cadre de la séance : « le fond musical vous convient-il ? », « voulez-vous que nous éteignons la lumière ? » ... À chacune de ces questions, madame

répond : « si cela vous va à vous, ça me va ». Ainsi, même lorsque nous soulignons que c'est un temps qui lui est dédié, Madame C. réitère sa réponse. Soucieuse de notre confort avant tout, quelle fonction a cette attitude compliante ? J'ai le sentiment que madame cherche à éviter tout risque de rupture dans ce lien en passant sous silence ses propres souhaits. Parvient-elle à discerner ses désirs, ses souhaits dans l'ici et maintenant ?

III- Étude de cas : Madame A.

1) Anamnèse et entrée en EHPAD

Les informations ci-dessous sont issues du dossier de Madame A. et de mes échanges avec cette dernière et la psychomotricienne.

❖ Anamnèse

Madame A. est âgée de 87 ans lorsque je la rencontre. Elle a longtemps vécu dans l'est de la France, d'abord dans la campagne avec ses parents puis en ville avec son mari et ses deux enfants. En effet, elle a passé son enfance à la ferme avec ses parents agriculteurs. La psychomotricienne me raconta que Madame A. était chargée de multiples tâches, sa mère était exigeante avec elle. Son père est décédé lorsqu'elle avait 7 ans, événement qui l'a « brisée » me dit-elle avec émotions lors d'une discussion. Face à ces injonctions parentales, Madame A. ne semble pas avoir vécu une enfance insouciant et a rapidement été active, responsable et autonome. Deuxième enfant d'une fratrie de quatre, elle s'est beaucoup occupée de son petit frère et sa petite sœur. Madame A. me raconta un jour que son frère aîné, âgé de deux ans de plus qu'elle, a vécu en pensionnat et son frère cadet était très lourdement handicapé. Ce handicap a beaucoup marqué son enfance. Elle se décrit ainsi comme une petite fille solitaire.

Madame A. a été mariée durant une cinquantaine d'années, son mari est décédé il y a deux ans des suites d'un cancer généralisé, événement qui l'a beaucoup affectée. Le couple a eu deux enfants résidant non loin de l'EHPAD. Elle m'évoque rarement son petit-fils âgé d'une trentaine d'années. Madame a occupé un emploi administratif au sein d'un organisme privé chargé du recouvrement et son mari était employé d'un autre organisme social. Avant son entrée dans la résidence, suite au décès de son mari, Madame A. a vécu durant quelques

mois chez l'un de ses enfants, à proximité de l'EHPAD. Elle nous raconte et situe très justement les différents quartiers qu'elle a alors sillonnés. Malgré de nombreuses années passées à la campagne, Madame A. me dit préférer la vie en ville.

❖ Données médicales

Concernant les informations médicales extraites du dossier, madame a longtemps présenté et présente toujours des fluctuations thymiques. La psychomotricienne me décrit une alternance de périodes de profonde dépression avec un repli majeur et des phases où Madame A. semble plus apaisée et ouverte sur l'extérieur. Ainsi, les variations ne sont pas paroxystiques, il n'y a pas de phases d'euphorie. Sa souffrance dépressive s'inscrit dans des troubles psychopathologiques anciens. Elle présente une anxiété généralisée et est suivie en consultations libérales par un psychiatre. Madame A. prend un traitement antidépresseur depuis de nombreuses années ainsi que des somnifères de façon ponctuelle. Elle porte des appareils auditifs et des lunettes de vue, seuls outils palliatifs dont elle dispose. Elle ne présente pas d'autres pathologies ni antécédents chirurgicaux notables hormis une hypertension essentielle.

Au niveau cognitif, trois MMSE ont été réalisés, le premier il y a quatre ans (21/30), le second il y a deux ans et demi (28/30) et le troisième il y a six mois (24/30). On note ainsi des variations et une baisse des performances cognitives. Elle présenterait une démence légère sur laquelle l'équipe veille pour maintenir ses capacités cognitives.

❖ Entrée en EHPAD

Madame vit dans l'institution depuis quatre ans. Elle était donc âgée de 83 ans à son entrée. Ceci a été décidé par ses enfants et elle-même suite au décès de son mari. En effet, du fait de sa fragilité psychique, madame était en incapacité à rester seule à son domicile. Ainsi, elle est relativement indépendante sur le plan physique mais dépendante psychiquement. Sa fille et son fils lui rendent visite régulièrement, plutôt les week-ends. Madame A. communique également via un téléphone portable qu'elle porte toujours sur elle.

D'après la grille AGGIR, elle se situe au niveau 4. Selon le site *Essentiel Autonomie* (2016), cela signifie que madame n'a pas de problèmes moteurs mais a besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et/ou l'habillage. Elle est autonome pour la prise des repas.

2) Projet de soin et suivis

❖ Projet personnalisé et suivi psychologique

Le projet personnalisé, réactualisé il y a un an, a été établi par la directrice de l'EHPAD puis présenté à la patiente. L'objectif principal est de maintenir ses capacités d'autonomie et le lien social. L'étayage relationnel est au cœur de son accompagnement.

Elle est prise en charge par la psychologue de l'EHPAD suite à l'arrêt de son suivi psychologique en cabinet libéral. C'est un lieu où madame évoque ses vécus insécures et anxiogènes. La psychologue propose aussi des séances individuelles de relaxation et d'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

❖ Profil psychomoteur

J'ai eu l'opportunité de faire passer un Examen Géro-Psychomoteur (EGP) à Madame A. en deux séances pour une durée totale d'une heure et quinze minutes.

Tout d'abord, je relève de bonnes capacités motrices. En effet, madame se déplace aisément, à petits pas et sans outil palliatif. Son équilibre (statique et dynamique) est stable mais se fragilise lorsque la surface d'appui au sol diminue (unipodal, bipodal sur pointes de pieds...). Une légère déviation de la ligne verticale s'observe mais madame s'autocorrige rapidement. Elle peut passer de la station assise à debout (et inversement) sans aide.

Au niveau tonique, madame accepte les mobilisations mais j'observe des anticipations attestant d'une difficulté à se laisser aller à la passivité. Des raideurs articulaires notamment distales sont perceptibles lors des mobilisations passives et actives des membres supérieurs et inférieurs. Ainsi, le tonus de fond est homogène mais élevé, révélant une certaine maîtrise.

Les praxies et la motricité fine sont relativement opérantes et précises, favorisant une bonne autonomie quotidienne. Ses mimes sont élaborés mais peu de mimiques faciales les accompagnent. Le repérage spatial et le maniement des notions spatiales sont efficaces, à l'instar des somatognosies. Au niveau temporel, le vocabulaire et la chronologie sont maîtrisés mais la datation est plus complexe.

Néanmoins, quelques troubles mnésiques (mémoire perceptive et verbale à court terme) sont repérables. En rappel différé de mots ou positions, madame présente des lacunes et écourte sa recherche. Elle évite ces épreuves où elle se sent en difficulté.

Tout au long de la passation, madame est attentive, concentrée et réactive. Les consignes sont comprises et les réponses apportées sont ajustées. Le langage est cohérent. Elle est en quête de validation et l'indiciage est source de réassurance. Elle est volontaire et effectue l'ensemble des épreuves mais son investissement varie selon les situations proposées. Elle se précipite et « abrège » certaines d'entre elles en cas de difficulté ou face à une tâche qu'elle juge complexe. Dans ce cas, elle énonce rapidement une réponse et n'approfondit pas sa réflexion. Je repère plusieurs fois que Madame A. se dévalorise et sous-estime ses capacités laissant entrevoir une mésestime et un manque de confiance en elle.

❖ Suivi en psychomotricité

- Indication et historique du suivi :

En outre, madame est suivie en psychomotricité depuis deux ans environ. L'indication a été établie à partir d'observations et d'un entretien avec la résidente. Ceci a également été discuté en équipe pluridisciplinaire. Le suivi hebdomadaire en psychomotricité vise ainsi à favoriser son bien-être, apaiser les vécus dépressifs et soutenir les capacités cognitives et motrices de Madame A. Renforcer l'estime d'elle-même est également un enjeu majeur.

Ainsi, avant mon arrivée, madame a d'abord participé à des séances individuelles de balnéothérapie durant quelques mois. En effet, l'EHPAD est équipé d'une baignoire thérapeutique d'hydromassage. La psychomotricienne m'explique que ces séances ont contribué à apaiser Madame A. Néanmoins, le suivi s'est interrompu lorsque madame a traversé une période de profonde dépression. De plus, la baignoire est hors d'usage depuis quelques temps.

- Prises en charge actuelles :

➤ Prise en charge groupale :

Aujourd'hui, Madame A. participe à un groupe de relaxation animé par la psychomotricienne. La séance d'une trentaine de minutes a lieu chaque mercredi en fin d'après-midi dans la salle de psychomotricité. Il s'agit d'un groupe ouvert proposé à des patients lorsqu'une anxiété transparait. L'effectif maximal est fixé mais le nombre de patients présents varie selon la disponibilité et l'état de chacun. Durant la séance, sur fond musical, la psychomotricienne propose d'abord un temps de relaxation dynamique où chaque patient assis est invité à un automassage guidé de chaque partie du corps puis un second temps de relaxation passive statique où chacun se laisse guider par les inductions verbales de la thérapeute.

➤ Prise en charge individuelle :

Après avoir observé Madame A. en séances de relaxation, j'ai proposé à la thérapeute de la prendre en charge seule en séances de psychomotricité. J'ai alors échangé avec la résidente qui s'est montrée favorable à ma proposition. Ainsi, ces séances visent à favoriser un mieux-être psychocorporel via la création (médiation artistique) et l'expression (différents supports d'expression). La stimulation de ses capacités cognitives et motrices est au cœur de la thérapie.

Nous avons décidé ensemble du thème des séances : les pays du monde. Après un échauffement articulaire et des stimulations proprioceptives « pour se mettre en éveil » me dit-elle, je lui montre diverses images d'un même pays. Elle me décrit les caractéristiques spatiales du lieu, sa potentielle situation géographique puis qualifie cet espace et m'évoque ses ressentis si elle s'y trouvait. Ceci permet de faire le lien avec sa personnalité, son histoire de vie, ses vécus passés et ses ressentis actuels. Enfin, le temps créatif final est en lien avec le pays exploré et le support varie d'une séance à l'autre afin qu'elle puisse découvrir et apprivoiser différents supports d'expression (dessin, découpage, tissage...). La séance s'achève par la verbalisation de ses ressentis relatifs à ce moment passé ensemble. Je vais ainsi relater plus loin notre voyage initiatique autour des pays du monde et les observations qui ont émergées au fil des séances hebdomadaires.

3) Ma première rencontre avec Madame A.

Ma première rencontre avec Madame A. fut une brève entrevue lors de ma première journée de stage, en fin d'après-midi. En effet, la psychomotricienne et moi nous dirigeons vers sa chambre située en face de la salle de psychomotricité afin de lui signifier que la séance de relaxation hebdomadaire approche et qu'elle peut dès à présent s'installer dans la salle. La thérapeute frappe à la porte de la chambre et madame l'entrouvre légèrement. J'entraperçois alors seulement son hémicorps droit et son visage dans l'encadrement de la porte. Madame A. signale immédiatement qu'elle ne souhaite pas participer au temps de relaxation et regarde très brièvement dans ma direction puis referme aussitôt la porte.

Lors de cette première entrevue, j'aperçois une dame bien valide mais peu souriante et indisponible à l'interaction. Madame A. est une dame de taille moyenne (environ 1,65 m) et légèrement enrobée. Ses épaules sont assez carrées et elle se tient droite. Madame A. a des

cheveux courts grisonnants et frisés, dressés uniformément sur sa tête. Son visage est fermé au premier abord, paraissant triste. Elle est assez amimique et sa peau est plutôt lisse. Elle porte des lunettes rondes à écailles, modèle en vogue qui adoucit ses traits et la rajeunit. À ce moment, elle semble avoir besoin de rester seule, parcourue par un mouvement dépressif. Ce fut en quelque sorte un premier rendez-vous manqué. Madame m'est apparue mystérieuse, distante et animée d'un vécu émotionnel complexe. Je perçois ainsi que l'entrée en relation avec elle n'est pas aisée et dépendante de ses émotions. Je me questionne alors sur son rapport à l'environnement qui l'entoure.

Je vais à présent relater brièvement la première séance de relaxation où j'ai fait plus ample connaissance avec Madame A.

Placée à l'extérieur du cercle formé par les participants assis, Madame A. est face à moi et, suivant les inductions de la thérapeute, je l'observe. Son regard hagard se fixe temporairement vers le bas, dans le vide. Parfois, son automassage s'interrompt et sa main ou son doigt est maintenu sur la zone désignée par la thérapeute. Ses gestes se figent, elle suit le rythme des inductions mais le geste perd de son amplitude jusqu'à s'immobiliser. Elle paraît immergée dans ses pensées, cela l'empêche-t-elle de maintenir une motricité rythmée par les inductions verbales ? Cette inertie est-elle un mode de défense visant à empêcher l'afflux de vécus psychocorporels négatifs ?

Lors du temps de verbalisation, elle s'exprime brièvement et détourne le regard. Les éprouvés sous-jacents semblent bruts, négatifs, non élaborés ni communicables. Je me questionne alors sur ce que fait émerger cette expérience relaxante et introspective chez Madame A. Je perçois en elle de nombreux mouvements émotionnels et un rapport singulier à son corps. A-t-elle accès à ses éprouvés corporels ? Comment permettre à madame de laisser advenir ses éprouvés et l'accompagner dans une élaboration ? Quelle expérience psychocorporelle lui permettrait de teinter ses ressentis autrement ?

Ainsi, c'est à partir de ces questionnements que j'ai réfléchi à la façon dont je pourrais accompagner Madame A. dans cette démarche. Avec l'aval de la psychomotricienne, j'ai commencé le suivi hebdomadaire de Madame A. quatre semaines après mon arrivée. Les séances détaillées ci-dessous furent un terrain d'observation propice qui m'a permis d'aller à la rencontre de Madame A., de faire évoluer ma réflexion et d'ajuster le suivi.

4) Soins psychomoteurs : extraits cliniques

❖ Posture, tonus et investissement corporel

Madame A. s'assoit toujours très droite face à moi sur une chaise qu'elle place de la même façon et au même endroit de la salle lorsqu'elle s'y trouve. Elle est ainsi près du lavabo, contre le mur qui longe le couloir d'entrée de la salle. La porte est à sa droite et la fenêtre qui donne sur la rue est à sa gauche, elle a une vue d'ensemble de la salle. Elle se dirige spontanément à cette place, tirant une chaise s'il n'y en a pas précisément à cet endroit.

Le début de la séance est consacré à des mobilisations corporelles actives. Lorsque je lui explique, pour la première fois avant d'engager le suivi, en quoi cela va consister, elle se dit sceptique, paraît réticente et se questionne sur ses capacités motrices. Lors de notre première séance, je lui propose tout de même de se mobiliser, en lui montrant chaque mouvement que j'exécute avec elle, en miroir. Madame A. mobilise chaque articulation qu'elle nomme au préalable lorsque que je les montre. Elle m'apparaît assez raide et hypertonique, en particulier au niveau du buste. De la tête jusqu'aux pieds, je l'invite à explorer ses amplitudes articulaires et ses capacités motrices. Dès la première séance, j'observe que l'amplitude des mouvements est assez réduite et qu'elle ne me quitte pas du regard, sans rétrocontrôle visuel entre mes mouvements et les siens. Je remarque que les articulations des épaules, des poignets et des chevilles sont très contractées. Elle évoque des craquements notamment lorsqu'elle effectue des rotations du cou et confie également être atteinte de bruxisme, ne parvenant pas à desserrer la mâchoire. Toutefois, chaque partie du corps est mobilisable et les mouvements sont reproduits fidèlement. Lorsque je le souligne, elle détourne le regard, hausse les épaules et paraît insatisfaite. Je fais alors l'hypothèse que madame se crée une certaine « carapace tonique » qui fige son corps et traduit un état de tension interne. Je perçois là un aménagement défensif qui permet peut-être de contenir fermement des éprouvés complexes et mettre à distance l'environnement extérieur. S'agit-il d'une forme de contrôle, de prise sur un ensemble de vécus qui la tourmentent ? J'émet également l'hypothèse que, ayant occupé une place active et assumé de nombreuses responsabilités au cours de sa vie, madame a du mal à se laisser aller à la détente. Que viendrait signifier pour elle un abaissement tonique ?

Ensuite, je lui propose de choisir une balle à picots colorée afin de réaliser librement un automassage de différentes parties du corps. Elle la tient fermement dans sa main, comme

agrippée. Son exploration se limite aux parties du corps proches de la main dans laquelle elle tient la balle, seule petite surface corporelle qu'elle regarde. J'observe ainsi une nouvelle fois qu'elle présente des raideurs articulaires qui réduisent l'amplitude des mouvements.

Au fil des séances, j'observe que l'amplitude des mouvements augmente, ils m'apparaissent plus fluides, parfois initiés et/ou créés par elle-même. Je pense que la répétition de l'exercice lui permet d'être plus spontanée, mentalisant et anticipant moins les gestes en amont. L'exploration de ses capacités motrices se poursuit ainsi mais j'observe que l'expérience est très dépendante de son état du jour avec parfois une opposition à toute mise en mouvements. De plus, elle perçoit peu de sensations proprioceptives au passage de la balle massante à gros picots mais son exploration est plus durable au fil des séances. Elle poursuit attentivement du regard les mouvements de la balle et me dit apprécier la sensation qu'elle a néanmoins du mal à qualifier, me disant un jour qu'elle est « peut-être insensible ».

❖ Une rigidité et une expressivité singulière

Madame A. est discrète lorsque je l'aperçois dans les espaces de vie ou lors des temps en groupe. Elle répond à nos questions et diverses sollicitations mais parle peu. Je remarque rapidement qu'elle emploie des termes très forts et négatifs, ponctuant des phrases courtes, et que le ton est souvent incisif. L'entrée en EHPAD fut « une chute », le handicap de son frère et la mort de son mari l'ont « brisée », deux événements qu'elle désigne comme des « traumatismes ». J'ai alors le sentiment que ces événements, et en particulier les émotions associées, sont réactualisés et perdurent, comme figés dans le temps. Ils ont fait effraction dans sa vie. Le ton employé est toujours le même, le regard humide se fixe vers la porte ou d'autres endroits de la salle. Ses lèvres se ferment et sa mâchoire semble verrouillée. La partie supérieure du corps est très droite et figée, les pieds effleurent répétitivement le sol dans un mouvement de ballant. Ainsi, je perçois une certaine tonalité émotionnelle dans ces évocations dramatiques mais ses émotions sont contenues. J'ai l'impression qu'elle porte ces vécus traumatiques et chargés émotionnellement de la même façon qu'elle a endossé les tâches imposées durant sa vie, silencieusement et avec ténacité. Sa carapace tonique témoigne-t-elle de cette contention ?

Un jour, en début de séance, elle se confie et souligne son âge, se sentant « vieille ». Elle poursuit en me disant fermement qu'elle « déteste » qu'on lui dise qu'elle porte bien son âge. D'après elle, certes, c'est ce qu'elle renvoie en apparence mais elle se sent

véritablement et profondément « fatiguée ». Sa réaction m'interpelle particulièrement et je perçois très vite que son rapport à elle-même est très sensible et tissé dans le négatif. Je change alors rapidement de sujet et me questionne sur la façon dont je pourrais aider Madame A. à assouplir le rapport agressif qu'elle entretient avec elle-même. Que signifie véritablement cette « fatigue » ?

❖ Un sentiment de solitude prégnant

D'autre part, j'ai questionné Madame A. à plusieurs reprises sur ses rapports familiaux actuels. Elle se décrit très seule et me dit que ses enfants lui rendent visite très ponctuellement. Elle me confie néanmoins communiquer avec son fils et sa fille tous les jours ou deux jours via son téléphone portable. Lorsqu'elle est avec sa famille, elle se décrit « en retrait » pendant que ses enfants s'adonnent à des activités sportives, regardent la télévision... En réalité, sa famille lui rend visite régulièrement. Ainsi, je m'aperçois au fil de nos échanges que les liens familiaux sont entretenus par ses enfants mais que le sentiment de solitude est davantage existentiel en cette période de vie où elle se sent en marge. Ce n'est pas la quantité qui fait défaut mais bien la qualité des liens qui ne pallie pas son vécu douloureux de solitude. D'autre part, la psychomotricienne m'explique que madame ne s'imaginait pas vieillir en institution mais au sein du foyer familial. Ainsi, ce sentiment de solitude s'ancre-t-il sur un sentiment de déception et d'abandon ? J'é mets l'hypothèse que son vécu dépressif est majoré par un sentiment de non-reconnaissance des multiples rôles qu'elle a endossés en tant qu'enfant, mère puis grand-mère.

De plus, elle m'évoque fréquemment en début de séance que le fait de côtoyer quotidiennement des personnes malades et plaintives est très difficile à supporter. D'après elle, l'ambiance dans la résidence n'est « pas gaie », les résidents ne sont « pas sympathiques ». Elle se demande pourquoi chacun n'a de cesse de parler de sa maladie et est très affectée lorsque certains manifestent leur tristesse, leur colère, leur douleur, leurs angoisses et préfère alors quitter le lieu. Ainsi, madame me paraît particulièrement sensible aux éprouvés des autres résidents auxquels elle ne sait quelle réponse apporter, hormis la fuite en rejoignant sa chambre. Je me questionne alors sur le retentissement que peuvent avoir les manifestations agressives, les vécus douloureux et la confrontation perpétuelle au vieillissement pathologique sur ses éprouvés et son image d'elle-même. Elle me dit qu'elle a du mal à « aller vers les autres » et me questionne régulièrement sur le comportement

qu'elle devrait adopter. Me plaçant en conseillère, j'émetts l'hypothèse que Madame A. a peu confiance en elle et que ses capacités adaptatives et interactives ont du mal à se déployer. Elle mobilise particulièrement mon appareil psychique et m'incite à élaborer, ce qu'elle semble très en difficulté à faire seule.

J'ai été surprise lorsque j'ai appris que madame résidait dans l'institution depuis quatre ans. Je perçois ainsi qu'elle est très en difficulté pour investir cet espace, tout comme elle est en difficulté pour investir l'espace familial. Finalement, qu'est-ce qui est familier et fait office de repères rassurants et identifiables pour Madame A. ? Ainsi, j'ai le sentiment que madame a du mal à trouver et faire sa place dans cet espace. J'émetts l'hypothèse que sa difficulté à « habiter » son corps vieillissant et ses capacités d'adaptation et de résilience déficitaires induisent une difficulté à investir l'espace-temps actuel de l'EHPAD.

❖ Expression et verbalisation - Investissement de la médiation artistique

La séance que je propose à Madame A. s'organise autour d'un temps central d'évocation et verbalisation via des supports picturaux, représentant un pays du monde. Ce thème n'a pas été choisi au hasard. En effet, en échangeant avec Madame A qui attendait le début de la séance groupale de relaxation, j'ai parlé du Canada en lien avec le changement progressif de température qui s'opérait en ce début d'automne. J'ai alors vu ses yeux s'illuminer et nous avons longuement échangé sur ce pays. Un sourire s'est inscrit sur son visage, apparaissant alors ouverte à l'échange et curieuse. Ses capacités mnésiques et cognitives paraissant efficaces, j'ai alors réfléchi à la manière d'intégrer ce thème dans nos séances, comme voie d'accès vers elle et façon d'éveiller et valoriser ses potentialités.

Tout d'abord, je rappelle que l'enjeu n'est pas de trouver précisément le pays illustré via les différentes photographies mais de le décrire. Vient ensuite un temps d'expression de ses ressentis face à ce paysage. J'observe que Madame A. scrute les photographies, réfléchit longuement au pays représenté et énumère plusieurs noms de pays. Elle a ainsi du mal à se défaire d'une injonction qu'elle se fixe mais cela atteste certainement de son difficile accès à la subjectivité et la qualification. Au gré des séances, du Canada au Maroc, en passant par l'Espagne ou le Sénégal, Madame A. donne progressivement de plus en plus d'adjectifs. Par exemple, face aux paysages verdoyants et immenses du Canada, différents mots émergent : « verdoyant », « sauvage », « automne » ... Lorsque je lui demande ce qu'elle ressentirait au sein de ce lieu ou si elle apprécierait l'explorer, resurgissent alors des termes tels que

« solitude », « angoisse », « isolement » ... Je perçois là que son sentiment de solitude est très ancré en elle et se transpose dans chaque lieu. Lors des séances suivantes, les termes « oppressant », « nu », « vide », « sévère », « dépaysant » émergent. Je lis en filigrane ses sentiments de solitude et de manque. Au fil des séances, Madame A. emploie de nouveaux termes et son regard est attiré par les couleurs chaudes, la luminosité... Je sens ainsi que ses éprouvés se teintent et l'échange est plus fluide, ponctué de sourires et regards. La dame froide et renfermée que j'ai rencontrée initialement apparaît toute autre.

Au fur et à mesure, madame m'évoque des souvenirs de vacances en famille avec un sourire non dissimulé. Je ne perçois pas de mélancolie, ces souvenirs nourrissent l'échange. Néanmoins, face aux paysages lapons enneigés, Madame A. relate rapidement ses souvenirs d'enfance lorsqu'elle marchait longuement dans la neige et la froideur hivernale. Ceci lui rappelle son enfance qu'elle qualifie de « malheureuse ». C'est alors que je la vois glisser sur le fauteuil, s'appuyant sur le dossier et étendant ses jambes vers l'avant. Ses yeux sont humides. J'ai alors l'impression que cette évocation douloureuse a libéré Madame A. Ceci s'est traduit corporellement par un abaissement tonique qui contraste avec son tonus de fond habituellement élevé, décrit précédemment. Ainsi, les manifestations corporelles se façonnent au gré des reviviscences et des émotions qui traversent Madame A.

Enfin, un temps final de création clôture notre séance, illustrant le thème choisi. Je propose à Madame A. un dessin, un coloriage, un pliage... Lorsque j'annonce ce temps final lors de la première séance, madame hausse les épaules et me dit qu'elle n'est « pas douée » puis effectue rapidement l'arbre que je lui ai demandé de dessiner. Elle tient fermement le crayon choisi dans sa main droite et tremble. La pince pouce-index est précise, les capacités de motricité fine sont bien opérantes. Le dessin non colorié, effectué rapidement, est peu visible, l'arbre m'apparaît dénudé et les racines sont minces (cf. Annexe I). Par la suite, à chacune de mes propositions, Madame A. a un mouvement de recul et semble peu motivée à réaliser ce que je lui présente. Je me questionne alors sur la façon dont je pourrais rendre cette expérience plaisante et non contraignante. Au fil des séances, j'effectue d'abord un pli, une découpe, un trait avant elle, à l'image du Squiggle de Winnicott. Madame A. m'observe attentivement puis poursuit la production. Elle se dévalorise fréquemment lors des premières séances, je réponds à ses mots en la guidant et en l'encourageant. Son geste est alors plus fluide, moins rapide. Progressivement, ses productions s'enrichissent, elle prend des initiatives, ralentit et affine ses gestes. Madame A. affiche un sourire presque satisfait lorsqu'elle a terminé sa création.

❖ Relation duelle / relation groupale : variations de la distance relationnelle

En me relatant l'historique du suivi psychomoteur, la psychomotricienne me décrit Madame A. comme une personne qui investit rapidement la relation et le soin individuel en psychomotricité. Lors de nos séances, madame se confie peu à peu sur ses vécus relatifs à son quotidien dans l'institution, entretenant une part de mystère en me disant que d'autres questions lui « trottent dans la tête » et qu'elle me les confiera plus tard. Au cours des séances, elle me questionne régulièrement sur l'origine de tel comportement d'un congénère, l'attitude à adopter dans telle situation, les raisons de sa fatigue qui la conduise à passer la plupart de son temps dans son lit... L'investissement de son corps et de l'espace est source de multiples questionnements, l'accès à ses éprouvés est très complexe. Elle m'apparaît incertaine, en quête d'approbation et de relations de cause à effet, objectives, rationnelles face à des éprouvés difficiles à élaborer et peut être anxiogènes. À chaque fin de séance, madame m'esquisse un sourire, me sert très vivement et longuement la main.

D'autre part, Madame A. participe parfois aux temps d'animation ou s'installe autour d'une table dans le salon près des autres résidents. Assise bien droite, elle observe les résidents et écoute leurs échanges qu'elle ponctue de mimiques. Elle parle peu et quitte rapidement l'espace pour rejoindre sa chambre. Quand je la vois ainsi, Madame A. me paraît stoïque et en marge de l'échange. C'est également un comportement observable lors des séances de relaxation. Ainsi, elle ne semble pas apprécier les temps groupaux, ce qu'elle me confiera rapidement en séances individuelles. Entendre les plaintes et longs discours des autres résidents, les heurts entre deux résidentes démentes, être spectatrice d'une résidente qui pleure le décès de son mari qu'elle a également perdu... sont le lot de son quotidien. Ceci semble éminemment insupportable et elle me dit changer de lieu lorsqu'elle assiste à de telles situations. Quels sont les impacts sur son image d'elle-même, spectatrice et auditrice malgré elle des vécus douloureux des autres sujets âgés en proie à une démence avancée ? Comment vivre au côté de l'autre âgé à la fois singulier et traversant la même étape de vie ? Que lit-elle à travers leur regard ? J'é mets l'hypothèse que ses réactions en collectivité sont des façons de se distancier de sujets qui ne cessent de lui rappeler le processus de vieillissement irrémédiable qui s'opère. Ses cognitions dépressives limitent d'autant plus ses interactions avec les autres résidents. Dans la relation duelle au soignant, elle est au cœur de l'attention et le lien thérapeutique est un appui certainement étayant et non dévalorisant. Je me demande alors quels sont ses supports d'identification en ce lieu où ses semblables sont en proie à un déclin moteur et cognitif, des chutes, des angoisses.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Section A : discussion et analyse des études de cas

I- Vécu et éprouvé du corps vieillissant

1) Une version inédite de soi

En avançant en âge, le sujet âgé fait l'expérience d'une version inédite de son corps. S. Korff-Sausse parle de corps inédit, dans le sens où de nouveaux éprouvés émergent, la familiarité laisse place à l'étrangeté : « ce corps étranger devient menaçant, imprévisible, incontrôlable » (Korff-Sausse, 2010, p. 28). Elle poursuit sa réflexion en décrivant le détachement et le désinvestissement corporels qui s'opèrent, l'intervention du psychomotricien prend là tout son sens en vue d'une réappropriation subjective du corps. *Chez Madame A. j'observe souvent une certaine fixité, où l'immobilité est préférée à la mise en mouvements malgré les compétences motrices existantes. Les mécanismes, rituels et automatismes laissent peu de place à la spontanéité.* Lorsqu'il est désinvesti ou purement fonctionnel, le corps fait moins l'objet de paroles, regards, attentions bienveillants et valorisants. Habiter ce corps vieillissant est une expérience sensible.

2) Les plaintes somatiques

Le ressenti du corps vieux est souvent douloureux au sens propre du terme, en témoignent les nombreuses plaintes somatiques des résidents en EHPAD et plus généralement des personnes âgées. C'est aussi une façon de faire reconnaître et « entendre » la souffrance physique et psychique. Le sujet est en demande de soin, en lutte contre des angoisses. *C'est ainsi que peuvent être entendues les douleurs aux pieds, tibias ou genoux fréquemment énoncées par Madame C. Ces douleurs, notamment articulaires, « l'amputent » et entravent sa marche, fonction très investie durant son enfance et sa vie d'adulte. In fine, elle a « mal à sa marche ».* Comme nous l'avons vu, le corps et son vécu se modifient au gré du vieillissement physiologique et des affections associées, parfois douloureuses (arthrose, arthrite...). La plainte douloureuse peut bien évidemment témoigner

d'un dysfonctionnement organique. Néanmoins, lorsqu'elle se répète et se chronicise, la plainte somatique peut être messagère et constituer un signal d'appel. S'octroyant le rôle de malade, la personne âgée cherche à pallier un défaut d'estime de soi qui peut être lié, plus généralement, à une difficulté masquée à accepter le vieillissement et son cortège de remaniements. Entendre et accueillir cette plainte en se questionnant sur la dimension organique et psychique permet de la légitimer sans passer sous silence la douleur morale ni cliver corps et psychisme (Allaz, 2006).

II- Les dynamiques comparatives à l'œuvre : Soi avant/Soi maintenant

1) Résurgences du passé

Chez nombre de sujets âgés, on repère de multiples évocations du passé : vie professionnelle, liens familiaux et amicaux, rôle parental, activités physiques et de loisirs... Parfois, le récit de sa vie d'antan constitue l'essentiel du discours du sujet âgé, *c'est notamment le cas chez Madame C. qui narre longuement et minutieusement des pans de sa vie, comme évoqué précédemment. Il s'agit là d'une comparaison discrète et dissimulée via une reviviscence de ce qui n'est plus. L'emploi de l'imparfait atteste bien de cette temporalité. Une certaine nostalgie est perceptible dans sa voix, notamment lorsqu'elle évoque ses capacités physiques d'antan et son passé de marcheuse. À cette époque, ses pieds étaient intacts et ses jambes, certes parfois douloureuses, lui permettaient de déambuler ici et là. Aujourd'hui, en observant ses membres inférieurs, elle aperçoit un hallux valgus avec « le gros orteil qui se couche sur les autres, ce fainéant ! » et des cicatrices aux genoux, traces de l'ouverture cutanée qu'a nécessitée la pose de prothèses.*

Quant à Madame A., la comparaison par rapport à sa personnalité et ses compétences d'antan est plus manifeste, notamment via l'utilisation de termes comparatifs (« plus », « moins », « avant » (...) « maintenant »). Chez chacune, la baisse de dynamisme et la perte de leur statut de femme active sont douloureuses. La personnalité et les capacités d'autrefois sont précisément décrites au détriment des potentialités actuelles dépréciées. Peut-être est-ce également un mécanisme défensif qui viserait à s'assurer de la solidité des assises narcissiques et identitaires face à une difficulté à investir le Moi actuel. Ainsi, un tarissement des éprouvés positifs et valorisants est à l'œuvre, plus ou moins intensément, chez les âgés.

2) Comparaison temporelle

Ainsi, D. Alaphilippe et N. Bailly (2014) parlent de « comparaison temporelle » pour désigner ce mécanisme à l'œuvre dans le vieillissement. Ils poursuivent leur réflexion et évoquent « une comparaison vers le haut donc potentiellement défavorable pour la valeur de soi » (p. 90). La comparaison vers le haut suppose un référentiel plus performant, plus compétent. Chez le sujet âgé, il peut s'agir d'une comparaison par rapport à un autre plus agile et habile, éventuellement plus jeune, ou par rapport à soi-même plus jeune et excellent dans un domaine particulier. Les deux auteurs soulignent alors qu'« il peut être valorisant de se comparer à soi-même quelques années plus tôt si la différence de performance est restreinte » (p. 90). Hélas, ce sont surtout les pertes de capacités les plus importantes qui sont massivement perçues par le sujet âgé. Les défaillances surgissent contre leur gré et le corps peut être un objet de trahison. L'articulation des expériences passées et actuelles du corps fait souffrance. La comparaison avec l'image du corps d'antan est aussi très prégnante chez l'entourage du sujet, *comme en témoigne la petite fille de Madame C. lorsqu'elle dépeint le portrait de sa grand-mère jeune et pimpante. L'image d'antan et l'image actuelle s'entrechoquent, l'écart est tel qu'il impacte la reconnaissance de la personne même puisqu'elle dit ne plus reconnaître sa grand-mère.* Les marqueurs du vieillissement remanient l'image corporelle et mobilisent les capacités adaptatives du sujet. Les souvenirs de l'apparence physique et du corps jeune émergent et l'écart, plus ou moins majoré, par rapport à l'image actuelle peut entraver le sentiment de continuité d'existence.

III- Expérience et image spéculaires : l'image du corps à travers le regard de l'Autre

1) Le stade du miroir d'après Lacan

Comme évoqué précédemment avec la théorie de l'image inconsciente du corps de Dolto, l'image du corps est subjective, personnelle et se construit en interaction avec l'environnement proche et social chez chacun dès le plus jeune âge. Lacan a ainsi théorisé le « stade du miroir » comme expérience faite par le jeune enfant dans les premières années de sa vie. Entre 6 et 18 mois précisément, le bébé se reconnaît dans le miroir, porté et

approuvé par celle qui le porte dans ses bras, sa mère. Il y a ainsi reconnaissance de soi avec apparition de l'autre dans la construction de l'image de soi. À ce titre, C. Simard (1987) explique qu'« il n'y a pas de reflet, d'image de soi vraiment structurant et structurante sans le rapport à un autre présent par son désir. Ce désir que l'autre a du sujet va devenir la bonne terre sur laquelle le sujet pourra planter : expériences, identifications futures, identité » (p. 48). Pour F. Dolto, cette expérience spéculaire est une « expérience symboligène ». Ainsi, l'Autre renvoie au sujet son image spéculaire, tout au long de sa vie.

2) Rôle et représentations sociétales du vieillard

Or, l'image renvoyée au sujet âgé n'est plus aussi valorisante lorsque les marqueurs du vieillissement s'imposent et déforment l'image coutumière. Cette non-reconnaissance, qui se traduit verbalement par l'expression « plus comme avant » prépondérante dans le discours de Madame A., est définie par C. Simard (1987) comme « l'expérience du miroir brisé ». Ainsi, le miroir « ne renvoie plus l'image souhaitée, il se brouille ». Cette expérience est « un moment où les repères identificatoires se modifient en profondeur, repères que le moi trouvait dans son environnement proche et/ou lointain et/ou intime » (p. 49).

À cela vient s'ajouter la perte d'une image gratifiante dans le regard des collègues, de l'entourage familial... *La reconnaissance et la valorisation dans les sphères professionnelle et familiale sont des souvenirs qui appartiennent bel et bien au passé, un passé convoqué régulièrement par Madame C. En effet, elle évoque souvent son travail de dactylo et la satisfaction de ses supérieurs hiérarchiques.* C. Herfray (2007) souligne le fait que « l'entrée dans la vieillesse représente la perte des rôles du passé et de la satisfaction qu'ils apportaient au sujet » (p. 144). Ce rappel nostalgique des rôles passés est peut-être un moyen de restaurer son identité sociale et son narcissisme. L'enjeu sera alors d'offrir l'opportunité au sujet âgé d'assurer d'autres tâches, jouer d'autres rôles dans son quotidien.

3) Identification ou non identification aux congénères

D'autre part, au sein d'un EHPAD, la personne âgée côtoie quotidiennement des semblables qui sont parfois difficilement identifiés comme tels. En effet, *les congénères sont*

éminemment « autres » dans le discours de Madame A. Au-delà du sentiment de solitude prégnant et la difficulté à tisser des liens, elle éprouve une difficulté certaine à s'identifier à ces autres sujets âgés, qui n'ont de cesse de parler de « maladie », sont « froids » et « vieux ». On perçoit là une projection massive sans identification possible. Les rapports qu'entretiennent Mesdames C. et A. avec les autres sont assez pauvres et parfois teintés d'agressivité. Non seulement le semblable n'est pas identifié comme tel mais il fait également peu office de miroir valorisant, en proie à des troubles moteurs et/ou cognitifs, replié sur lui-même et en panne de symbolisation. Or, d'après C. Herfray (2007), « le manque d'échanges vient tarir la source de l'activité symbolique et incite au repli sur soi, à l'immobilité, à l'enfermement et à l'univers de la rêverie » (p. 62). Ainsi, les supports identificatoires font défaut, d'autant plus que la personne âgée, avançant en âge, a pu perdre des amis proches au fil des années. C'est ce que deux résidentes évoquent, conversant en attendant le début de la séance hebdomadaire de relaxation : « mes amies sont toutes mortes ! Elles me manquent vous savez ». Ainsi, les liens d'affiliation peinent à se tisser sur fond de deuils douloureux rappelant ce qui se profile pour le sujet âgé dans ce dernier pan de vie : la mort. Alaphilippe et Bailly (2014) expliquent ce phénomène :

« Lorsqu'on avance plus avant dans le grand âge, ce sont ses propres contemporains qui disparaissent petit à petit : amis, ex-collègues de travail, frères, sœurs et même conjoint ou conjointe. Une vision pessimiste du vieillissement conduit en conséquence à l'associer à une série de pertes inéluctables qui s'achèvent par une perte définitive, celle de la vie même » (p. 121-122).

IV- Atteintes narcissiques et dynamiques dépressogènes chez l'âgé

1) Stigmates du vieillissement et dépréciation

Le corps vieillissant est porteur des stigmates du vieillissement. L'image renvoyée par le miroir (réel et le regard de l'autre) n'est plus telle qu'elle était jadis. L'écart par rapport à l'Idéal du Moi, qui alimente le narcissisme du sujet tout au long de sa vie, se creuse. Cet Idéal se floute et devient figure de l'inaccessible. Le corps du sujet est appareillé (déambulateur, appareils auditifs, lunettes...) et ses capacités (motrices, praxiques...) diminuées sont suppléées par le soignant. Ceci peut être particulièrement difficile à vivre

pour la personne âgée. *Ce fut le cas pour Madame C. qui a d'abord rejeté violemment l'aide aux soins de nursing proposée par les soignants face à la négligence corporelle apparente. Ceci la renvoyait inévitablement à une perte de capacité et d'autonomie touchant à la sphère de l'intime. Autrement dit, une suppléance était nécessaire là où l'autonomie et les gestes relatifs à la toilette avaient été acquis dans la plus tendre enfance.* S. Korff-Sausse parle de « reprise de l'infantile » (Korff-Sausse, 2010, p. 17) pour qualifier cet étayage nécessaire, mécanisme inverse de l'autosuffisance et moins valorisant narcissiquement. Le nourrisson, l'enfant, l'adolescent puis l'adulte cheminent vers l'indépendance, d'abord relative puis totale. Dans la clinique du vieillissement, face à la dépendance réactualisée peu ou prou, on observe deux types de réactions explicités par J-M. Talpin (2011) : renforcement du lien de dépendance tel un agrippement ou rejet et refus de tout témoignage de perte d'autonomie et de suppléance. Il conclut ainsi : « la dépendance dans la vieillesse n'est pas seulement un fait, mais aussi une anticipation et une angoisse qui réactualisent des angoisses infantiles » (p. 46).

2) Moi Hideur de Messy et fatigue existentielle

Le manque d'hygiène corporelle, *qui fit dire à la petite fille de Madame C. qu'elle ne la reconnaissait plus*, peut aussi s'entendre comme une aggravation et un abandon du corps déplaisant. Traitant de l'image du corps vieillissant, Messy (2002) parle de « Moi Hideur ». D'après lui, la représentation de soi est laide et désunifiée par les outils palliatifs. C'est le phénomène inverse de l'expérience primitive du tout petit intégrant une image unifiée de son corps qu'il découvre dans le miroir (cf. stade du miroir de Lacan). Il y a un mouvement d'« identification projective », peut être à voir comme une défense telle que je l'ai évoquée précédemment. *Madame A. désigne les autres résidents de l'EHPAD comme « malades », « vieux », « peu loquasses » ... Elle est démunie face à son incapacité à tisser des liens avec ces sujets marqués par les années.* N. Kafoa et V. Roumilhac (2012) approfondissent cette notion de « Moi Hideur » :

« Face à ce Moi Hideur, le sujet tend à développer une position dépréciative, voire dépressive. Le processus d'identification à l'autre où le langage contribue à donner au sujet sa place, est remis en cause, et se pose alors la question de qui fait tiers dans les miroirs de l'âge » (p. 185).

Le sujet fait face à des deuils et perçoit un ralentissement idéomoteur progressif. *C'est dans ce sens qu'on peut entendre la fatigue évoquée par Madame A. ou la sensation d'ankylose de Madame C.* On observe alors un moindre investissement dans les activités diminuant les compétences motrices et cognitives et dégradant l'estime déjà fragilisée du sujet : « les baisses de performances imputables à l'âge dans les domaines cognitifs et psychomoteurs peuvent affecter l'estime qu'une personne se porte et l'entraîner dans une spirale dépressogène de dévalorisation de soi » (Alaphilippe & Bailly, 2014, p. 89).

V- Image du corps fragilisée et difficultés de délimitation

1) Figuration du corps : le dessin du personnage, une illustration du rapport au corps et sa symbolisation

Vignette clinique, Madame C. :

À la fin d'une séance de psychomotricité, la psychomotricienne a proposé à Madame C. de dessiner un bonhomme (test projectif). Madame C. maintient la feuille en position paysage telle qu'elle est face à elle. Cette dernière saisit un feutre orange de sa main gauche et peine à retirer le bouchon qu'elle dévisse. Je lui propose mon aide qu'elle accepte. À l'énonciation de la consigne, Madame C. dit immédiatement « je ne sais pas dessiner vous savez ». Ébauchant les premiers traits, elle nous dit alors « ne regardez pas mon dessin, il est minable (...) je ne suis pas dessinatrice ! ». Elle dessine le bonhomme (cf. Annexe II) par petites touches successives (4-5 arrêts/reprises), commençant d'abord par la tête, le tronc puis les membres inférieurs. J'observe que madame tremble et appuie fortement sur la mine. Tout au long du dessin, elle nous regarde alternativement et nous questionne sur ce que nous en pensons. Elle décrit chaque membre qu'elle dessine et repère qu'un bras est plus long que l'autre. À la fin du dessin, madame semble satisfaite et est en quête d'approbation : « c'est pas mal hein ? ». Puis, elle ajoute des traits sur visage resté vide jusqu'alors.

À l'observation de ce dessin, je repère un corps rectiligne et confus avec des éléments plus accentués que d'autres, notamment au niveau des parties distales et des jonctions articulaires principales. Un long tronc est relié à de petites jambes, l'articulation entre haut

et bas du corps est confuse, s'apparentant à une cicatrice. Un défaut de proportion est aussi repérable au niveau des bras, l'un étant plus petit que l'autre. La tête est reconnaissable par sa forme circulaire. Au-delà des troubles cognitifs présentés par Madame C., cette élaboration par touches successives m'évoque une méconnaissance du schéma corporel et une représentation pauvre, assez morcelée du corps. C. Montani et M. Ruffiot (2009) parlent de « catastrophe de figuration » en référence aux « catastrophes de symbolisation » décrites par P. Roman. Les auteures émettent l'hypothèse que l'image du corps serait « une aire transitionnelle favorisant le passage de la figuration à la symbolisation » (p. 107). Dans le cas de la démence, il y a atteinte des processus de figuration : le Moi corporel et sa représentation sont lacunaires. Elles décrivent même une « béance symbolique » (p. 107). On perçoit ainsi des imprécisions au niveau des limites corporelles, aspect développé dans le paragraphe suivant.

2) Une enveloppe corporelle lacunaire

En comparaison avec le dessin du bonhomme effectué huit mois auparavant par Madame C. (cf. Annexe III), on repère des différences notables. En effet, lors de la première production, le bonhomme est également rectiligne et fin. Le corps est long, jambes et bras sont joints. Le visage est plus détaillé. Une absence de tronc est remarquable. Ceci m'évoque une « image du corps perforable » (p. 108), notion décrite par C. Montani et M. Ruffiot (2009). En effet, l'enveloppe moiïque serait ébréchée et entraverait ainsi la figuration. Ceci aurait comme origine une « angoisse de vidage » (p. 108) : l'appareil psychique devient lacunaire et des déficits cognitifs apparaissent (pertes mnésiques, altération des performances cognitives et intellectuelles...). Ici, le tronc ouvert m'évoque un vide, l'enveloppe corporelle est peu délimitée. Ceci est moins repérable à la seconde production, la représentation, certes lacunaire, est plus délimitée. L'expérience sensorielle via le toucher thérapeutique en psychomotricité a peut-être contribué à une meilleure perception et conscience des contours du corps, atténuant les distorsions psychiques. Dans l'un et l'autre cas, on perçoit une difficulté à délimiter nettement. Les bonhommes sont très fins. J'é mets l'hypothèse qu'un certain défaut de contenance et d'appuis internes est vécu et transcrit par Mme C.

Le dessin du corps fait par Madame A. (cf. Annexe IV) révèle aussi un défaut de délimitation de la surface corporelle. La partie inférieure du corps est difficilement reconnaissable sur ce petit bonhomme dessiné de profil. Il semble peu ancré et les traits en pointillés m'évoquent une hésitation attestant d'une méconnaissance ou d'un défaut d'affirmation de soi. La maison dessinée avec empressement à côté m'apparaît comme un appui extérieur nécessaire au personnage représenté, peut-être pour palier à un défaut d'appui interne et de contenance.

L'enveloppe corporelle du sujet âgé est soumise à diverses modifications physiologiques (amaigrissement, desquamation...). Le vécu du corps et ses altérations ont donc un retentissement sur sa représentation figurée et, plus largement, sur la représentation de soi.

De plus, le corps porte les traces des expériences passées. Il n'est pas rare de rencontrer des sujets âgés ayant subies des opérations chirurgicales de plus ou moins grande envergure ou marquées par divers travaux (agricoles, industriels, ménagers...) effectués répétitivement. Le corps est alors marqué de cicatrices. Le Moi-peau serait porteur des fêlures plus ou moins traumatiques du passé. *C'est le cas chez Madame C. qui relate régulièrement son opération pour pose de prothèses lorsqu'elle observe ses cicatrices verticales aux genoux, les mesurant ou les qualifiant. Ceci s'accompagne d'un récit précis de l'évènement, parfois entrecoupé par des bribes de discours de ses parents.* C. Montani et M. Ruffiot (2009) parlent à ce propos de « colmatage auto-contenant » (p. 110). On peut penser cette exploration des cicatrices comme une tentative de restauration de l'enveloppe lésée et de comblement des pertes (perte d'une peau lisse sans trace cicatricielle, des parents...). Ainsi, d'après les auteures ce serait « comme si cette exploration minutieuse des stigmates corporels d'une ouverture, d'une brèche créée au niveau de l'enveloppe cutanée se doublait, dans une confusion des registres, d'une exploration symbolique des « cicatrices psychiques » laissées sur le moi-peau du sujet par ses différentes expériences de vie » (p. 110). *L'enveloppement par des couches de vêtements repéré par l'équipe soignante chez Madame C. pourrait également s'apparenter à une recherche de contenance, peut être un colmatage. L'immuabilité des positions prises en salle de psychomotricité et les rituels de Madame A. peuvent également faire penser à un « colmatage autocontenant ». Quelque chose semble se figer et contenu fermement.* Cette contenance a peut-être comme fonction de (re)conquérir une image du corps plus stable, solide et sécurisante, moins soumise à l'érosion liée au temps qui passe.

Section B : dans l'espace en psychomotricité, comment apprivoiser un corps vieillissant, une image du corps et de soi en mutation ?

I- Tissage d'une relation étayante et continuité d'existence

1) Fonction alpha et moi auxiliaire : aperçu de concepts bioniens

Madame C. et Madame A., chacune à leur façon, développent une relation singulière dans l'espace psychomoteur. C'est à la fois un lieu où s'exprime authentiquement leur Moi et où se tisse une relation d'étayage, la psychomotricienne et moi étant réceptacles et « traductrices » de leurs manifestations psychocorporelles. La reformulation, la verbalisation et l'expression des capacités motrices et cognitives permettent de structurer l'éprouvé psychocorporel présent et à plus long terme, au fil des séances. Ceci rappelle la « fonction alpha » développée par W.R. Bion qui permet un travail de liaison dans ce contexte où le lien entre éléments bruts (béta) et représentations se fragilise. Via cette fonction, dans les premiers temps du développement infantile, la mère accueille et traite les mauvais objets en quête d'élaboration de l'enfant, et les retranscrit sous une forme acceptable et « accueillable » par lui (Jalley, 1989). C'est ce que je perçois dans le travail avec Madame A. Les éprouvés dépressifs et négatifs surgissent massivement et transparaissent dans sa posture, son discours, ses verbalisations. Je m'emploie alors à verbaliser, reformuler et offrir une surface pour exprimer ses ressentis (photographies, feuilles pour dessiner, plier, écrire...). Quant à Madame C., le temps de toucher thérapeutique lui offre une expérience cutanée enveloppante lui permettant de localiser et verbaliser ses douleurs. La douleur n'est plus seulement latente et entravante mais identifiée et apaisée.

Le rôle du psychomotricien se profile ainsi, face à un appareil psychique en proie à des remaniements et des délitements. Il y a là un travail d'élaboration et de (rè)association des contenus et manifestations psychocorporels émergeant lors des séances de psychomotricité. *C'est ainsi que j'entends et que je reçois les multiples questions de Madame A. relatives à son positionnement vis-à-vis des autres, à son anhédonie, aux moyens de tromper l'oisiveté ... Je perçois une quête de réponses face à des éprouvés incompris et difficiles à élaborer. L'accueil de ces questionnements et l'observation des manifestations*

corporelles permettent un travail de mise en lien, au plus près des vécus du patient, dans l'ici et maintenant. Les manifestations de l'angoisse s'atténuent, notamment au niveau tonique (baisse de l'hypertonie) et postural (posture d'ouverture). Ceci renvoie à la notion de « Moi auxiliaire » (cité dans Fourques, 2013) théorisée par W. R. Bion et corrélée à la « fonction alpha » explicitée précédemment. Reprenant les apports de Bion et ses continuateurs, C. Fourques (2013) souligne ainsi que « le thérapeute met à la disposition du patient son appareil psychique, pour le soutenir dans un travail d'intégration, de mise en lien, de symbolisation » (p. 84) à l'image de la mère lorsque son enfant est en proie à des ressentis corporels et des émotions non intégrables.

2) Préservation du sentiment de continuité d'existence

Le sentiment de continuité d'existence a été théorisé initialement par D.W. Winnicott. Dans cette lignée, E. Pireyre (2015), psychomotricien, considère que « la sensation de continuité d'existence » est une sous-composante majeure de « l'image composite du corps », notion qui lui est propre et définie dans la partie théorique. D'après l'auteur, la continuité d'existence est « la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace » (p. 55). C'est une expérience affective et sensorielle primaire faite par le nourrisson et qui initie sa construction identitaire, notamment grâce au holding maternel. Au gré des expériences de vie et du temps, si ce sentiment de continuité s'est bien établi initialement, il perdurera comme toile de fond et sécurité de base. Il garantit une certaine cohérence mais peut être fragilisé.

Au cours du temps, chaque individu fait face à des modifications corporelles, environnementales, des pertes, des ruptures. Dans l'avancée en âge, la multiplicité des pertes et changements subis par la personne âgée peut créer des discontinuités, d'autant plus lorsque des déficits mnésiques se surajoutent. La démence en est l'illustration pathologique. Le sujet a du mal à percevoir une continuité temporelle existentielle et des invariants, la totalité du récit de vie n'étant plus accessible ni reconstituable. La thérapie psychomotrice conduit le sujet à se centrer sur lui-même, son corps, ses mouvements, ses sensations, ses émotions. Les liens entre reviviscences du passé et sensations actuelles rétablissent une certaine continuité d'existence. *C'est ce qui, à mon sens, se produit régulièrement lors des séances avec Madame C. Les souvenirs relatés sont réinscrits dans une temporalité*

cohérente. L'expérience psychomotrice se déroule de séance en séance et offre une exploration progressive et continue de soi. De plus, l'espace-temps proposé est repérable par la résidente et la régularité des séances instaure une rythmicité sécurisante.

II- Un espace « suffisamment bon » : fonctions maternantes et guidance

1) Accueil des manifestations corporelles et discursives

Les séances de thérapie psychomotrice sont dédiées à l'exploration et l'expérimentation corporelles, qu'elle que soit la médiation utilisée. Le praticien est particulièrement attentif au langage corporel (gestes adressés ou non, réactions de prestance, mimiques, posture, régulation tonique...) auquel s'associe le discours sur le corps. Le patient est parfois en panne de symbolisation, laissant le corps en proie à des angoisses internes non élaborables ou le discours est totalement dépourvu d'affects et émotions. Chez le sujet vieillissant présentant des troubles cognitifs, phasiques et/ou dépressifs, les capacités représentatives sont entravées et le corps est un précieux support d'expression et de communication. Le praticien recueille les manifestations psychocorporelles, restitue ses observations et invite le sujet à verbaliser ce qu'il éprouve intérieurement, dans l'ici et maintenant et selon ses propres capacités d'élaboration. Chez le sujet âgé, des troubles mnésiques induisent parfois un défaut d'historicité, des éléments éparses de l'histoire de vie surgissent, sans chronologie. Il est donc important de resituer le discours du patient dans son contexte afin qu'il resitue les événements relatés et restaure un « sentiment de continuité d'existence ». Tout son corps est parfois empreint du souvenir et en particulier de l'émotion relative à celui-ci.

2) Des représentations choses aux représentations mots

La personne âgée en institution est parfois animée d'angoisses sur lesquelles elle n'a de prise, majorant un vécu d'impuissance et de non-maitrise du corps. La verbalisation, les questionnements, les gestes de réassurance ou les expériences relaxantes permettent d'accueillir cette angoisse et de la saisir, d'abord en la repérant puis en tentant de la

comprendre. *Ce fut la démarche entreprise avec Madame C. lorsque nous la vîmes à plusieurs reprises parcourue de tremblements diffus. Nous l'avons entourée et soutenue physiquement afin d'éviter tout risque de chute puis avons décrit ce que nous observions et percevions. En la questionnant sur ce qu'elle ressentait, soutenue par l'assise du fauteuil, les tremblements ont progressivement cessé.* Ainsi, le recours aux mots pour tenter de traduire ou au moins approcher le vécu corporel brut lui a donné une signification à l'instant T. Ceci vient rompre la répétitivité de l'expérience corporelle angoissante par la tentative de mise en sens. C. Fourques (2013) explique que via la contenance corporelle et psychique du thérapeute, le sujet se réapproprie ses propres « contenants de pensée ». D'après elle, le processus de symbolisation peut ainsi reprendre, permettant de retisser un lien entre représentations choses et représentations mots et d'atténuer l'angoisse. Elle achève son article ainsi : « l'investissement du thérapeute participe à la reprise des processus de symbolisation. Les affects sont alors sources de liens entre représentations de choses et représentations de mots » (p. 86).

Un temps final de verbalisation clôture parfois la séance de psychomotricité, déjà ponctuée tout au long de confidences, ressentis, réactions, questions. Au sein des différentes séances, j'ai pu repérer que la dépréciation et la dévaluation étaient particulièrement à l'œuvre chez les âgés, révélant une piètre valeur de soi et une image de soi fragilisée. Ceci transparissait à la fois au niveau tonico-postural et au niveau langagier. Les mots choisis étaient fortement connotés, peu nuancés. *Comme je l'ai évoqué dans l'étude de cas, j'ai été particulièrement interpellée par la rigidité et la sévérité perçues au travers du corps et de l'attitude de Madame A. mais aussi de ses mots. Je dirais que le défaut de flexibilité et de nuance émotionnelle transparissait tant au niveau corporel que langagier. Mon projet de soin initial fut alors de réinsuffler de la souplesse en donnant l'opportunité à Madame A. de découvrir diverses sensations relatives au corps en mouvement et différents supports d'expression et création. Au gré des séances, j'ai perçu que le discours se teintait, le vocabulaire employé s'enrichissait et, parallèlement, les mouvements se sont assouplis, parfois spontanément initiés. J'ai ainsi eu le sentiment que la libération du corps et l'ouverture posturale ont influencé le discours sur le corps et les ressentis émotionnels. Elle m'est apparue moins figée et engluée dans un vécu psychocorporel dépressif et dépréciateur.*

III- Accueil du corps « en quête de figuration »

1) Interface transitionnelle

Le patient âgé est en proie à des vécus corporels non élaborés qui peuvent être éminemment angoissants. L'espace en psychomotricité est un lieu propice à l'observation des attitudes et réactions du sujet. *Ainsi, face aux expressions verbales et corporelles de Madame C. et Madame A., on perçoit une extériorisation et une quête d'élaboration. L'espace est particulièrement investi par chacune.* D'après C. Montani et M. Ruffiot (2009) :

« Cet accrochage transférentiel à l'objet thérapeute semble pouvoir être conçu comme une tentative de création par le patient d' « une surface relationnelle miroir » dans laquelle la dimension corporelle pourrait alors peut-être interférer et favoriser la figuration, au travers du filtre sensoriel du thérapeute, d'une image du corps acceptable et fonctionnelle » (p. 112).

L'accueil des sensations corporelles douloureuses de l'une et des vécus colériques et dépressifs de l'autre permet un apaisement et une intégration.

Pour illustrer ce rôle de réceptacle, la notion d' « objet contenant » théorisée par E. Bick est particulièrement révélatrice. Elle le définit ainsi : « Le besoin d'un objet contenant apparaît, dans l'état infantile non intégré, comme la recherche effrénée d'un objet – une lumière, une voix, une odeur ou un autre objet sensuel – qui peut tenir l'attention, et, de ce fait, être expérimenté, momentanément tout au moins, comme tenant ensemble les parties de la personnalité » (Harris, Bick, Miller, & Williams, 1998, p. 136). Dans la pratique psychomotrice auprès du sujet âgé, d'après C. Montani et M. Ruffiot (2009), « ce qui est alors recherché n'est pas tant une présence qu'une contenance autorisant du moins temporairement l'expérience restaurée d'un sentiment de permanence identitaire » (p. 112). Face au délitement et aux sensations éparées, le psychomotricien tente de synthétiser, unifier et retranscrire ce qu'il perçoit du sujet.

On perçoit chez certains sujets âgés des pertes mnésiques et une enveloppe psychique et corporelle qui s'étirole, comme évoqué précédemment. Ainsi, l'espace psychomoteur pourrait palier à ce défaut de contenance. Ce portage extérieur permet de ressentir une permanence de soi, sentiment mis à mal chez le sujet dément. D'après C. Montani et M.

Ruffiot (2009), la fonction phorique consiste à « créer, par une présence et une écoute attentive, un espace transitionnel apte à accueillir de nouveaux matériaux (fantasmatiques, intersubjectifs, mnésiques) qui fournissent autant de supports aux activités de figuration/symbolisation » (p. 113).

2) Retour aux vécus corporels et tentatives d'élaboration

L'espace en psychomotricité permet de partir à la (re)conquête des sensations corporelles et du corps en mouvement. C'est un lieu expérientiel où le thérapeute guide, propose et est un médiateur. *Avec Madame C. l'expérience sensorielle permet d'apprécier le contact tactile et enveloppant à la surface de la peau, via le toucher et l'eau, tandis qu'avec Madame A. il s'agit d'explorer et mettre en valeur ses ressources motrices et cognitives. Dans les deux cas, il s'agit d'un guidage assez proche car la dévalorisation et le désinvestissement sont prégnants.* Faisant l'analogie avec les fonctions maternelles théorisées par Winnicott, C. Maintier (2011) explicite le rôle du thérapeute au contact du sujet âgé : « Tout comme la mère suffisamment bonne se caractérise par le holding et le handling, l'aidant va lui aussi tenter de redonner au corps une certaine « substance » au sens premier du terme, substantia, « être, essence, existence, réalité d'une chose » » (p. 42). *Par la répétition des expériences, on voit, chez Madame A. comme chez Madame C., que les propositions sont de plus en plus investies activement. Au bout de quelques séances, lorsque Madame A. abrège ma démonstration du pliage pour le réaliser elle-même, je perçois ainsi que la passivité laisse place à une volonté d'action. Le rapport à soi est plus apaisé, favorisant l'action et l'expression de ses capacités. La répétition tout comme la fréquence et la régularité des séances favorisent un sentiment de continuité de soi.*

Il s'agit en fait d'un retour au corps, à une prise de conscience du corps en restaurant ce lien psyché/soma qui a tendance à se rompre. *En effet, chez Madame C. particulièrement et chez Madame A., le discours sur le corps et les éprouvés prennent le pas sur le vécu corporel et la mise en mouvement. Il y a une sorte de césure.* L'image du corps est particulièrement altérée notamment en raison d'une méconnaissance du corps singulier et d'un vécu corporel avant tout angoissant. Les différentes techniques, en particulier sensorielles, utilisées en thérapie psychomotrice placent le corps au cœur du soin, comme la mère dans les soins au nourrisson : « en visant la prise de conscience des limites corporelles,

la redécouverte de l'enveloppe corporelle et de son unité, le but recherché est celui de la restauration du corps, pour que, parallèlement, une certaine image du corps soit dynamisée » (Maintier, 2011, p. 45). *Il ne semble pas inintéressant de faire le lien ici avec les reviviscences de souvenirs maternels qui surgissent en thérapie avec Madame C., peut-être à entendre comme une activation de la mémoire corporelle ou simplement une sensation d'enveloppement et de contenance similaire à celle vécue dans le lien maternel.*

IV- Limites corporelles et contenance psychique via le toucher

1) Repérage et conscience corporels

Comme cela a été développé précédemment, le corps du patient âgé se modifie au gré du temps et son enveloppe la plus superficielle qu'est la peau porte les marques du vieillissement : rides (augmentation de la laxité de la peau), amincissement, tâches cutanées, sécheresse, escarres, scalpels ou bleus liés aux chutes et majorés par divers traitements médicamenteux (anticoagulants...) ... Les contours du corps sont moins clairs, aspect décrit dans la section précédente. Le toucher thérapeutique offre une expérience de prise de conscience corporelle, c'est une médiation particulièrement utilisée dans le soin psychomoteur auprès des personnes âgées. En effet, le contact tactile peut être un moyen de recentrer le patient sur son corps parfois délaissé, d'apaiser des angoisses et s'apparente ainsi à une expérience relaxante. La stimulation des récepteurs de la peau moins efficaces (les corpuscules de Messner et Pacini) active la sensibilité tactile. Il y a donc un afflux de sensations tactiles en provenance de la surface du corps qui enrichit les repères corporels, le schéma corporel et l'image du corps. Les limites corporelles sont ainsi perçues, ceci offre donc au sujet une expérience contenante. *Dans le soin avec Madame C., le toucher permet un retour aux sensations corporelles (introspection) dans un autre registre que celui de l'agir et de l'expression verbale (extériorisation).* C. Fourques (2013) décrit son expérience auprès d'une patiente démentielle et avance l'idée que le recours au contact tactile contribue à contenir le sujet dément corporellement et psychiquement. Par ses différents gestes, la thérapeute cherche à « restaurer un contenant psychique par une approche corporelle contenante en lui faisant reprendre conscience de ses limites corporelles » (p. 84).

2) Plaisir et bien-être corporels

Comme nous l'avons vu, les attentions, les regards, les gestes adressés au corps s'amenuisent dans le rapport de l'âgé à son corps. De même, le corps est peu touché par l'entourage, hormis pour les soins corporels lorsque la dépendance impose une assistance. Ceci ne contribue pas à l'entretien d'un lien valorisant et bienveillant au corps. Le toucher thérapeutique permet alors, d'une part, de percevoir l'enveloppe psychocorporelle et, d'autre part, de rétablir un rapport à soi plus tendre et valorisant. Cette approche tactile nécessite avant tout l'accord du patient et un subtil ajustement afin que le toucher ne soit ni intrusif ni désagréable pour le patient. D'après B. Lesage (2014) :

« L'aventure n'a rien d'érotique : on y découvre un espace proprioceptif avec ses zones d'ombre, de douleur, et d'autres plus confortables. On y fait surtout l'expérience du changement, d'une douleur qui s'estompe, une tension qui se résout, une circulation qui se rétablit. La main du thérapeute fait office de miroir, donnant au patient à se voir lui-même » (p. 249).

Au cours des expériences tactiles, Madame C. a repéré les zones plus ou moins douloureuses puis, guidant ainsi la thérapeute qui a principalement massé ces zones, ces douleurs se sont apaisées. Malgré des verbalisations pauvres en ressentis corporels, j'ai vu naître une nouvelle façon d'investir son corps. En effet, alors qu'elle m'est apparue assez imperméable à ses sensations corporelles lors des premières séances auxquelles j'ai assisté, je l'ai vue orienter son regard vers les membres touchés puis effectuer elle-même des pressions sur ses genoux. Le corps devient lieu de plaisir via l'émergence de sensations proprioceptives agréables.

V- Identité et expressivité via l'expression créatrice

1) Connaissance de soi et potentiel créatif

Chaque séance de psychomotricité est, à mon sens, une (co)création inédite puisque la séance présente diffère de la précédente bien qu'elle s'inscrive dans la continuité du suivi. C'est un espace où le sujet peut s'exprimer singulièrement et authentiquement. Lorsque le

corps est désinvesti, mis à distance, l'espace en psychomotricité offre l'opportunité de renouer avec soi, en mobilisant les ressources créatives en vue de se connaître et s'exprimer. *J'ai décrit précédemment le dispositif que j'ai mis en place avec Madame A. où la création et l'expression sont au cœur de la thérapie. La médiation artistique en elle-même sollicite sa créativité et son imagination et a avant tout été une voie d'accès vers elle. En effet, elle m'est apparue énigmatique et défensive, je perçois une grande méconnaissance de soi au travers de ses multiples questionnements. Via les photographies de divers pays du monde et les dessins, pliages, découpages qui clôturent chaque séance, je découvre qui est Madame A. et j'ai également le sentiment qu'elle se découvre véritablement. C'est aussi une façon de se raconter et retisser le lien entre les événements qui ont jalonné sa vie. C'est en ce sens que D. Liotard (1991), psychomotricienne, parle de trace, témoignant de son utilisation du dessin en thérapie psychomotrice auprès des aînés.*

2) Expression et valorisation de soi

En incitant à s'exprimer et s'affirmer, le psychomotricien cherche à faire émerger, rendre palpable et laisser s'exprimer ce qui est enfoui, fait parfois souffrir et entrave le sujet. Les gestes, les tracés, les modelages sont la signature du sujet qui se les approprient personnellement. *La médiation artistique favorise leur émergence et est un outil intéressant lorsque la personne a mis en place un fonctionnement défensif, comme Madame A. Au gré de ses gestes, ses productions et des verbalisations qui en découlent, des raisonnements associatifs se sont établis et le processus d'élaboration s'est activé, établissant la liaison corps-psyché. La dimension artistique a également contribué à mobiliser l'envie et le plaisir de Madame A. là où le désintérêt et le désinvestissement régnaient. Elle a coordonné ses gestes de plus en plus finement dans une dynamique constructive. L'ajustement à ses envies et ses capacités psychomotrices a favorisé l'investissement de l'espace de psychomotricité. J'ai vu naître un élan créateur et artistique, ses autocritiques négatives se sont estompées. Ainsi, les différentes créations ont revalorisé Madame A. qui, stimulée par mes paroles étayantes, a découvert un nouveau champ d'investissement et d'expression de soi.*

VI- (Re)connaissance et déploiement des potentialités psychomotrices

1) Vers un vieillissement actif

Le sujet âgé et en particulier institutionnalisé fait progressivement l'expérience d'une diminution des activités. La mise en action du corps est diminuée et le quotidien est parfois très répétitif et monotone. À l'extrême, une forme d'apragmatisme peut surgir. De plus, face à l'hétérogénéité des personnalités, des pathologies et des accompagnements en EHPAD, le sujet âgé ne trouve pas toujours d'espaces adéquats pour déployer et stimuler ses capacités. M. Joulain (2011) désigne alors l'amenuisement des feedbacks évaluatifs qui contribue à une dévaluation de soi, une méconnaissance et un non-investissement des capacités pourtant préservées. L'espace en psychomotricité est un espace-temps où le corps sera mis en jeu, le projet étant fondé sur l'observation et le maintien des capacités cognitives et motrices. Ceci va ainsi contribuer à vieillir activement. Selon M. Joulain :

« L'identité s'enracine dans l'action et dans la production d'œuvres, au sens large du terme. Cette dimension permet de souligner le caractère non exclusivement cognitif de l'identité. Elle a besoin de concret, de pratique pour exister, pour s'expérimenter et ainsi s'affirmer, se consolider, se modifier aussi, à travers l'engagement, la prise de responsabilités, la création, etc. » (p. 24).

Elle poursuit en indiquant que « c'est, notamment, par l'action, la production d'œuvre et le dépassement de situations difficiles, que le sujet se valorise aux yeux d'autrui et à ses propres yeux » (Joulain, 2011, p. 24). *La thérapie psychomotrice de Madame A. vise à maintenir et stimuler ses capacités motrices et praxiques peu exploitées afin de retisser un lien positif à elle-même, à la découverte de potentiels champs d'investissement. Je m'emploie à (re)découvrir ses potentialités via une expérience moins opérative du corps, en incluant des variations et éveillant sa curiosité. C'est alors que des initiatives ont pu naître au fil des séances. L'hermétisme et le scepticisme initiaux ont cédé leur place à un plaisir à produire et une reconnaissance de l'acte accompli.*

In fine, M. Joulain conclut en désignant le rôle du thérapeute en gérontologie de la façon suivante, point de vue que je partage largement :

Il s'agit de « redonner une place aux personnes âgées pour faire « vivre » leur identité (...) en favorisant des activités pourvoyeuses de rapports sociaux intenses et/ou de

réalisations signifiantes pour elles. C'est une façon d'enrichir les images qu'elles ont d'elles-mêmes, mais aussi que nous avons d'elles » (Joulain, 2011, p. 28).

2) Repérage et stimulation des capacités psychomotrices

Une fois le cadre de la séance de psychomotricité instauré, on assiste à un déploiement progressif des expériences et potentialités du sujet. Je dirais que la non-directivité et le non-jugement sont des fondamentaux pour que la personne âgée, qui plus est fragilisée narcissiquement et manquant de confiance en elle, se saisisse de l'expérience et s'investisse. Les dispositifs, qu'ils soient individuels ou groupaux, mettent au travail les fonctions psychocorporelles et une attention toute particulière est portée au fonctionnement et à l'investissement de la fonction du corps. Autrement dit, l'investissement affectif, émotionnel et psychique colore l'action dans l'instant présent. À partir de sa pratique en gérontologie dont il témoigne dans son article « *Le corps qui nous relie* », T. Petit (2013), psychomotricien, explique en quoi le passage d'une forme de directivité nécessaire initialement à une attention flottante permet la pleine expression des capacités de l'individu. Il analyse les dynamiques en jeu dans un groupe de patients atteints de la maladie d'Alzheimer mais son propos est, je crois, assez universel et généralisable à toute pratique psychomotrice en gériatrie, en relation duelle avec le soignant ou groupale :

« Chacun donne à voir qui il est à partir de son engagement corporel. Le corps, dégagé d'attente du côté de l'efficacité, peut retrouver une liberté. Il redevient le lieu de ressentis et d'éprouvés partageables. Le plaisir et le désir se font moteurs de l'activité corporelle. Mais les difficultés gestuelles ou autres sont également accueillies et partagées. Il en est de même pour les moments de tristesse et de vide. Se saisissant des propositions simples, les personnes peuvent se ré-éprouver compétentes, « sachantes ». Ainsi elles peuvent trouver dans l'espace du groupe et par leur corps, un temps de renarcissation et de soutien identitaire » (p. 8).

CONCLUSION

CONCLUSION

Comment approcher l'autre lorsque ses tourments et sa difficulté à investir son corps en mutation tendent à nous mettre à distance ? Comment réinsuffler un élan vital et rétablir un rapport au corps plus valorisant lorsque le désinvestissement corporel règne ? Ce sont des questions qui, à mon sens, ont jalonné mon expérience auprès des âgés. Au gré de mes rencontres avec les résidents de l'EHPAD, j'ai perçu chez chacun une manière tout à fait singulière de traverser le dernier pan de leur vie mais surtout d'investir et désigner le corps vieillissant. Ce fut une confrontation générationnelle qui a mobilisé mes capacités d'adaptation et m'a incitée à réfléchir sur la manière d'accompagner au mieux chacun d'eux. Ma posture de psychomotricienne en devenir s'est façonnée au fil des séances de psychomotricité, séances que j'ai coanimées ou assurées seule. L'espace psychomoteur est un lieu de rencontre intersubjectif où mon positionnement s'est façonné au gré de mes éprouvés et des observations psychomotrices des patients. Ainsi, il s'agit avant tout d'une co-construction, ce qui constitue pour moi un principe important afin que le patient soit sensible à l'approche proposée et acteur de sa thérapie.

Cette expérience éminemment enrichissante m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le vieillissement et le vécu singulier du corps vieillissant. Face à des angoisses, des plaintes, des éprouvés psychocorporels négatifs, j'ai progressivement perçu comment l'espace en psychomotricité offrait l'opportunité au sujet de se recentrer sur son corps, certes marqué par le temps mais qui est avant tout un lieu précieux à soi et porteur d'une histoire. Repérer et dynamiser les capacités psychomotrices du sujet permettent de retisser un lien valorisant à soi. Je me suis parfois confrontée aux oppositions, à la passivité, à des fonctionnements défensifs peu propices à la rencontre. C'est en accueillant ces manifestations dans l'ici et maintenant qu'une relation de confiance a pu s'installer et la thérapie psychomotrice a été investie progressivement par Madame C. comme Madame A. Un suivi en psychomotricité est ponctué de doutes, de refus ponctuels qui peuvent déstabiliser et faire craindre une rupture dans la thérapie mais je pense que cela incite avant tout à s'accorder, mobiliser ses capacités d'adaptation, de réflexion et de création. La solidité et la fiabilité du dispositif sont contenant et étayant pour le sujet en difficulté. En apprivoisant progressivement leurs potentialités psychomotrices, les patients âgés investissent et s'approprient ce corps inédit, expressif, créateur et source de plaisir. La

définition de la psychomotricité proposée par Sami-Ali me semble à cet égard très révélatrice :

« Il s'agit d'une discipline qui (...) est elle-même ancrée dans l'intersubjectivité. Le but de la thérapie psychomotrice consiste à favoriser et à développer l'expressivité motrice et la symbolisation, donnant la place au corps comme lieu de plaisir, de connaissance et de communication avec l'autre » (cité et traduit par León, 2008).

Malgré l'involution décrite par nombre de résidents, j'ai perçu de nombreux points de levier sur lesquels peut agir le psychomotricien afin de favoriser un mieux-être psychocorporel et repérer ses appuis internes. La rencontre avec chacun d'eux a fait naître en moi une véritable envie de poursuivre mon investigation de la clinique psychomotrice auprès des âgés. J'ai proposé ici une réflexion sur l'investissement sensible de l'habitat corporel par la personne âgée mais j'ai également perçu à quel point il était parfois difficile d'investir ce nouvel espace de vie collectif qu'est l'EHPAD. **Comment accompagner le sujet dans sa transition entre l'espace de vie familial et un lieu inconnu et collectif ? Comment favoriser l'autonomie psychocorporelle afin de palier au vécu douloureux de dépendance et d'incapacité que révèle l'entrée en EHPAD ?** Ce sont des questionnements que je souhaiterais approfondir en poursuivant mon travail de psychomotricienne auprès des personnes âgées.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Abang Sako, A. (2010). *Approche cognitive de la relation entre l'image de soi et la satisfaction professionnelle dans les groupes d'appartenance: cas des fonctionnaires du ministère du travail, de l'emploi et de la prévoyance sociale du Gabon* (Thèse de doctorat). Université Lumière, Lyon, France.
- Alaphilippe, D. (2008). Évolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 6(3), 10. <https://doi.org/10.1684/pnv.2008.0135>
- Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2014). *Psychologie de l'adulte âgé*. <https://doi.org/10.3917/dbu.alaph.2014.01>
- Allaz, A. F. (2006). Dimensions psychologiques de la douleur chronique chez les personnes âgées. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 4(2), 103-108.
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, N° 82(3), 26-30.
- Anzieu, D. (1995). La notion de moi-peau. In *Le moi-peau* (p. 57-66). Paris, France: Dunod.
- Aubert, É., & Albaret, J.-M. (2001). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In *Vieillesse et psychomotricité* (p. 15-43). Marseille, France: Solal éditeur.
- Bernard, M. (1995). *Le Corps*. France: Seuil.
- Bertsch, J., Lobjois, R., Maquestiaux, F., & Benguigui, N. (2005). Vieillesse cognitive et effets de l'exercice. *Bulletin de psychologie*, Numéro 475(1), 39-45.
- Bloch, D., Heilbrunn, B., & Le Gouès, G. (2008). *Représentations du corps vieux*. Paris: Presses universitaires de France.
- Caradec, V. (2008). Vieillir au grand âge. *Recherche en soins infirmiers*, N° 94(3), 28-41.
- Caradec, V. (2009). L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*, N° 157(3), 38-45.

- Comment évaluer la perte d'autonomie avec la grille AGGIR ? (2016, mars 9). Consulté 19 avril 2019, à l'adresse Essentiel Autonomie website: <https://essentiel-autonomie.humanis.com/etre-aide-lorsqu-aide-proche/comment-evaluer-perde-autonomie-avec-grille-aggir>
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris, France: Éditions Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2005). Résilience des sujets âgés. *Synapse*, (spécial).
- De Jaeger, C. (2018). Physiologie du vieillissement. *EM-Consulte*, 14(1). Consulté à l'adresse <https://www.em-consulte.com/article/281656/physiologie-du-vieillissement>
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Federn, P., & Weiss, E. (1979). *La psychologie du moi et les psychoses* (A. Lewis-Loubignac, Trad.). Paris, France: Presses universitaires de France.
- Fourques, C. (2013). Quand l'identité s'enfuit, l'effraction surgit : le Moi auxiliaire au service du Moi effracté chez une femme de 91 ans. *Cliniques*, N° 5(1), 72-87.
- Freud, S. (1981). *Essais de psychanalyse*. Paris, France: Payot.
- Harris, M., Bick, E., Miller, S., & Williams, G. (1998). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (M. H. Williams, Éd.; J. Pourrinet & J. Pourrinet, Trad.). Larmor-Plage, France: Éditions du Hublot.
- Herfray, C. (2007). *La vieillesse en analyse*. Ramonville Saint-Agne : Strasbourg: Érès ; Arcanes.
- Jalley, E. (1989). WILFRED R. BION, La pensée. Consulté 9 avril 2019, à l'adresse Encyclopædia Universalis website: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/wilfred-r-bion/3-la-pensee/>
- Joulain, M. (2011). L'identité des personnes âgées : le poids des normes d'âge, des représentations et des catégorisations sociales. In M. Personne (Éd.), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : psychologie et psychomotricité des accompagnements* (p. 17-31). Érès.

- Kafoa, N., & Roumillac, V. (2012). Renoncement ou renaissance du Soi du sujet âgé ? *Cliniques*, N° 4(2), 180-194.
- Klein, J.-P. (2007). L'art-thérapie. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n° 20(1), 55-62.
- Korff-Sausse, S. (2010). Le corps vécu et la vie psychique des personnes âgées et des personnes handicapées. In P. Ancet (Éd.), *Le corps vécu: chez la personne âgée et la personne handicapée* (p. 15-34). Paris: Dunod.
- La démence. (2017, décembre 12). Consulté 18 avril 2019, à l'adresse Organisme Mondial de la Santé website: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- León, E. P. de. (2008). Le corps en jeu. *Contraste*, N° 28-29(1), 105-128.
- Lesage, B. (2014). *Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structures, étayage, mouvement et relation*. Toulouse: Érès.
- Lhermitte, J. (1998). *L'image de notre corps*. Paris, France: L'Harmattan.
- Lleshi, V., & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. *Revue Médicale Suisse*, 9. Consulté à l'adresse <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-216/La-depression-du-sujet-age>
- Le Gouès, G. (2000). Psychanalyse du sujet vieillissant. Consulté 20 avril 2019, à l'adresse Société Psychanalytique de Paris website: <https://www.spp.asso.fr/textes/la-psychanalyse/psychanalyse-du-sujet-vieillissant/?print=print>
- Maintier, C. (2011). Une identité à construire et à conserver. In M. Personne (Éd.), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée: psychologie et psychomotricité des accompagnements* (p. 33-46). Érès.
- Marchand, M. (2008). Regards sur la vieillesse. *Le Journal des psychologues*, n° 256(3), 22-26.
- Martin, S. (2013). La médiation animale : accompagner la personne âgée autrement. *Empan*, n° 91(3), 118-121.

- Meidani, A., & Cavalli, S. (2018). Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. *Gérontologie et société*, (1), 9. <https://doi.org/10.3917/g1.155.0009>
- Mias, L. (1997). Le Vieillissement physiologique ou senescence. Consulté 8 avril 2019, à l'adresse *Gérontologie en institution... comme à domicile* website: <http://papidoc.chic-cm.fr/580vieilliphysio.html>
- Montani, C., & Ruffiot, M. (2009). L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques méditerranéennes*, n° 79(1), 103-116.
- Morin, C., & Thibierge, S. (2004). L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse. *L'Évolution Psychiatrique*, 69(3), 417-430. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2003.10.002>
- Morin, C., Thibierge, S., & Derouesné, C. (2014). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire: neurologie et psychanalyse*. Toulouse (33 avenue Marcel Dassault 31500): Érès.
- Moyano, O. (2011). Un test d'image : l'entretien sur les représentations corporelles. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, (166), 132-143.
- Personne, M. (2016). *Tai chi chuan et vieillissement*. Toulouse, France: Érès. .
- Petit, T. (2013). Ce corps qui nous relie. *Lettre de psychogériatrie*, 12.
- Pireyre, É. W., & Delion, P. (2015). *Clinique de l'image du corps: du vécu au concept* (2e édition). Paris: Dunod.
- Ponton, G. (2011). La réorganisation de la conscience corporelle. Consulté 29 mars 2019, à l'adresse *Ateliers du Camisalié* website: <http://www.ateliers-du-camisalie.fr/navigation.html>
- Qu'est-ce que la démence ? Critères diagnostiques du DSM-5 et symptômes. (2015, août 17). Consulté 18 avril 2019, à l'adresse *Psychomédia* website: <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-08-17/criteres-diagnostiques-demence-trouble-neurocognitif-majeur>

- Quibel, C., Bonin, M., Magalie, B., Gaimard, M., Mourey, F., Moesch, I., & Ancet, P. (2017).
Évaluation de l'effet thérapeutique de la médiation animale dans la maladie d'Alzheimer.
Soins Gérontologie, 22(125), 35-38. <https://doi.org/10.1016/j.sger.2017.03.008>
- Quinodoz, D. (2002). Psychothérapie de personnes âgées: le point de vue d'une psychanalyste.
Psychothérapies, Vol. 22(2), 105-114.
- Sanglade, A. (1983). Image du corps et image de soi au Rorschach. [Body image and self image
with regard to the Rorschach test.]. *Psychologie Française*, 28(2), 104-111.
- Schilder, P. (1980). *L'image du corps: étude des forces constructives de la psyché* (F. Gantheret
& P. Truffert, Trad.). Paris, France: Gallimard.
- Simard, C. (1987). Le miroir s'est brisé: Œdipe a vieilli Amorce d'une réflexion sur le
vieillessement et l'altérité. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 47-54.
<https://doi.org/10.7202/030371ar>
- Talpin, J.-M. (2011). Penser le vieillissement. Entre pathologie et création. *Études*, Tome 415(7),
43-53.
- Tzaut Sciarini, P. (2004). L'art-thérapie en psychiatrie de l'âgé. *Revue Médicale Suisse*, (2489).
Consulté à l'adresse <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2489/23902>

TABLE DES ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Dessin d'un arbre par Madame A. (fait en ma présence le 31 octobre 2018)

Annexe II : Dessin du corps par Madame C. (fait en présence de la psychomotricienne et moi le 19 décembre 2018)

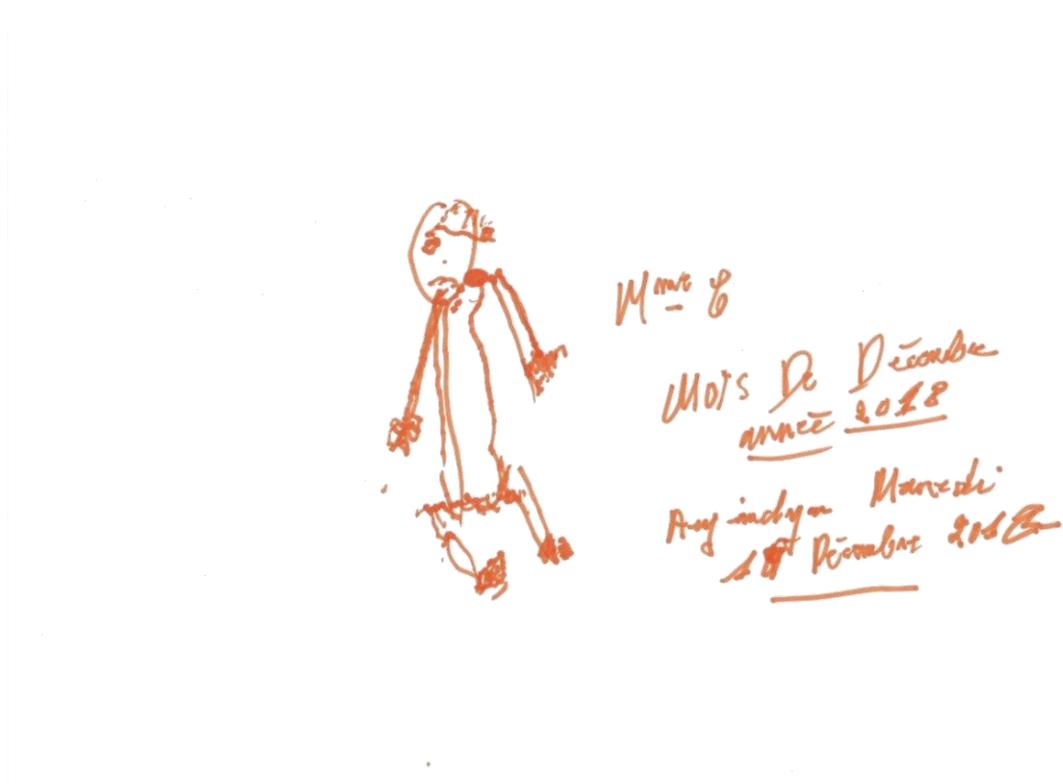
Annexe III : Dessin du corps par Madame C. (fait en présence de la psychomotricienne le 11 avril 2018)

Annexe IV : Dessin du corps par Madame A. (fait en ma présence le 20 mars 2019)

Annexe I : Dessin d'un arbre par Madame A. (fait en ma présence le 31 octobre 2018)



Annexe II : Dessin du corps par Madame C. (fait en présence de la psychomotricienne et moi le 19 décembre 2018)



Annexe III : Dessin du corps par Madame C. (fait en présence de la psychomotricienne le 11 avril 2018)



Annexe IV : Dessin du corps par Madame A. (fait en ma présence le 20 mars 2019)



Vu par la maître de mémoire, Florence Fleury, Psychomotricienne D.E.

À Lyon, le 25 avril 2019

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, sweeping loop followed by the name 'Fleury' written in a cursive style.



Auteur : Clarine TABARANT

Titre : Titre du mémoire :

« *Je n'ai plus de « chez-moi* » » : vers un (ré)apprivoisement de l'image du corps vieillissant en thérapie psychomotrice auprès d'une personne âgée

Mots - clés : Vieillesse – dévalorisation – image du corps – réinvestissement – personne âgée

Résumé :

La personne âgée fait face à des remaniements qui modifient son image corporelle, fruit des événements qui ont ponctué sa vie et du rapport narcissique à elle-même. Les modifications corporelles, fonctionnelles et psychiques incitent l'âgé à mobiliser ses ressources adaptatives et sa créativité afin de les intégrer dans une continuité d'existence. Pertes, angoisses et dépendance font parfois souffrance et dévalorisent le sujet. L'entourage a un rôle majeur à jouer, l'image et l'estime de soi étant influencées par le regard de l'autre et les relations d'objet.

L'intervention du psychomotricien consistera ainsi à créer un espace-temps permettant à la personne âgée de se recentrer sur ses éprouvés psychocorporels et (re)tisser un lien valorisant à soi. La thérapie psychomotrice, ici au sein d'un E.H.P.A.D., offrira un accompagnement adapté en vue de potentialiser les capacités psychomotrices existantes. Le psychomotricien sera un guide vers la (re)connaissance, l'expression et l'investissement de soi, tel un passeur dans cette ultime étape qu'est la fin de vie.