



<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 Jacques LUAUTÉ

**Le mouvement comme soutien narcissique**

Les changements corporels à l'épreuve du vieillissement

**Mémoire, 3<sup>e</sup> année de psychomotricité**

**Module Théorico-clinique**

**Par : Capucine HORTIN**

Mai 2023 (Session 1)

N°1784

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

**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 Jacques LUAUTÉ

**Le mouvement comme soutien narcissique**

Les changements corporels à l'épreuve du vieillissement

**Mémoire, 3<sup>e</sup> année de psychomotricité**

**Module Théorico-clinique**

**Par : Capucine HORTIN**

Mai 2023 (Session 1)

N°1784

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

# Université Claude Bernard Lyon1

Président  
**Pr. Frédéric FLEURY**

Président du Conseil Académique  
**Pr. Hamda BEN HADID**

Vice-président CA  
**Pr. Didier REVEL**

Vice-président relations hospitalo-  
universitaires  
**Pr. Jean-François MORNEX**

Vice-président Santé  
**Pr. Jérôme HONNORAT**

Directeur Général des Services  
**M. Pierre ROLLAND**

## Secteur Santé

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

U.F.R. d'Odontologie  
Directrice **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

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

Institut des Sciences Pharmaceutiques et  
Biologiques  
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Comité de Coordination des études  
médicales (CCEM)  
Président **Pr. Pierre COCHAT**

Institut des Sciences et Techniques de la  
Réadaptation (ISTR)  
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

## Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences  
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

U.F.R. de Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives  
(S.T.A.P.S.)  
Directeur **Mr Guillaume BODET**

UFR Faculté des sciences  
Directeur **Mr Bruno ANDRIOLETTI**

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1  
(IUT)  
Directeur **Mr Christophe VITON**

Département de Génie électrique et des  
procédés  
*Administrateur provisoire*  
**Mme Rosaria FERRIGNO**

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

Département Informatique  
*Administrateur provisoire*  
**Mr Behzad SHARIAT**

Observatoire de Lyon  
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

Département Mécanique  
*Administrateur provisoire*  
**Mr Marc BUFFAT**

Institut National Supérieur du Professorat  
et de l'éducation (INSPé)  
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

POLYTECH LYON  
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

# **INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION**

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

## **DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ**

Directrice du département  
**Mme Tiphaine VONSENSEY**  
*Psychomotricienne, cadre de santé*

Coordinateurs pédagogiques

**M. Bastien MORIN**  
*Psychomotricien*

**M. Raphaël VONSENSEY**  
*Psychomotricien*

**Mme Aurore JUILLARD**  
*Psychomotricienne*

Gestion de scolarité  
**Mme Alice GENOT**

Coordinatrice des stages  
**Mme Christiane TANCRAÏ**  
*Psychomotricienne*

## Table des matières

<b>LEXIQUE</b> .....	
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTIE CLINIQUE</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Présentation de la structure</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1. Établissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes</b> .....	<b>3</b>
1.1.1. Organisation de la structure.....	3
1.1.2. Équipe pluridisciplinaire .....	4
<b>1.2. L’intervention psychomotrice</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Présentation de Madame S</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1. Anamnèse et parcours de vie</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2. Passation d’un bilan psychomoteur en SSR</b> .....	<b>6</b>
<b>2.3. Journée type et prises en charges</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Le suivi psychomoteur de Madame S</b> .....	<b>7</b>
<b>3.1. Première séance : la rencontre</b> .....	<b>7</b>
<b>3.2. La deuxième séance : l’accordage dans le lien à l’autre</b> .....	<b>9</b>
<b>3.3. La troisième séance : vers la prise de conscience de ses sensations et ses capacités</b> ..	<b>11</b>
<b>3.4. La quatrième séance : quand l’angoisse d’évoquer la jeunesse prend le dessus</b> .....	<b>13</b>
<b>3.5. La cinquième séance : le mouvement qui fait trace dans le corps</b> .....	<b>15</b>
<b>3.6. La sixième séance : les souvenirs en musique</b> .....	<b>16</b>
<b>3.7. Séance 7 : « je ne suis plus comme avant »</b> .....	<b>18</b>
<b>PARTIE THÉORIQUE</b> .....	<b>21</b>
<b>1. Le vieillissement normal et pathologique</b> .....	<b>21</b>
<b>1.1. Le vieillissement « normal »</b> .....	<b>21</b>
1.1.1. Âge et définition.....	21
1.1.2. Les différents types de vieillissement .....	21
1.1.3. Les modifications du vieillissement normal .....	23
1.1.4. L’impact psychomoteur du vieillissement.....	25

<b>1.2.</b>	<b>Le vieillissement pathologique : lorsque les troubles neurocognitifs s'installent .....</b>	<b>26</b>
1.2.1.	Les différents types de TNC.....	26
1.2.2.	La prévalence et les caractéristiques cliniques .....	27
1.2.3.	La démence vasculaire .....	28
1.2.4.	L'impact psychomoteur des troubles neurocognitifs majeurs.....	30
<b>2.</b>	<b><i>Le narcissisme, support de l'identité.....</i></b>	<b>31</b>
<b>2.1.</b>	<b>Définition des termes utilisés .....</b>	<b>31</b>
2.1.1.	Le narcissisme .....	31
2.1.2.	L'identité .....	32
2.1.3.	L'estime de soi.....	32
2.1.4.	L'image du corps .....	33
<b>2.2.</b>	<b>Les entraves au maintien du narcissisme durant le vieillissement.....</b>	<b>33</b>
2.2.1.	La crise du vieillissement d'un point de vue psychodynamique : des pertes et des deuils	33
2.2.2.	Face aux pertes, un travail de deuil .....	34
2.2.3.	Quel impact sur l'identité, l'estime de soi et le narcissisme ? .....	35
<b>3.</b>	<b><i>Le mouvement .....</i></b>	<b>36</b>
<b>3.1.</b>	<b>Neurophysiologie du mouvement .....</b>	<b>36</b>
3.1.1.	Le mouvement et son développement neurologique .....	36
3.1.2.	Les fonctions mises en jeu dans le mouvement.....	36
<b>3.2.</b>	<b>Le mouvement d'un point de vue psychomoteur .....</b>	<b>37</b>
3.2.1.	Distinction entre mouvement et geste .....	37
3.2.2.	Le mouvement d'un point de vue psychomoteur.....	37
3.2.3.	Les prérequis psychomoteurs nécessaire à la mise en mouvement.....	38
	<b><i>PARTIE THÉORICO-CLINIQUE .....</i></b>	<b>40</b>
<b>1.</b>	<b><i>Le narcissisme de Madame S mis à l'épreuve.....</i></b>	<b>40</b>
<b>1.1.</b>	<b>Le vécu anxieux .....</b>	<b>40</b>
1.1.1.	L'anxiété dans la clinique des TNC .....	40
1.1.2.	Angoisse de ne « plus être », angoisse de la perte identitaire liée aux changements de l'image corporelle.....	41
<b>1.2.</b>	<b>L'impact des chutes à répétition sur le narcissisme de Madame S.....</b>	<b>43</b>
1.2.1.	Définition de la chute.....	43

1.2.2.	L'impact psychomoteur de la chute .....	44
1.2.3.	L'impact narcissique : « On m'a poussé » .....	45
<b>2.</b>	<b><i>Le soutien narcissique d'une personne âgée démente.....</i></b>	<b>47</b>
<b>2.1.</b>	<b>Soutenir le narcissisme .....</b>	<b>47</b>
2.1.1.	Le rôle de l'entourage .....	47
2.1.2.	Le plaisir du mouvement en relation .....	48
2.1.3.	Le plaisir du mouvement pour ressentir .....	51
<b>2.2.</b>	<b>Se mettre en mouvement pour soutenir le narcissisme .....</b>	<b>52</b>
2.2.1.	Le mouvement pour se construire et se représenter soi-même .....	52
2.2.2.	Entre mouvement et angoisse : quand Madame S prend confiance en ses capacités	53
	<b><i>CONCLUSION.....</i></b>	<b>56</b>
	<b><i>BIBLIOGRAPHIE .....</i></b>	

## LEXIQUE

**AMP** : Aide-Médico-Psychologique

**AS** : Aide-Soignante

**ASG** : Assistant de Soins en Gériatrie

**DSM-5** : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux

**EAPA** : Enseignant en Activité Physique Adaptée

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmier Diplômé d'État

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

**MMSE** : Mini Mental-State Examination

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PASA** : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**TNC** : Trouble Neurocognitif

**UHR** : Unité d'Hébergement Renforcée

**USLD** : Unité de Soins Longue Durée

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

Au tout début de ma formation, lors de la première réunion concernant les stages, j'ai appris que je devrai réaliser un stage avec des personnes âgées dans mon cursus d'études de psychomotricité. J'ai tout de suite pensé à trouver des stratagèmes pour l'éviter, persuadée que je n'aimerais pas du tout. Presque trois ans après, en pleine rédaction de mémoire sur Madame S, rencontrée lors de mon troisième stage dans ce milieu, je cherche déjà un poste en gériatrie !

En deuxième année, j'ai donc fait un premier stage long en hôpital gériatrique, alternant entre un Hôpital de Jour spécialisé dans les consultations de mémoire et une Unité Cognitivo-Comportementale. J'ai débuté ce stage avec peu de connaissances, quelques aprioris et beaucoup d'appréhension. Pourtant, cela m'a tout de suite plu. J'ai été marquée par la dimension relationnelle et le partage d'expériences avec les patients. J'ai découvert un grand nombre de pathologies, notamment cognitives, et une approche particulière auprès de ces patients. J'ai appris à écouter, avec plaisir, les vécus de chacun et constaté que le partage des connaissances n'est pas unilatéral dans le domaine du soin, bien au contraire.

Dès lors, j'ai eu envie de continuer à me former en gériatrie. J'ai donc effectué mon stage court de deuxième année dans un Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). J'y ai découvert le quotidien de résidents au sein d'une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR). Une fois encore, j'ai retrouvé cette dimension relationnelle particulière qui m'avait interpellée à l'hôpital, tout en découvrant une temporalité encore différente, contenante, par son rythme, sa structure, ses équipes. J'ai compris que mon intérêt pour la clinique des maladies cognitives réside dans le lien avec le patient, dans le fait de trouver comment l'aider à se sentir mieux dans l'ici et le maintenant en fonction de ses différentes problématiques psychomotrices et en tenant compte de son vécu si riche.

De nouveau en stage en EHPAD cette année, j'ai eu la chance d'avoir très rapidement une place autonome, me permettant d'appliquer les différentes connaissances théoriques et pratiques de mon cursus. Au fil de tous mes stages, et en particulier de ces trois-là, j'ai constaté mon évolution, la construction de ma posture et de mon identité professionnelle qui continuera d'évoluer grâce à chacune de mes expériences en psychomotricité. Eu égard à tous ces éléments, il m'est alors apparu évident d'écrire mon mémoire sur ce domaine que j'aime particulièrement.

Lors des différents stages, j'ai découvert à quel point les pathologies cognitives viennent ébranler le sentiment d'identité chez nos aînés, pourtant empreints d'une longue et riche expérience de vie.

Lorsque j'ai rencontré Madame S, elle m'a tout de suite interpellée. Ses problématiques psychomotrices et anxieuses prenaient alors beaucoup de place en séance. Rapidement, j'ai vu émerger l'impact de la relation et du travail psychomoteur mis en place. J'ai retrouvé, au travers de sa rencontre, les difficultés liées à la perte identitaire mais aussi celles liées aux changements corporels, sur lesquels j'avais encore peu réfléchi.

Au travers de son suivi et de l'écriture de mon mémoire, j'ai alors décidé de me pencher sur des sujets qui nous touchent tous : le vieillissement, le narcissisme, l'image du corps. En effet, nous avons tous une identité, une histoire.

En rencontrant Madame S, je me suis alors questionnée sur la manière dont notre narcissisme peut être impacté par le processus du vieillissement. Ainsi, j'ai élaboré la problématique suivante : **comment la mise en mouvement, au sein d'une relation psychomotrice, permet-elle de soutenir le narcissisme chez une personne âgée ?**

Pour répondre à cette problématique, je vais d'abord retracer une partie de l'histoire de Madame S, dès notre rencontre. Ainsi, dans une première partie clinique, je présenterai d'abord la structure dans laquelle j'ai effectué mon stage et le cadre de ce dernier. Je présenterai ensuite Madame S en exposant son anamnèse, puis au travers de nos séances de psychomotricité.

Dans une seconde partie théorique, je commencerai par définir les notions de vieillissement normal et pathologique, tout en expliquant quel impact ces processus peuvent avoir d'un point de vue social, affectif, psychologique et psychomoteur. Puis je parlerai du narcissisme, de sa construction et j'expliquerai à quel point il peut être ébranlé lors du vieillissement. Enfin, j'aborderai les notions de mouvement et de gestualité, du point de vue psychomoteur.

Pour finir, j'articulerai ces différentes notions dans la discussion théorico-clinique afin de répondre à ma problématique. Pour cela, je vous parlerai de la manière dont le narcissisme de Madame S est impacté par son vieillissement. Puis j'exposerai les différentes manières de soutenir le narcissisme chez une personne âgée et comment la mise en mouvement permet à Madame S de se sentir valorisée.

# **PARTIE CLINIQUE**

## **1. Présentation de la structure**

### **1.1. Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes**

Je réalise mon stage de troisième année dans un EHPAD, tous les mardis. Cet établissement médico-social accueille des personnes âgées à partir de soixante ans, dont l'autonomie est restreinte. Lieu de vie et de soins, l'EHPAD propose des prestations de la vie quotidienne et sociale, un accompagnement à la perte d'autonomie, des soins médicaux et paramédicaux. La prise en charge des résidents est donc globale et individualisée, assurant l'hébergement, la restauration, l'animation, les soins et la rééducation.

#### *1.1.1. Organisation de la structure*

Cet EHPAD est rattaché à un groupement hospitalier. De nombreux liens se font donc entre les différents services sanitaires et médico-sociaux. De ce fait, nombreux sont les résidents qui entrent en EHPAD après une hospitalisation avec perte d'autonomie.

L'EHPAD est divisé en plusieurs services, répartis sur 3 étages. Il est composé d'unités avec des chambres individuelles ou doubles, d'une unité de soin longue durée (USLD), d'une UHR accueillant 12 résidents, et d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) qui accueille quotidiennement une dizaine de résidents. Les services sont séparés en deux ailes, gérées par une aide-soignante (AS) différente. Chaque étage dispose d'une salle à manger commune et d'une autre salle pour les animations avec tables, fauteuils, télévision et poste de radio. Les couloirs sont aménagés de rambardes le long des murs afin de proposer un appui pour les résidents qui en ont besoin pour la marche ou la déambulation en fauteuil roulant. Des sièges sont également disponibles dans le couloir ainsi que près des ascenseurs.

### 1.1.2. Équipe pluridisciplinaire

De nombreux professionnels interviennent au sein de l'EHPAD, de manière ponctuelle ou régulière. Ils collaborent entre eux afin d'assurer un accompagnement adapté et individualisé. Le pôle médical et de soins est composé de médecins, infirmiers, aides-soignants, aides-médico-psychologiques (AMP) et d'assistants-soignants gérontologiques (ASG). Le pôle animation, comprend les animatrices et une art-thérapeute. Deux psychologues interviennent dans les différents services. L'équipe de rééducation comprend deux psychomotriciennes, trois kinésithérapeutes, 2 Enseignants en Activité Physique Adapté (EAPA), une ergothérapeute. Cette équipe travaille dans la salle de rééducation. C'est une grande salle qui contient deux bureaux, les équipements et le matériel adaptés à la rééducation : des barres parallèles et « un motomed ». C'est un vélo à réalité virtuelle donnant l'impression de voyager, très apprécié des utilisateurs. La salle est aussi équipée d'un vélo, de pédaliers et divers matériels de rééducation... Des ballons, bâtons, cerceaux et autre sont rangés sur une étagère. La salle de rééducation est utilisée pour les prises en charges individuelles ou groupales.

### **1.2. L'intervention psychomotrice**

Les séances de psychomotricité peuvent se dérouler dans la salle de rééducation ou au sein des services (dans les chambres des résidents, les couloirs ou les salles communes). Certaines séances groupales de psychomotricité peuvent aussi se faire au sein des services, dans les salles à manger par exemple.

Les psychomotriciennes interviennent dans tous les services de l'EHPAD et dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) à l'hôpital, ce qui permet un suivi continu et adapté en cas d'entrée en EHPAD après une hospitalisation.

Les résidents sont adressés en psychomotricité par le médecin de l'EHPAD pour des raisons diverses : des troubles de la marche, de l'équilibre, des troubles thymiques, pour évaluer leurs capacités psychomotrices globales. Les psychomotriciennes peuvent également participer à l'évaluation de l'autonomie dans les tâches du quotidien (toilettes, habillage, alimentation), en lien avec l'ergothérapeute. Ces problématiques peuvent être liées au vieillissement physiologique ou associées à des pathologies diverses.

Ayant déjà fait deux stages en gériatrie en deuxième année de psychomotricité, ma maître de stage me laisse rapidement une place très active et autonome en séance. En effet, dès mon deuxième jour, je réalise seule toutes les séances de psychomotricité, en chambre (la salle de rééducation étant utilisée pour un groupe animé par une EAPA et une kinésithérapeute). Je participe aussi aux relèves du service dans lequel j'interviens principalement. C'est une réunion quotidienne qui a lieu après le repas afin de transmettre les informations sur chaque résident. Les AS sont présentes à chaque relève, ainsi que l'IDE du service. Les rééducateurs peuvent participer aux relèves. Le mardi, je suis la seule représentante de l'équipe de rééducation présente dans ce service.

## **2. Présentation de Madame S**

### **2.1. Anamnèse et parcours de vie**

Madame S est une dame de 93 ans, née en 1930. Je n'ai pu recueillir que très peu d'informations sur sa vie. Tous les éléments proviennent de son dossier et des différents professionnels qui la connaissent. En effet, depuis 2020, Madame S présente d'importants troubles cognitifs liés à une démence vasculaire. Elle n'a donc pas été en mesure de me raconter son histoire.

Elle a été coiffeuse une courte période, peu de temps avant la naissance de son fils. Elle est veuve depuis 2019. Madame S a également eu une fille, décédée en bas âge. Je n'ai pas d'information concernant ce décès. Elle a huit frères et sœurs mais n'est en contact qu'avec une de ses sœurs qui habite à Reims. Son fils lui rend visite régulièrement. Il est noté dans le dossier de Madame S qu'elle semble avoir un rapport obsessionnel à la propreté, présent depuis toujours. Elle faisait beaucoup le ménage à domicile, repérant « la moindre tâche, saleté ».

Au niveau médical, Madame S souffre d'une fibrillation auriculaire. Elle a une cyphoscoliose dégénérative et des tassements vertébraux qui impactent fortement sa posture et provoquent de nombreuses douleurs dorsales. Elle porte des lunettes et un appareillage auditif.

Elle a subi une opération pour une fracture du col du fémur droit en 2017 à la suite d'une chute. Après son opération, Madame S retourne à domicile, où elle bénéficie d'aides en lien avec ses troubles cognitifs. Elle est alors accompagnée par des infirmières qui viennent quotidiennement lui préparer ses traitements. La prise des traitements est autonome, mais je me questionne quant à leur prise régulière. En effet, il lui arrive régulièrement d'oublier de manger, elle est donc aussi

aidée pour le portage des courses. Selon les dires de son fils, Madame S passe beaucoup de temps assise devant la télévision à domicile. Peu sollicitée ou mobilisée, elle a peu d'initiative du geste moteur. En novembre 2021, après deux nouvelles chutes à domicile, à une semaine d'intervalle, elle est hospitalisée et entre en SSR.

En septembre 2021, Madame S passe un Mini Mental State Examination (MMSE) et obtient un score de 14/20. Les différents bilans que Madame S passe en SSR révèlent une asthénie, beaucoup d'angoisse, des hallucinations visuelles et auditives qui peuvent provoquer ou au contraire calmer ses angoisses. Madame S peut évoquer un grand sentiment de solitude ou des sentiments euphoriques. En général, elle a besoin d'une présence pour être rassurée. Madame S a beaucoup investi et apprécié les suivis dont elle a bénéficié en SSR.

Madame S entre en EHPAD en mars 2022. Son retour à domicile n'est pas possible car ses troubles cognitifs impactent trop son autonomie et provoquent une mise en danger. Madame a besoin d'aide partielle pour la toilette car elle perd l'initiative du geste. Elle accepte cependant bien les aides proposées et une fois stimulée, Madame S est plutôt autonome.

## **2.2. Passation d'un bilan psychomoteur en SSR**

Madame S bénéficie d'un bilan psychomoteur lors de son hospitalisation en SSR en 2021, à la suite de ses chutes à domicile. Elle est adressée en psychomotricité pour le motif suivant : « déprimée avec un rapport au corps fragilisé. Plainte d'un corps cassé ».

À la suite du bilan, la psychomotricienne relève différentes fragilités chez Madame S : des difficultés de compréhension et un manque du mot lié à ses troubles cognitifs, une grande solitude depuis l'entrée en institution, associée à un sentiment d'abandon que Madame S comble avec les personnalités qu'elle voit à la télévision. Madame décrit également une chute terrible qui lui a « cassé » la moitié du corps et se plaint de la hanche droite et du dos. Elle se plaint très fréquemment de douleurs, qui impactent fortement son vécu corporel.

Après le bilan, un suivi psychomoteur, à raison d'une séance par semaine, est indiqué pour Madame S. Elle sera suivie durant son séjour au SSR. Lors de son arrivée à l'EHPAD en mars 2022, le suivi psychomoteur de Madame S s'arrête par manque de temps psychomoteur dans la structure.

### **2.3. Journée type et prises en charges**

Madame S bénéficie actuellement d'une prise en charge au PASA à raison de deux après-midis par semaine. Elle intègre le groupe « jeux sportifs » en septembre 2022 puis rejoint le groupe « institut de beauté » en janvier 2023. Les objectifs sont de rompre le sentiment d'isolement, soutenir la fragilité de l'humeur, maintenir les capacités motrices et canaliser les idées délirantes. Madame S bénéficie aussi d'un suivi en kinésithérapie afin de maintenir l'autonomie à la marche, travailler l'équilibre bipodal et augmenter le périmètre de marche. En somme, diminuer le risque de chute. Le reste du temps, Madame S se mobilise peu. Elle reste longuement assise devant sa télévision et se divertit en parlant aux personnes qu'elle y voit.

### **3. Le suivi psychomoteur de Madame S**

J'ai fait le choix d'écrire ma rencontre et les séances avec Madame S de manière chronologique. En effet, cela me semble le meilleur moyen de transmettre de manière fluide l'évolution clinique de Madame S ainsi que les questionnements et hypothèses émises durant son suivi.

#### **3.1. Première séance : la rencontre**

Je rencontre Madame S lors de mon premier jour de stage, accompagnée de la psychomotricienne. Je ne connais aucun élément d'anamnèse à ce moment-là, ma maître de stage souhaitant que je découvre la patiente sans lire son dossier au préalable. Elle m'informe juste qu'elle présente des « troubles cognitifs et beaucoup d'angoisse ».

Madame S n'est pas informée de ma venue en amont. La psychomotricienne entre d'abord dans sa chambre pour savoir si elle accepte que je participe à la séance. Pendant que j'attends dans le couloir, je ne vois pas sa posture mais j'entends Madame S parler en pleurant. Ce qui me marque immédiatement, c'est qu'elle demande si ses parents vont venir la voir. Elle semble complètement désorientée dans le temps et l'espace, son discours est incohérent, peu compréhensible et je repère directement ses troubles cognitifs.

Madame S ne répond pas à la psychomotricienne qui lui parle de ma présence et continue son discours désorienté. Il n'y a pas d'interaction entre elles, elle semble se parler à elle-même.

J'entre dans la chambre en toquant et en souriant. Je découvre alors une dame mince, les cheveux blancs, en apparence coquette : elle est apprêtée, bien coiffée et habillée de manière assez « jeune », elle porte des chaussures avec des petits talons. Je n'ai pas l'impression d'avoir en face de moi une femme de 93 ans. Madame S est assise au fauteuil face à la télévision. À sa gauche se trouve une grande fenêtre et à sa droite, son lit sur lequel la psychomotricienne est assise. Sa posture me frappe : son buste est totalement penché en forme de S sur le côté gauche. Ses pieds sont posés sur le sol et ses mains sur les accoudoirs. Sa tête est orientée vers le bas et elle pleure. Je m'approche d'elle pour me présenter et la saluer en lui tendant la main mais Madame S ne me répond et ne me regarde pas. J'ai alors l'impression que la tristesse et l'angoisse dans laquelle elle est plongée la coupent de la réalité et de la relation. Sur le moment, j'ai la sensation d'une première rencontre « ratée », qu'on ne s'est pas réellement présentées. Je me demande si cela va impacter la séance et nos prochaines rencontres. Vais-je réussir à entrer en interaction avec Madame S ?

La séance débute par un temps d'écoute. Madame S nous fait part de ses angoisses : elle parle de la mort et de ses parents de manière confuse dans le temps. À quel moment pense-t-elle être dans le moment présent ? Repliée sur elle-même, elle regarde par la fenêtre. Dès que la psychomotricienne verbalise un mot pour la rassurer, Madame S effectue un hochement de tête, comme si elle acquiesçait, sans toutefois la regarder.

Sur proposition de la psychomotricienne, Madame S accepte d'aller marcher dans le couloir. Nous nous plaçons de part et d'autre de sa taille pour l'accompagner. Je la soutiens à droite et elle entoure mon pouce de sa main, qu'elle attrape fermement. Nous allons jusqu'au bout d'un long couloir, Madame S marche lentement, laborieusement, le regard porté sur le sol. Le rythme de notre marche est haché, nous balançons vers la droite, vers la gauche et entre chaque balancement, je tente tant bien que mal d'ajuster mon pas au sien, bien plus petit que le mien. Je sens mes mouvements hésitants et confus car je ne me sens pas synchronisée avec le rythme de Madame S. Elle semble également précautionneuse, perçoit-elle mon hésitation ? En effet, elle dépose son poids sur nos bras, semble peu ancrée. Je remarque aussi que dès qu'elle prend appui sur son pied droit, elle le lève comme si elle se mettait sur la pointe des pieds. Sa marche me questionne, qu'est-ce qui pourrait être à l'origine de ce mouvement ? Je n'ai alors pas connaissance de quelconque douleur ou particularité orthopédique.

En arrivant au bout du long couloir, nous allons nous placer près d'une baie vitrée. Madame S semble fatiguée, je sens son corps qui prend complètement appui sur moi. Mais elle semble aussi plus apaisée, ancrée dans la réalité et ce qui l'entoure : elle ne pleure plus, dit qu'elle aimerait sortir

dehors, prendre l'air, ce que nous faisons alors. C'est la première fois que j'entends Madame S exprimer une envie. Dehors, elle me regarde dans les yeux et j'ai alors l'impression qu'elle me voit pour la première fois. Je lui souris, et elle me répond en souriant. Bien que présente à ses côtés depuis le début de la séance et en contact physique, Madame S ne semblait pas encore m'avoir vue.

De retour dans sa chambre, assise dans son fauteuil, Madame S ne nous fait pas de retour sur ce que nous venons de faire. Elle reprend aussitôt son discours logorrhéique, désorienté dans le temps et l'espace. Lorsque nous lui disons que nous allons partir, elle continue de parler. J'ai l'impression qu'elle fait un peu durer le moment, comme si elle ne voulait pas qu'on s'en aille. Nous lui disons cependant au revoir. Elle nous sourit et nous adresse un signe de main en nous regardant toute les deux.

En début de séance je rencontre une dame angoissée, désorientée, avec qui l'interaction était presque impossible. Après avoir marché, elle est plus présente et cohérente. Peut-être que le fait de s'être mobilisée en notre présence, avec notre soutien, lui a permis, un instant, de diminuer son angoisse.

### **3.2. La deuxième séance : l'accordage dans le lien à l'autre**

Dès la deuxième séance, il est décidé avec la psychomotricienne que j'assurerai seule le suivi de Madame S. Avant cette nouvelle rencontre, je prends connaissance de son dossier, de ses antécédents de chutes et de tous les éléments que j'ai évoqués dans son anamnèse. Toutes les séances dont je vais parler se déroulent dans la chambre de Madame S. Il s'agit de mon premier suivi individuel. Mes objectifs, avec la psychomotricienne, sont de « diminuer l'angoisse » en utilisant des mobilisations corporelles passivo-actives et de « permettre un réinvestissement corporel » par le biais de mises en mouvement et de toucher-massages contenant. Je me laisse la possibilité de les réajuster et les affiner plus tard, selon les observations psychomotrices faites au fil des premières séances avec Madame S.

Lorsque j'arrive dans la chambre de Madame S, elle est allongée sur son lit, les bras le long du corps, immobile. Elle tourne la tête vers moi lorsque je toque et m'invite à entrer. Je me présente à nouveau et constate qu'elle ne se souvient pas de moi. Je recontextualise ma venue et le suivi psychomoteur. Lorsque je lui dis que je viendrai tous les mardis, Madame S me demande si « c'est

vrai ? » avec un grand sourire. Néanmoins, elle semble soucieuse de me faire « perdre mon temps » et le verbalise plusieurs fois en séance « Vous devez avoir d'autres choses à faire ? » « Je ne veux pas vous embêter ».

Madame S accepte volontiers de s'installer dans son fauteuil pour la séance, elle se lève du lit avec difficulté mais seule. Pour se mettre debout, elle prend appui avec ses mains sur le matelas à deux reprises. À petits pas, elle contourne le lit, sur lequel elle s'appuie à gauche et sur ma main que je lui propose à droite. Madame S regarde ses pieds et une fois devant le fauteuil, se laisse tomber dedans, sans contrôler son mouvement. Une fois assise, elle retrouve une posture penchée sur sa gauche. Je remarque qu'elle porte les mêmes chaussures à talons qu'à la première séance, chaussures qui ne semblent pas vraiment adaptées à la marche. Madame porte un chemisier à fleurs, un pantalon fluide, bien repassés. Ses cheveux courts sont bien peignés, elle sent bon le parfum. Sa coquetterie me marque à nouveau. L'image qu'elle renvoie semble avoir beaucoup d'importance pour elle. Je me demande si cela a toujours été le cas ? Cela contraste beaucoup avec les autres résidentes que je vois, en psychomotricité ou dans les couloirs, et cela m'interpelle.

La veille, Madame S a chuté dans sa chambre mais ne s'en souvient pas. Elle m'évoque néanmoins des douleurs en grimaçant. L'évocation de ces douleurs fait surgir un flot de paroles continues et incohérentes. Elles laissent paraître son angoisse et une certaine peur. Dans son discours, elle laisse entendre qu'on l'aurait poussée et que « les gens sont méchants ici ». Madame S semble confuse et, bien que statique, elle semble s'agiter par la parole. Son regard alterne entre moi, le mur et les rideaux. L'angoisse de Madame S semble se traduire par des comportements logorrhéiques. De plus, je me demande si les douleurs de Madame S sont dues à ses chutes ou à ses pathologies ?

Même si je cite des zones du corps, Madame S n'est pas capable de localiser précisément sa douleur. Cela me questionne sur sa compréhension verbale, l'accès à ses sensations corporelles et sa représentation du corps. Je lui propose alors de légères pressions au niveau des bras, du dos et des jambes. Ce moment permet à Madame S de se détendre : elle ne parle plus, s'autorise à fermer les yeux, sa respiration se fait plus calme. Comme lors de la séance précédente, elle hoche la tête lorsque je lui touche les bras et le dos, comme si elle acquiesçait. J'ai le sentiment qu'elle apprécie ce moment. Au contact de mes mains sur ses tibias, Madame S dit « aïe ». Spontanément, elle se penche et relève son pantalon, laissant apparaître des bleus sur les tibias. La vue de ces marques provoque chez Madame S de la tristesse et de la dévalorisation. En pleurant, elle m'explique être « moins belle qu'avant ». Madame S touche la peau de ses mains comme si elle tirait sur ses rides.

Jusqu'alors calme, elle devient agitée et parle beaucoup. Son discours s'oriente vers la jeunesse, la beauté, ses capacités perdues. Je me demande si le fait d'être confrontée à ses bleus, à cette image d'elle-même lui provoque de l'angoisse. Est-ce pour cela qu'elle semble accorder tant d'importance à son image ? La prise de conscience de son image à cet instant-là a-t-elle provoqué ces émotions ?

Pour finir la séance, je propose à Madame S un dernier exercice d'accordage tonique. Sans parler, je tends mes bras, paumes face à elle en regardant les siennes pour l'inviter à venir poser ses paumes contre les miennes, ce qu'elle fait. Je ne prononce pas de consigne verbale, je la guide uniquement par le regard. En effet, au fil de ces deux premières séances, j'ai l'impression que Madame S rebondit sur chacun de mes mots, ce qui l'enferme un peu plus dans son flot de parole. J'initie un mouvement d'alternance du bras plié, puis tendu. Elle me suit instantanément dans ce mouvement. Cela met alors en place un dialogue entre nous, nos bras bougent à l'unissons. C'est presque comme une danse à deux. Madame S s'ouvre peu à peu à la relation, ses yeux bleus pétillent, son regard se fait compétiteur et un sourire en coin apparaît sur son visage. Comme lors de la première séance, j'observe que lorsque Madame S se met en mouvement, ses pleurs et ses manifestations d'angoisse diminuent.

### **3.3. La troisième séance : vers la prise de conscience de ses sensations et ses capacités**

À mon arrivée dans la chambre, Madame S est assise au bord de son lit, presque allongée sur le côté gauche. Sa posture me surprend, j'ai l'impression qu'elle est coincée, inconfortable, mais elle ne verbalise rien lorsque je lui propose de se redresser pour aller au fauteuil. Comme lors de la séance précédente, je me présente et elle s'installe au fauteuil en s'aidant de mes mains. Lorsque je lui pose des questions : « Comment allez-vous Madame S ? » « Vous vous sentez comment aujourd'hui ? » ses réponses sont confuses. J'ai l'impression qu'elle ne me comprend pas lorsque je parle, ses réponses sont rarement adaptées à mes questions. Elles semblent au contraire l'embrouiller. Madame S rebondit sur chacun de mes mots et elle se perd dans le fil de ses pensées.

Je propose alors à Madame S le même exercice d'ajustement tonique que la dernière fois, avec comme objectif de l'amener à se mettre en mouvement doucement, tout en la valorisant. Je lui tends les mains et elle vient spontanément poser ses paumes contre les miennes. Pour ne pas la désorienter et l'éparpiller, je décide à nouveau de ne prononcer aucune consigne verbale. Nous commençons l'alternance des mouvements et rapidement, Madame S se grandit sur le fauteuil. L'exercice lui demande de décoller son dos et ses épaules du fauteuil, permettant de redresser sa

posture et diminuer l'inclinaison de son buste vers la gauche. Le regard de Madame S s'illumine, elle me sourit. Madame S est très sensible à la force que je mets dans mes gestes et elle s'y adapte à chaque fois. Peu à peu, sans lui dire, je cesse de mener la danse qui s'est mise en place et c'est elle qui nous guide en imitant mes gestes. Son regard devient progressivement malicieux, elle ne me lâche pas du regard. Madame S a un demi-sourire aux lèvres, comme si une sorte de compétition s'installait entre nous. Ses yeux bleus plantés dans les miens m'intimident presque. C'est la première fois que nous sommes autant longtemps en lien. Durant l'exercice, Madame S semble apaisée, elle n'est plus logorrhéique, sa respiration est calme, ses épaules et son visage détendus.

Afin de travailler autour des sensations corporelles, je propose à Madame S un temps de massage avec une balle à picots. Je la lui tends afin de lui laisser l'explorer. Lorsqu'elle la prend du bout des doigts, Madame S verbalise un « oh » de surprise. La balle semble susciter chez elle de l'intérêt. Elle la fait rouler entre ses mains, la regarde longuement sans parler. Elle me verbalise le fait qu'elle pique un peu mais que ce n'est pas douloureux. L'usage de la balle à picots me paraît un bon moyen de permettre à Madame S de ressentir des sensations corporelles positives, différentes des vécus douloureux qu'elle exprime régulièrement.

Je commence à la faire rouler sur ses mains, puis le long des bras jusqu'au dos, à l'endroit où elle s'est plainte de douleurs en début de séance. Pendant ce temps, Madame S est statique au fauteuil, sa respiration est calme. Je lui propose de fermer les yeux, ce qu'elle fait quelques instants lors du passage sur les bras. En haut du dos, Madame S hoche la tête et me dit « ah oui, ah oui » comme pour signifier sa satisfaction. Ses doigts se décrispent légèrement sur le fauteuil, Madame S me semble plus apaisée. Cependant, elle ne répondra pas à ma question « Cela vous fait du bien ? ». Je me demande donc une fois de plus si elle me comprend ? Elle ne répond pas non plus quand je lui demande si elle a mal aux jambes après avoir observé ses sourcils se froncer.

Pour finir la séance, je propose un jeu de lancer de balle. Cet exercice ludique me permet de me faire une idée des capacités de coordination, de régulation tonique, des réflexes de Madame S, tout en la valorisant. D'abord proche d'elle, je la prévient avec un sourire : « attention » et en lançant le plus lentement possible. À ma surprise, Madame S rattrape la balle avec dextérité. Elle a de très bons réflexes, ne fait pas preuve d'anticipation. Je m'éloigne d'elle et Madame S adapte sa force et son tonus pour lancer la balle plus ou moins loin. Pour ce faire, elle décolle son dos du fauteuil et ajuste sa posture. Elle lance et rattrape avec sa main droite, sa main gauche posée sur l'accoudoir. Madame S a aussi une bonne coordination oculo-manuelle et peut détacher son regard de la balle pour me regarder avec espièglerie tout en la lançant. Un jeu s'installe entre nous, elle

feinte à plusieurs reprises de m'envoyer la balle. Ma surprise et mon rire provoque chez Madame S un grand sourire. Les échanges se poursuivent dans la joie et Madame S laisse entrevoir ses capacités que je valorise « mais vous êtes super forte ! ». Le mouvement me semble à cet instant un bon moyen pour qu'elle prenne conscience de ses capacités.

À la suite de cette séance, j'é mets l'hypothèse que le mouvement a peut-être permis à Madame S de se rendre compte de ses capacités encore présentes, permettant ainsi de la valoriser et donc de diminuer son angoisse.

À ce stade du suivi, je choisis de réévaluer les objectifs mis en place par la psychomotricienne lors du début de la prise en charge. En effet, au cours des trois premières séances avec Madame S, j'ai pu faire des observations me permettant de fixer les objectifs suivants :

- Revaloriser l'image et l'estime de soi en passant par des expériences sensorielles et corporelles positives et valorisantes.
- Diminuer la douleur, l'angoisse, et favoriser un sentiment de sécurité interne.

Pour ce faire, je proposerai toujours un temps d'écoute et de parole suivi de stimulations sensorielles passivo-actives afin de favoriser les sensations agréables et renforcer la conscience corporelle de Madame S, avec des temps d'auto et d'hétéro-massages par exemple. De plus, je lui proposerai des mobilisations corporelles actives pour prendre conscience de ses capacités, renforcer l'estime de soi dans un environnement contenant et valorisant par le biais de jeux d'ajustements toniques, de jeux moteurs de coordination, de mouvements dansés.

### **3.4. La quatrième séance : quand l'angoisse d'évoquer la jeunesse prend le dessus**

Madame S est allongée sur son lit les yeux fermés lorsque j'arrive dans sa chambre. Je peux voir par la porte ouverte qu'elle est bien apprêtée, habillée et coiffée. Elle porte du vernis à ongles rose. Ses chaussures à talon sont posées au pied de son lit. Je toque et elle ouvre les yeux, me regarde et m'invite à entrer sans bouger. Elle tient dans ses bras une pochette plastique avec une photo dedans. Elle semble l'enlacer contre son cœur, comme si elle lui faisait un câlin. Je l'invite à s'asseoir sur son lit et je vois alors que la photo qu'elle agrippe est celle d'un chanteur contemporain, Amir. Je lui demande qui c'est en souriant et elle me répond « il est beau ». Madame S regarde la photo avec des yeux attendris et passe ses doigts sur le visage du chanteur. Au coin, il a des petites rides dues à son sourire. Madame S dit alors qu'il faut « enlever ça » en passant son pouce sur les rides.

J'ai l'impression qu'elle mime le fait d'effacer les rides. Son tonus s'effondre, elle regarde cette photo avec un mélange d'affection et de peine. Plus tard, pendant la séance, elle fera de même avec sa propre peau qu'elle attrape et regarde avec tristesse en disant qu'elle n'est plus comme avant, qu'elle n'a plus le même aspect.

Je me demande si voir son corps vieillir, son image changer est à l'origine de l'angoisse vécue chez Madame S. Je me questionne alors sur l'impact de la représentation de la vieillesse chez cette dame et à quel point cela affecte son estime d'elle-même, son narcissisme ?

Pourtant, j'ai l'impression qu'il y a une certaine ambivalence chez Madame S : l'image qu'elle renvoie ne me semble pas être celle d'une vieille dame. Est-ce qu'elle repousse inconsciemment ce vieillissement du corps en l'investissant et en en prenant soin ? Mais peut-être que Madame S a simplement toujours été coquette, que cela fait partie de son identité, de qui elle est, et ce, malgré sa maladie et ses pertes.

Je garde en tête mes questionnements et tente de suivre mon hypothèse de la séance précédente : le mouvement pour apaiser son angoisse, le mouvement comme support de valorisation narcissique.

Durant la séance je propose à Madame S un temps de massage avec la balle à picots. J'observe son tonus qui diminue rapidement. Spontanément, elle ferme les yeux et prend une grande inspiration. Madame S hoche de nouveau la tête en me disant « c'est agréable ». Elle peut se détendre et verbaliser ce qu'elle ressent.

Pour finir, je propose à Madame S de reprendre notre mouvement dansé avec un accompagnement musical. Nous sommes assises face à face, mains dans les mains, nos bras presque tendus. J'entame des mouvements de bras horizontaux, plutôt lents, en rythme avec la musique choisie. Madame S imite mes gestes, tout en me regardant dans les yeux. Elle sourit et comme moi, commence à amplifier son mouvement qui part des bras, fait bouger nos épaules, nos bustes et nos bassins. Madame S sourit et après plusieurs hochements de tête, elle se remémore à voix haute sa jeunesse et le temps où elle dansait. L'évocation de ces souvenirs provoque chez Madame S de la tristesse. Ses yeux s'embuent de larmes. Jusqu'alors plutôt calme, elle reprend une logorrhée qui semble traduire une grande angoisse. Qu'est-ce qui peut provoquer cette angoisse chez Madame S ? L'évocation des souvenirs de jeunesse, en lien avec une désorientation temporelle ? La musique dont elle me dit ne pas reconnaître l'air ?

Je me sens un peu impuissante face à tous les affects d'angoisse et de tristesse ressentis par Madame S à chaque fin de séance et que je n'arrive pas à calmer. De plus, les séparations sont difficiles pour moi, j'ai l'impression que Madame S le vit comme une sorte d'abandon. Depuis le début de la prise en charge, la fin de séance se déroule toujours de la même manière : je préviens Madame S qu'il va être l'heure de finir. Dès lors, elle semble rebondir de nouveau sur mes mots, en hochant la tête. J'ai l'impression qu'elle s'agrippe à ma présence avec des phrases incohérentes que je ne comprends pas. Elle semble parler tantôt aux murs, tantôt aux fenêtres. Ce jour-là, Madame S remarque une peluche sur ma tenue. Elle l'attrape du bout des doigts et me dit « c'est une bête », « c'est sale ». Il devient alors difficile pour moi de la couper pour partir. Je suis sidérée et ne sais comment la quitter alors que ses angoisses semblent reparties de plus belle. Je me demande si ce mécanisme n'est pas un moyen de retarder mon départ ? Finalement, je la coupe pour la saluer en lui serrant la main. Madame S ne semble pas être trop surprise par la manière dont je mets fin à la séance, alors que je suis mal à l'aise de la manière dont je la coupe. Elle me remercie chaleureusement, soucieuse de m'avoir fait perdre mon temps mais reconnaissante de ma présence. En quittant sa chambre, je me questionne quant à ma posture : comment pourrais-je, tout en respectant les émotions de Madame S et en les validant, lui permettre de ne pas retourner dans ses angoisses en fin de séance ? Est-ce mon rôle ? De plus, je me demande comment arrêter une séance sans avoir l'impression de la couper, alors qu'elle ne semble pas prête à l'arrêter ? Est-ce que Madame S le vit de cette manière ?

### **3.5. La cinquième séance : le mouvement qui fait trace dans le corps**

Lorsque j'entre dans la chambre de Madame S, je la salue avec entrain en souriant. Son regard s'illumine, elle se redresse sur son fauteuil et me salue gaiement.

Je propose à Madame S la balle à picots utilisée lors de la séance précédente. Je lui lance doucement et elle l'attrape en verbalisant un « oh » de surprise. Spontanément Madame S la fait rouler sur sa main, de la même manière que lors des massages que j'ai pu lui proposer. Je me fais alors la réflexion que bien qu'elle ne se souvienne jamais de moi, une mémoire corporelle et sensorielle semble s'être mise en place.

J'émet alors l'hypothèse que malgré sa mémoire défaillante (que ce soit de manière immédiate ou différée), les expériences corporelles proposées à Madame S peuvent s'ancrer dans

le corps, à la manière d'une mémoire procédurale. Elles permettraient donc un vécu corporel connu et par conséquent une diminution de l'angoisse ?

Plus tard en séance, je propose à Madame S un temps de danse au fauteuil, avec de la musique. Elle accepte et je la laisse mener la danse constituée de mouvements de bras. Peu à peu, sa tête penche vers le bas, son regard est porté sur ses jambes. Elle porte un pantalon court qui laisse voir ses tibias et des bleus. Elle reprend un discours logorrhéique sur son image et son corps qui ne la porte plus, sa perte de capacité. À cet instant, j'ai alors l'impression que son angoisse, qu'elle exprime selon moi par un discours logorrhéique, est liée à cette nouvelle prise de conscience de son image.

Encore une fois, dès que vient le moment de terminer la séance et quitter Madame S, elle semble s'agripper à moi par la parole qu'elle déverse à flot continu. J'éprouve alors beaucoup de difficultés à la couper pour partir. Elle me demande « vous ne pouvez pas rester avec moi toute la journée ? J'aimerais tellement, je suis bien avec vous ». Elle semble triste, ses yeux s'humidifient. Elle comprend cependant que je ne puisse pas rester plus longtemps lorsque je lui explique en la rassurant. Madame S me dit alors qu'elle pensera à la séance « toute la journée ». Ces manifestations, à l'approche de mon départ, ce besoin d'avoir une présence rassurante me questionne quant à une éventuelle angoisse de séparation. La séparation lui rappelle-t-elle sa solitude ?

### **3.6. La sixième séance : les souvenirs en musique**

Lorsque j'arrive pour cette nouvelle séance, Madame S est allongée sur son lit, préparée et apprêtée comme à son habitude. Ses bras sont étendus le long de son corps, elle est tout à fait immobile. Ne sachant pas si elle dort, je toque doucement. Madame S ouvre les yeux et se relève rapidement. Je suis surprise par la brusquerie de son mouvement. J'ai l'impression de voir un enfant, prise sur le fait. Madame S présente très peu d'hallucinations pendant la demi-heure où je suis avec elle. Son discours est cohérent et pour la première fois, elle semble avoir une certaine représentation du temps et un lien avec la réalité. En me serrant la main, Madame S me dira « oh, vous avez la main froide ». Lors d'un jeu où nos mains se touchent, Madame S me dit « Ah, vos mains sont chaudes maintenant », puis en fin de séance « Vos mains sont de nouveaux froides ». Là où d'habitude j'observe une mémoire immédiate et une mémoire de travail défaillante, je suis très surprise par les liens faits par Madame S. Cela me questionne : pourquoi aujourd'hui, Madame

S se souvient-elle d'un élément, qui plus est à deux reprises pendant la séance ? Pourquoi se souvient-elle de la chaleur de ma main mais pas de mon nom que je lui répète pourtant plusieurs fois par séance ?

En lisant mon nom sur le badge que je porte « Capucine...c'est très joli Capucine », Madame S se met à fredonner l'air d'une chanson que je reconnais immédiatement : « Dansons la Capucine ». Je chante avec elle et sur une phrase, les lèvres de Madame S bougent en rythme avec les miennes. Même si elle ne chante pas, je constate qu'elle se souvient des paroles. Nous partageons ce moment de complicité qui se confirme par des sourires et des applaudissements.

Je propose à Madame S différents exercices travaillant la mise en mouvement, la régulation tonique et l'équilibre. Je n'observe pas de manifestations d'angoisse, pas de logorrhée durant ce temps où elle est très investie. Madame S est fière lorsque je la valorise. J'essaie de lui transmettre et lui montrer ses capacités, à la manière d'un miroir, en verbalisant, avec mon sourire et mon regard. Cela la fait réagir car elle me répond par un grand sourire.

J'é mets alors l'hypothèse que la mise en mouvement par des gestes et exercices connus, étayés par ma présence permettent à Madame S de se sentir narcissisée et valorisée, permettant ainsi d'apaiser son angoisse.

Pour finir, je propose à Madame S de danser sur une musique de Claude François « Ça s'en va et ça revient ». Voyant le visage du chanteur sur mon téléphone, Madame S ne le reconnaît pas mais me dit « il est beau ». Le temps de la danse, je chante et Madame S semble écouter la chanson d'une oreille attentive. J'ai l'impression qu'elle cherche les paroles, je vois ses lèvres bouger par intermittence. À ma demande, elle me dit reconnaître la musique « mais c'est difficile de retrouver ». Nous continuons à danser, assises au fauteuil, les bras tendus de plus en plus haut. Je lève mes pieds et mes jambes en rythme mais contrairement à d'habitude, Madame S ne m'imité pas et ne bouge pas ses jambes. Elle lève de plus en plus les bras en l'air, je suis son mouvement. Peu à peu, son sourire s'efface, son regard change, pour la première fois de la séance, elle semble triste. Je me demande alors ce qui a pu provoquer ce changement thymique. La musique lui rappelle-t-elle des souvenirs ? Est-ce le fait de ne plus se rappeler des paroles, comme cela semble être le cas, qui la rend triste ? Après notre danse, je la questionne sur les émotions ressenties mais Madame S ne me répond pas. Elle hoche simplement la tête et me regarde en souriant légèrement. J'ai l'impression que ce qui est en rapport avec la jeunesse provoque chez Madame S de la tristesse et de l'angoisse face à ce qu'elle a perdu, ce qu'elle n'est plus.

### 3.7.Séance 7 : « je ne suis plus comme avant »

Lorsque j'entre dans sa chambre, Madame S est assoupie sur son fauteuil. Je toque doucement, elle ouvre les yeux avec un petit sursaut et me dit « je m'étais endormie », un peu confuse mais souriante. Néanmoins, elle ne souhaite pas que je passe plus tard, pour lui laisser la possibilité de se reposer.

Particulièrement coquette ce jour-là, je la complimente sur sa nouvelle coupe de cheveux. Elle semble fière et me raconte qu'une « dame est venue il y a quelques jours, j'aimais pas trop, là je suis bien ». Je lui pose quelques questions et Madame S me dit aimer s'occuper d'elle et bien s'habiller. Durant notre temps d'échange, Madame S est joyeuse, souriante, en interaction. Je lui fais remarquer son humeur joyeuse et elle me dit « Je sens que je souris, c'est grâce à votre sourire ». De mon côté, je me sens de plus en plus confiante dans ma posture et dans mes propositions. Sans savoir expliquer d'où provient ce changement complet chez Madame S, je me rends compte avec du recul que cela m'impacte aussi émotionnellement.

Nous passons un long moment à verbaliser et à échanger sur ses ressentis, ses douleurs corporelles, qu'elle peut me montrer et parfois nommer « dans le dos », même si cela reste large « un peu partout ». Madame S est assise dans son fauteuil, je suis en face d'elle. À sa droite, sur son lit, est posée une grande photo plastifiée du chanteur qu'elle aime tant. Elle replace la photo plus près d'elle « voilà, tu restes là ». À l'évocation de la beauté du chanteur, Madame S va dévaloriser son image : « ma bouche n'est plus comme avant », « je suis moins belle qu'avant ». Madame S me dit « avant j'avais des jambes blanches, normales quoi, maintenant c'est moche » à la vue des tâches sur ses tibias qu'elle me montre. L'évocation de son image, provoque chez elle un repli sur elle-même, son regard se fait triste et son tonus augmente. Elle contracte ses muscles en se touchant machinalement les bras, les jambes qu'elle garde tendues et en extension jusqu'à ce que je pose mes mains dessus et l'invite à reposer ses pieds au sol.

Je lui propose alors un temps de massage avec la balle à picots sur les mains, les bras, le dos, les jambes pour lui donner des sensations corporelles positives et favoriser la détente musculaire. Madame S me signifie que la douleur, dont elle se plaint fréquemment, est soulagée par la balle qui roule dans son dos, mais toujours présente. Puis, elle me dit « c'est mieux quand il y a quelqu'un avec moi ». Cette phrase me marque. En effet, cela semble confirmer mon impression que ma

présence et le lien que l'on a durant les temps de séances permettent à Madame S de se sentir investie et prise en charge. Ce jour-là, elle présente une finesse dans ses ressentis corporels et une capacité à les verbaliser dont elle ne m'avait jamais fait part.

Je réalise un massage des mains avec de l'huile sèche à Madame S. Durant ce temps, elle a beaucoup de difficulté à lâcher prise. Elle ne ferme pas les yeux malgré mes propositions, ses deux bras sont en extension. Je lui propose de les poser sur les accoudoirs ou dans mes mains mais même avec une indication tactile, Madame S garde les bras en l'air. Elle regarde ses mains, et touche les plis de sa peau. « Vous avez de belles mains » me dit-elle. Essayant de la rassurer, je la complimente à son tour sur les siennes et lui rappelle notre différence d'âge. Durant cette séance, Madame S n'a pas montré d'angoisse ou de logorrhée comme cela a pu être le cas précédemment. Cependant, je me demande si cette difficulté à lâcher prise lors des moments de détente traduit un mal-être ? Un mal-être encore une fois en lien avec son image corporelle ?

Après notre habituel lancer de balle à picots qui se déroule comme à chaque séance, Madame S est plus relâchée toniquement. Sa respiration est plus ample, ses bras posés le long des accoudoirs sont détendus. Lorsque l'heure de quitter Madame S arrive, pour la première fois, elle ne semble pas triste. Je la salue en lui serrant la main et elle se lève alors en s'aidant du fauteuil. Elle me regarde en souriant, debout et statique. Pour la première fois, Madame S s'est levée et semble attendre que je sorte. Je me dirige alors vers la sortie, Madame S me suit toujours du regard en me souriant puis m'adresse un signe de main lorsque j'arrive vers la porte. Une fois partie, je jette un coup d'œil et je la vois se rasseoir directement.

Plus tard, je me questionne quant à cette séance. Je l'ai vécue très différemment des autres. En effet, il me semble que l'angoisse de Madame S était moins flagrante et qu'elle ne s'est pas manifestée par un comportement logorrhéique, comme lors des séances précédentes. Je me demande alors si l'absence de logorrhée est due à une diminution de son angoisse, liée à ses modifications corporelles, ou si son angoisse est encore présente et s'exprime autrement ?

Au fil des séances, il m'a donc semblé que les changements et la représentation de la vieillesse provoquent chez Madame S une désorganisation et un fort vécu anxieux. Les différents temps de mobilisation et de mise en mouvement, qu'ils soient actifs ou passifs, semblent lui permettre de se replonger dans l'instant présent et lui permettre d'être plus en relation avec l'environnement.

Ainsi, je me demande comment la mise en mouvement, au sein d'une relation psychomotrice, permet-elle de soutenir le narcissisme de Madame S ?

# **PARTIE THÉORIQUE**

## **1. Le vieillissement normal et pathologique**

### **1.1. Le vieillissement « normal »**

#### *1.1.1. Âge et définition*

Le vieillissement est un processus qui « débute dès la naissance et s'achève avec la destruction de l'individu » (Messy, 2010, p. 23).

Le vieillissement est un mécanisme qui nous touche tous en tant qu'être humain. Dès notre naissance, on s'inscrit dans un processus d'évolution, de croissance continue. Ce phénomène irréversible se produit tant au niveau du corps, d'un point de vue physiologique et biologique, qu'au niveau psychique. Comme le disent Fantini-Hauwel et al. (2020), vieillir est « un processus qui renvoie à la fois à la décroissance et à la croissance » (p. XV).

Juhel (2010) donne une définition du vieillissement et le décrit comme « un processus normal que subit tout individu et qui mène à la vieillesse. Il est caractérisé par des changements physiologiques, cognitifs, psychologiques et sociaux, qui représentent la dernière étape de la vie. Le vieillissement est un processus complexe qui implique de nombreux facteurs intriqués, qui toucheront l'individu dans sa globalité psychocorporelle et sociale (Fantini-Hauwel et al., 2020.) Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

#### *1.1.2. Les différents types de vieillissement*

Fantini-Hauwel et al. (2020) distinguent trois manières de vieillir et parlent d'un vieillissement « normal », « réussi » ou « pathologique » (p. 11).

Le vieillissement normal est un concept que Rowe et Kahn (1987 & 1997) définissent comme un vieillissement sans « maladies spécifiques, les troubles rencontrés étant liés à l'âge »

(cités par Fantini-Hauwel et al., 2020, p. 11). À l'inverse, lors du vieillissement pathologique, la personne âgée est atteinte d'une ou de plusieurs pathologies, liées à son âge. Ainsi, Juhel (2010) le définit comme le « vieillissement anormalement accentué ou précipité par une maladie » (p. 235). Mais on peut aussi se demander si certaines pathologies ne sont malheureusement pas inhérentes au passage du temps ?

Au niveau mondial, la population connaît une croissance démographique qui s'accompagne d'un vieillissement de la population. Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) l'espérance de vie devrait continuer à augmenter dans les années futures (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023). D'ici une dizaine d'année, la population mondiale devrait passer de 1 milliard de personnes âgées à 1,4 milliards. (World Health Organization, 2022)

Plus les individus vieillissent, plus ils sont susceptibles de développer des pathologies liées à l'âge telles que les maladies cardio-vasculaires, respiratoires chroniques, les cancers, les démences, des pertes auditives et visuelles, des pertes de mobilité (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). En effet, les modifications liées au vieillissement rendent les personnes âgées plus vulnérables, « avec l'âge, de nombreux changements physiologiques se produisent, et le risque de maladies chroniques augmente » (Organisation Mondiale de la Santé, 2016, p. 30). Force est de constater que la frontière est fine entre un vieillissement dit « normal », sans affection particulière, et un vieillissement pathologique.

Le concept de fragilité me paraît primordial dans l'évocation des types de vieillissement. Fried (2001) définit la fragilité comme un « syndrome biologique caractérisé par la perte des réserves et de la résistance au stress résultant de l'accumulation d'incapacités de plusieurs systèmes physiologiques et entraînant une vulnérabilité pour événements indésirables » (Fried, cité par GérontopôleSud, 2019). Il met en évidence cinq signes précurseurs de fragilité :

- La perte de poids involontaire
- La sensation subjective d'épuisement
- La faiblesse musculaire
- La vitesse de marche lente
- L'activité physique réduite et une grande sédentarité

Ces facteurs permettent de différencier les individus non fragiles, pré-fragiles (un à deux critères) et fragiles (à partir de trois critères) (Fried, cité par gérontopolesud, 2019). Il me semble important

de mettre en avant que la fragilité d'un individu âgé n'aboutît pas forcément à un vieillissement pathologique, mais qu'elle représente cependant un facteur de risques.

Enfin, on peut dire qu'un vieillissement est « réussi » en l'absence de maladie, si la personne âgée conserve ses activités et son autonomie (Fantini-Hauwel et al. 2020). Cela s'apparente donc au concept de « bien vieillir » que Santé Publique France (2022) définit comme le fait de « renforcer les compétences des personnes âgées pour prolonger leur autonomie et soutenir santé et qualité de vie à domicile le plus longtemps possible ». Le fait d'être socialement actif, autonome, de pouvoir faire ses propres choix et s'amuser est, selon les personnes âgées, nécessaire pour bien vieillir (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Ces éléments mettent en évidence la « dimension affective du vieillissement » (Fantini-Hauwel et al. 2020, p.1) et l'importance de la subjectivité dans le processus du vieillissement. Ainsi, les personnes âgées s'identifient comme vieilles non pas en fonction de leur âge « chronologique » mais bien en fonction de leur âge subjectif (Fantini-Hauwel et al. 2020, p. 7).

Cependant, nous verrons juste après que le vieillissement implique des modifications naturelles et continues qui rendent l'individu plus enclin à développer diverses maladies liées à l'âge. Les pathologies sont-elles donc inévitables passé un certain âge ? Peut-on « bien vieillir » toute sa vie ?

### *1.1.3. Les modifications du vieillissement normal*

Selon Juhel (2010), la personne âgée va subir des modifications d'ordre physique, cognitif et affectif. Un mauvais mode de vie, associé à l'isolement social peut aggraver et accélérer le vieillissement (Juhel, 2010). Je vais d'abord décrire ces trois types de modifications puis parlerai de l'impact psychomoteur des modifications liées au vieillissement dit « normal ».

Dans son ouvrage, Juhel (2010) nous explique que les différents systèmes sensoriels (visuel, auditif, tactile, olfactif et gustatif) vont être impactés lors de l'avancée en âge. Tous perdent en sensibilité sauf la sensibilité thermique, qui s'exacerbe.

Les différentes modifications physiologiques, biologiques et métaboliques entraînent à leur tour un ralentissement et une dégradation dans plusieurs domaines : osseux, musculaire, systèmes biologiques, aspects corporels, rythme du sommeil... (Juhel, 2010). Ces modifications physiques vont aussi impacter l'individu dans sa globalité, le fragiliser et le rendre plus vulnérable (OMS,

2016). Toutes ces modifications auront une incidence sur la psychomotricité de la personne âgée, dont je parlerai dans une autre partie.

D'un point de vue cognitif, « le vieillissement est associé à une perte de volume, à une atrophie [...] du lobe frontal, mais aussi de l'hippocampe » (Bocti, cité par Juhel 2010 p 12). Or, Shamlian (citée par Juhel, 2010), nous explique que certaines fonctions cognitives se trouvent au niveau du lobe frontal. Ces fonctions que sont la planification, le jugement, la prise de décision, la vitesse d'exécution la résolution de problèmes seront donc ralenties au cours du vieillissement.

Juhel (2010) met en évidence une vitesse de traitement plus faible et des difficultés d'attention conjointe passé un certain âge. La personne âgée pourra alors difficilement faire deux choses en même temps et son temps de réaction sera plus long. La mémoire immédiate est également touchée. Ainsi, la mémorisation est plus lente mais « une fois acquises, les nouvelles connaissances sont bien intégrées dans la mémoire » (Juhel, 2010, p 13). De plus, Juhel (2010) insiste sur le fait que le vieillissement n'empêche pas la mémorisation. « Le vieillissement n'atteint que très faiblement la capacité d'apprendre de nouvelles connaissances » (Juhel, 2010, p. 9). Peyronnet, docteur en pharmacie et neurosciences, explique que « même à un âge avancé, la plasticité cérébrale est présente, laissant la possibilité au cerveau de se régénérer. » (Peyronnet, cité par Juhel, 2010, p. 13).

Le vieillissement cognitif est cependant propre à chacun et dépend aussi du niveau socio-culturel de l'individu (Inserm, 2018).

Enfin, l'avancée en âge rend plus vulnérable à l'isolement social. En effet, plus une personne vieillit, plus son entourage proche se rétrécit peu à peu. Juhel (2010) évoque les risques de ces pertes sur la santé mentale d'une personne âgée. Il met en évidence l'importance d'avoir des projets, des buts réalisables de manière autonome afin de conserver une bonne santé dans le domaine affectif. L'estime positive de soi et l'entourage sont aussi des facteurs qui favorisent le bien-être et le bon vieillissement de la personne âgée (Juhel, 2010). Toutes ces modifications ont également un impact psychologique chez la personne âgée. Pouvant être vécues comme de réelles pertes, Charazac (2005) explique qu'une réorganisation de l'appareil psychique s'opère durant le vieillissement. Cela peut provoquer des manifestations psychologiques importantes dont je parlerai un peu plus tard.

#### 1.1.4. L'impact psychomoteur du vieillissement

Avec l'âge, le psychomotricien Juhel (2010) constate que certaines des fonctions psychomotrices sont atteintes. En effet, ce processus va toucher la représentation du schéma corporel et de l'image du corps. Au fil du temps, le corps est marqué par les années, des rides apparaissent sur le visage, les cheveux blanchissent. Peu à peu, l'image qu'on a de soi et de son corps évolue. Pour Juhel (2010), « devant une apparence physique touchée par l'érosion des années, l'image de soi se transforme nécessairement » (p. 21). L'aspect de la peau se modifie. Plus mince et fragile, elle perd en sensibilité et marque davantage. Le rapport au toucher peut alors être modifié.

L'organisation spatiale est aussi impactée, souvent associée à des troubles du schéma corporel. En effet, chacun d'entre nous se situe dans l'espace avec pour référentiel son propre corps. Des troubles de la connaissance, de la représentation, de l'orientation et de l'utilisation du corps impliqueront donc des difficultés spatiales (Juhel, 2010). De plus, avec l'âge, nous avons vu que certaines fonctions cognitives diminuent, telle que « la visualisation, l'orientation spatiale, la vitesse et la flexibilité d'intégration », ce qui implique ainsi des difficultés d'organisations spatiale (Salthouse & Schaie, cités par Juhel, 2010, p. 31).

De plus, certaines dimensions de la motricité globale sont impactées, ce qui signifie que la motricité du corps dans son ensemble est affectée à différents niveaux : coordination et dissociation, équilibre, agilité, force, souplesse, endurance (Juhel, 2010). Lors du vieillissement normal, ces domaines sont touchés, en particulier les coordinations et l'équilibre.

La coordination est la capacité à bien réaliser deux actions simultanées (Juhel, 2010). On retrouve souvent des troubles des coordinations chez les personnes âgées. Ceux-ci sont parfois en lien avec un trouble de la régulation tonique et impactent la réalisation de tâches domestiques, diminuant ainsi l'autonomie et la motricité de la personne âgée. Au niveau de l'équilibre, les systèmes impliqués dans l'équilibre postural et dynamique sont modifiés par le vieillissement. Ainsi, « le vieillissement modifie la façon de se tenir debout (posture) et de réagir aux perturbations de l'équilibre » (Juhel, 2010, p 23).

Au niveau temporel également, la personne âgée va rencontrer des difficultés d'intégration et d'organisation. Cette notion abstraite, fortement liée à l'espace, dépend de la capacité à percevoir le temps (Juhel, 2010). Les troubles de la mémoire impactent la capacité à faire des liens

dans l'enchaînement des événements. On retrouve alors des difficultés de repérage dans le temps et dans l'espace, une perte de repères spatio-temporels.

Parfois, le rapport au temps est ralenti. « Vieillir, c'est aller moins vite » (Juhel, 2010, p 35). Ce ralentissement, fréquemment lié à une plainte d'ennui de la part de la personne âgée, lui demande de changer de rythme, de modifier ses habitudes. Ainsi, on peut parfois observer un « désengagement progressif de la personne au fur et à mesure de son vieillissement » (Hétu, cité par Juhel, 2010, p. 33).

## **1.2. Le vieillissement pathologique : lorsque les troubles neurocognitifs s'installent**

Aujourd'hui, il existe une classification afin de regrouper les maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer. En effet, ces diverses pathologies aux étiologies variées présentent de nombreux points communs et en particulier la présence d'un trouble neurocognitif (American Psychiatric Association, 2015). Dans cette partie, je parlerai des troubles neurocognitifs (TNC), mineurs et majeurs selon la classification du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM-5). Une partie sera dédiée au trouble neurocognitif vasculaire, également appelé démence vasculaire.

### *1.2.1. Les différents types de TNC*

Selon le DSM-5, les TNC sont des troubles généralement acquis qui touchent les fonctions cognitives telles que l'attention, les fonctions exécutives, l'apprentissage, la mémoire, le langage, les activités perceptivo-motrices et la cognition sociale (American Psychiatric Association, 2015).

Les TNC sont répartis en plusieurs catégories dans le DSM-5 : l'état confusionnel, les TNC majeurs, les TNC légers ainsi que les sous-types étiologiques. Dans mon mémoire, je ne développerai que les TNC majeurs et ne donnerai qu'une brève définition des troubles neurocognitifs légers et des sous types étiologiques (American Psychiatric Association, 2015).

Il existe quatre critères diagnostiques permettant de poser un TNC majeur dans le DSM-5 :

- A. Preuves d'un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs [...]
- B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien [...]

- C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (délirium).
- D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (pp. 787-788).

La différence diagnostique avec le TNC léger se situe au niveau des deux premiers critères. En effet, pour un TNC léger, il doit y avoir des « preuves d'un déclin cognitif modeste par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines » (American Psychiatric Association, 2015, p. 790). De plus, les difficultés n'ont pas de répercussion sur l'autonomie au quotidien. Ce critère est donc particulièrement important dans le diagnostic des TNC. Les deux derniers critères sont les mêmes pour un TNC majeur et léger.

Enfin, les sous types étiologiques « reposent essentiellement sur les mécanismes étiologiques ou pathologiques, connus ou présumés, sous-jacents au déclin cognitif » (American Psychiatric Association, 2015, p. 791). Les TNC dépendent donc de la pathologie dont l'individu est atteint (par exemple Maladie d'Alzheimer, TNC vasculaire, TNC avec corps de Lewy...) (American Psychiatric Association, 2015, p. 775). La prise en charge, les caractéristiques associées au TNC et la prévalence dépendront donc du sous-type étiologique du TNC (American Psychiatric Association, 2015).

Le diagnostic des TNC se fait entre autres grâce à une évaluation neuropsychologique normée et elle sera « particulièrement pertinent[e] dans l'évaluation du TNC léger » (American Psychiatric Association, 2015, p. 793). La neuro-imagerie fait également partie du processus de diagnostic des TNC (American Psychiatric Association, 2015).

### 1.2.2. La prévalence et les caractéristiques cliniques

L'âge, le sexe féminin et l'étiologie du TNC sont trois facteurs de risques qui impactent la prévalence des TNC majeurs (American Psychiatric Association, 2015).

Ainsi, il est estimé que 1 à 2% des personnes âgées de plus de 65 ans sont atteintes d'un TNC majeur, et « jusqu'à 30% vers l'âge de 85 ans » (Alzheimer Disease International, cité par American Psychiatric Association, 2015, p. 794). Concernant les TNC légers, la prévalence varie entre « 2 à 10% à l'âge de 65 ans et de 5 à 25% vers l'âge de 85 ans » (Ward et al., cité par American Psychiatric Association, 2015, p. 794).

Les différents TNC évoluent selon leur sous-type étiologique (American Psychiatric Association, 2015). Leurs modes d'apparition et d'évolution sont également variables. En effet, « certains sous-types [...] débutent typiquement à un moment précis et [...] restent stables. D'autres peuvent fluctuer dans le temps » (American Psychiatric Association, 2015, pp. 794-795).

On retrouve de nombreux symptômes psycho-comportementaux dans la clinique des TNC, en particulier dans les TNC majeurs, aussi appelés démences : « Le TNC majeur correspond à la situation dénommée démence dans le DSM-IV, terme retenu comme une alternative dans cette édition » (American Psychiatric Association, 2015, p. 792).

Le DSM-5 établit une liste de caractéristiques comportementales, « particulièrement dans les champs des symptômes psychotiques et de la dépression » (Jeste et al., cités par American Psychiatric Association, 2015, p. 791), variables selon les différentes étiologies. On peut ainsi retrouver des idées de persécution, idées délirantes et hallucinations sensorielles. On peut également observer des troubles de l'humeur (dépression ou euphorie), du comportement et du sommeil, de l'agitation, de l'apathie et une baisse de réactivité émotionnelle. La symptomatologie des TNC peut aussi présenter des comportements déambulatoires, une désinhibition, de l'hyperphagie et des comportements d'accumulation.

### 1.2.3. La démence vasculaire

Comme dit précédemment, le terme de démence, utilisé dans le DSM-IV est aujourd'hui remplacé par « trouble neurocognitif majeur ». Dans mon mémoire, j'utiliserai le mot « démence » afin de conserver une certaine logique. En effet, ce terme est « maintenu dans le DSM-5 pour une certaine continuité » et « dans les cadres où les médecins et les patients sont habitués à ce terme » (American Psychiatric Association, 2015, p. 775).

Selon le dictionnaire de l'académie nationale de médecine, la démence est une « atteinte le plus souvent irréversible des fonctions intellectuelles, acquise, par opposition aux diverses formes d'arriération mentale, d'origine congénitale » (Académie Nationale de Médecine, s. d.)

La démence vasculaire est une démence, causée par une ou plusieurs lésions vasculaires « focales, multifocales ou diffuses » (Jellinger, cité par American Psychiatric Association, 2015, p.

810). Elle est la seconde cause de démence mondiale. (Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine, s. d.).

Le diagnostic d'une démence vasculaire est posé selon plusieurs critères du DSM-5 :

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Les caractéristiques cliniques sont compatibles avec une étiologie vasculaire, comme cela est suggéré par l'un des deux éléments suivants :
  1. La survenue des déficits cognitifs est en relation temporelle avec un ou plusieurs accidents cérébrovasculaires.
  2. Mise en évidence d'un déclin notable de l'attention complexe (incluant la rapidité de traitement) et des fonctions exécutives frontales.
- C. Mise en évidence d'après les antécédents, l'examen clinique et/ou la neuro-imagerie de la présence d'une maladie cérébrovasculaire considérée comme suffisante pour expliquer les déficits neurocognitifs.
- D. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une autre maladie cérébrale ou un trouble systémique (American Psychiatric Association, 2015, p. 809).

Selon la localisation et le nombre de lésions cérébrales, l'incidence, les troubles et l'évolution de la démence ne seront pas les mêmes. C'est ce qui fait son hétérogénéité (Roman et al., cité par American Psychiatric Association, 2015). Le déclin peut ainsi être « par à-coups » ou progressif. (American Psychiatric Association, 2015, p. 810). L'évolution des déficits est quant à elle plus ou moins rapide. Il se peut même que le déclin connaisse des périodes « intercurrentes de stabilisation et même des améliorations » (Hachinski et al., cité par American Psychiatric Association, 2015, p. 810).

Comme pour tous les TNC, différents facteurs de risques ont une incidence sur l'apparition de démence vasculaire, notamment l'âge. En effet, « sa prévalence augmente de façon exponentielle après l'âge de 65 ans » (American Psychiatric Association, 2015, p. 811). Les risques cardiovasculaires sont cependant influencés par des facteurs environnementaux, génétiques et physiologiques (American Psychiatric Association, 2015).

On observe de nombreux symptômes psycho-comportementaux communs avec les autres TNC. Néanmoins, certaines particularités sont propres à la clinique des démences vasculaires, voire aggravées. Ces symptômes sont par exemple la modification de la personnalité et de l'humeur, une dépression, une labilité émotionnelle. Ils sont typiques et en faveur du diagnostic. On retrouve aussi

parfois un ralentissement psychomoteur et un trouble des fonctions exécutives (American Psychiatric Association, 2015). Ces éléments sont associés à des troubles physiques qui majorent et ajoutent des difficultés.

Les symptômes communs aux différents TNC (troubles mnésiques, trouble du langage, des fonctions exécutives, hallucinations...) révèlent l'importance des diagnostics différentiels afin d'assurer une prise en charge la plus adaptée possible. De plus, la démence vasculaire est fréquemment comorbide avec la maladie d'Alzheimer ou une dépression (American Psychiatric Association, 2015). Dans ce cas, on parle de « TNC majeur ou léger dû à des étiologies multiples » (p. 834).

#### *1.2.4. L'impact psychomoteur des troubles neurocognitifs majeurs*

Comme évoqué précédemment, vieillir modifie les capacités psychomotrices. Les symptômes neurocognitifs d'apraxie, agnosie et aphasie auront donc un impact, favorisant les troubles psychomoteurs.

On retrouve notamment des troubles du schéma corporel. Cela provoque des difficultés praxiques, perceptives et d'orientation. Ces difficultés liées au corps et sa représentation peuvent aussi modifier le rapport à l'hygiène corporelle. Elles auront donc une réelle répercussion motrice et relationnelle (Juhel, 2010).

Les troubles exécutifs liés au TNC ont aussi un impact sur les coordinations et la planification du mouvement. Ils peuvent provoquer un ralentissement psychomoteur, une mauvaise régulation motrice, provoquer des troubles attentionnels rendant alors la double tâche difficile voire impossible (American Psychiatric Association, 2015).

On observe aussi des difficultés de repérage spatio-temporel, avec une désorientation (Juhel, 2010). Les possibles hallucinations peuvent accroître cette problématique, générant de l'anxiété. Les symptômes anxieux sont ainsi souvent présents dans les TNC (Rigaud, 2001). Ils peuvent se manifester de différentes manières (retrait, manifestations dépressives ou agitation psychomotrice, agressivité...). Une angoisse fréquente dans les TNC est l'angoisse vespérale, qui se traduit souvent par une augmentation de l'anxiété et de l'agitation le soir (Montani & Ruffiot, 2009).

Enfin, des troubles de la régulation tonique peuvent apparaître (hypertonie ou effondrement tonique). Les manifestations tonico-émotionnelles sont souvent en lien avec les symptômes psycho-comportementaux et l'anxiété. Il ne faut toutefois pas négliger une potentielle origine neurologique.

## **2. Le narcissisme, support de l'identité**

### **2.1. Définition des termes utilisés**

Il est difficile de définir les notions de narcissisme, identité, estime de soi et image du corps sans parler de la construction psychique et narcissique du jeune enfant. Il me semble que tout adulte s'est construit en fonction de son enfance, son histoire, ses expériences affectives. En effet, pour tous, les expériences vécues durant la petite enfance ont « des retentissements d'une importance primordiale » (Freud, cité par Charazac, 2005, p. 1).

#### *2.1.1. Le narcissisme*

Dans le vocabulaire courant, le narcissisme a souvent une connotation négative. Il peut être qualifié comme un « amour excessif porté à l'image de soi » (Larousse, s. d.-c), il a une dimension relativement égoïste (Robert-Ouvray, 2007). Le point de vue psychanalytique, issue de la pensée freudienne, considère le narcissisme de manière plus positive, comme un support de l'estime de soi. C'est « l'investissement du sujet sur lui-même » (Larousse, s. d.-c). Dans son glossaire, Charazac (2005) définit le narcissisme comme « l'amour porté à soi » (p. 177).

La construction narcissique se fait dès les premiers mois de la vie et est indissociable de l'environnement maternant. Winnicott (1969) parle de narcissisme primaire, dépendant du corps et du psychisme de la mère. Dès lors, le holding offert par l'environnement permet l'intégration du narcissisme primaire (Winnicott, cité par Lehmann, 2007).

Dans le cadre de son acquisition neuromotrice, le narcissisme du tout petit se développe en fonction de trois lois : « l'enroulement, la symétrie et la coordination » (Robert-Ouvray, 2007, p. 75). Un autre élément participe également à la construction narcissique du jeune enfant. Il s'agit de la sensation de plaisir procurée par la reconnaissance de soi dans le miroir. L'image du corps,

cette image de soi, constitue alors le début de l'intégration du Moi et forme les assises du narcissisme (Lacan, cité par Charazac, 2019).

### 2.1.2. L'identité

Le dictionnaire Larousse définit l'identité comme le « caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité » (Larousse, s. d.-b). Le dictionnaire Le Robert donne une définition un peu différente : c'est « ce qui est un », le « caractère de ce qui demeure identique à soi-même » (Le Robert, s. d.).

Fantini-Hauwel et al. (2020) exposent deux dimensions de l'identité. L'identité sociale, qui s'inscrit dans une dimension commune et l'identité individuelle, propre à chacun. Comme dit Caradec (2004), « c'est cette différence qui est tout » (Caradec, cité par Fantini-Hauwel et al. 2020, p. 123).

L'identité peut revêtir plusieurs éléments, liés à la fois au psychique et au corporel. En effet, elle inclut notamment l'image, la représentation et l'estime de soi mais aussi le soi intime et le soi social (Edmond, 2016). Ainsi, le sentiment d'identité « passe en premier lieu par le corps » (Danko et al., cités par Fantini-Hauwel et al., 2020).

### 2.1.3. L'estime de soi

L'estime de soi peut être définie par « l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine » (Petit Larousse de la psychologie, cité par Guerrin, 2012, p. 185). L'auteur la considère comme une « donnée fondamentale de la personnalité (Guerrin, 2012, p. 185). Mais si l'estime de soi est la manière dont chacun se considère soi-même de façon individuelle, elle n'est pas sans lien avec une dimension plus commune, avec une « identité sociale » (Fantini-Hauwel et al., 2020, p. 125). Ainsi, l'estime de soi est liée à « nos appartenances et interactions sociales » ainsi qu'à l'environnement (Fantini-Hauwel et al. 2020, p. 125).

Il est évident que la construction d'une estime de soi solide durant l'enfance est primordiale, sous peine de répercussions narcissiques à l'âge adulte. Selon Guédeney (2011), elle se construit en grande partie dans l'environnement familial, entre le bébé et ses parents, notamment par le regard et la manière dont le parent répond aux besoins de l'enfant.

#### 2.1.4. L'image du corps

La notion de l'image du corps a beaucoup évolué au fil du temps selon les auteurs et leur courant de pensée. Selon Schilder, l'image du corps est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit » (Schilder, cité par Jeannerod, 2010, p. 185). Plus tard, Dolto (1992) nous dit que l'image du corps est inconsciente et individuelle, contrairement au schéma corporel qui est une « réalité de fait » (Dolto, 1992, p. 18). L'image du corps est la « synthèse vivante de nos expériences émotionnelles » (p. 22). Elle se construit sur une base affective et soutient le narcissisme. L'image du corps serait donc la représentation mentale de notre propre corps, chargée d'affect et, comme le dit Juhel (2010), très en lien avec l'estime de soi et le narcissisme. Le psychomotricien Pireyre (2011b) propose à son tour une définition de l'image du corps plus complète, « composée de plusieurs éléments différents » (p. 48), dont la construction est basée sur les systèmes physiologiques et non sans lien avec le développement psychoaffectif et l'histoire subjective de chacun.

### **2.2. Les entraves au maintien du narcissisme durant le vieillissement**

#### 2.2.1. La crise du vieillissement d'un point de vue psychodynamique : des pertes et des deuils

Selon Charazac (2005), la crise psychique est liée à une désorganisation de l'appareil psychique, due à des pertes endogènes ou exogènes. De la même manière, Fantini-Hauwel et al. (2020) expliquent que « le vieillissement s'accompagne de profonds remaniements liés à la question de la perte » (p. 15). La vie est une succession de crises, variables d'un individu à l'autre, qui se résolvent grâce à une réorganisation de l'appareil psychique. La crise du vieillissement apparaît lorsque l'individu prend conscience de la proximité de la fin de vie (Charazac, 2005).

Précédemment, j'ai expliqué que le vieillissement implique des modifications physiologiques, cognitives et physiques (Juhel, 2010). D'un point de vue psychique, je qualifierai les modifications vécues comme des pertes. D'ailleurs, Ferrey et Le Gouès expliquent que vieillir est « fréquemment relié aux renoncements et à la perte » (Ferrey & Le Gouès, cités par Fantini-Hauwel et al. 2020, p. 3).

Lors du départ à la retraite par exemple, la personne perd son statut professionnel. Parfois, un retrait social s'opère. L'identité sociale se délite et par la même occasion, une partie de l'estime de soi, qui reposait sur les interactions sociales liées à la vie professionnelle (Fantini-Hauwel et al. 2020). De même, la manière dont le vieillissement est perçu socialement aura également un impact sur l'individu.

Le vieillissement peut également induire des changements de repères (par exemple la perte d'un être cher, d'un animal de compagnie...). L'entrée en institution, parfois nécessaire, suppose de laisser beaucoup derrière soi (son domicile familial, ses amis etc.). Cela signifie souvent le début de la dépendance et la perte d'autonomie. Le rythme individuel s'efface face au rythme collectif.

Enfin, lorsque l'on prend de l'âge et les rides qui vont avec, la manière dont on se voit est changée mais aussi la manière dont les autres nous voient. Il faudra alors affronter leurs regards. Ainsi, Fantini-Hauwel et al. (2020), expliquent que vieillir « modifie irrévocablement l'image de soi et l'image que l'on renvoie aux autres par les transformations extérieures liées au corps » (p. 6).

### *2.2.2. Face aux pertes, un travail de deuil*

Fantini-Hauwel et al. (2020) mettent en avant le travail de deuil « de ce que l'on a été » qui se fait lors de l'avancée en âge (p. 3). Comme le dit Célérier, vieillir signifie donc de « faire face au deuil de l'image corporelle, de l'identité socio-professionnelle, des proches et donc de faire face à toute une succession de ruptures et de pertes » (Célérier, cité par Fantini-Hauwel et al. 2020, p. 16).

Le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation sont les cinq étapes mises en évidence par Kübler-Ross (1974) lors d'un deuil. La capacité à surmonter le deuil dépendra aussi de la capacité de résilience de l'individu. Selon Cyrulnik (1999), la résilience est la « capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement [...] en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (Cyrulnik, cité par Marquis, 2018). Ainsi, le temps, nécessaire aux bons processus de deuil, ainsi que la capacité de résilience du sujet sont deux facteurs qui permettront de vivre le vieillissement de manière plus sereine.

Accepter de vieillir, c'est aussi accepter que l'on a plus vécu qu'il ne nous reste à vivre. Cette prise de conscience, associée aux différentes pertes peut révéler des angoisses. L'angoisse de mort,

fréquente chez les personnes âgées, renvoie à une angoisse de séparation, retrouvée chez les enfants. Avec l'âge « les séparations renvoient à la perte de soi » (Bacqué, 2014, p. 48).

Lorsque le deuil n'est pas possible (dans le cas d'une perte somatique, psychique ou d'un choix fait contre la volonté du sujet), l'état de santé peut se dégrader jusqu'au syndrome de glissement. Il est caractérisé par une perte d'élan vital associée à un retrait relationnel ainsi qu'une diminution brutale et rapide de l'état de santé général. Le facteur déclenchant peut être somatique ou psychique. Ce syndrome constitue une urgence thérapeutique et peut conduire jusqu'au décès si la prise en charge n'est pas immédiate et adaptée (Nabarrot et al., 2022).

### 2.2.3. Quel impact sur l'identité, l'estime de soi et le narcissisme ?

Lors de la crise du vieillissement que Fantini-Hauwel et al. (2020) qualifient de « véritable crise identitaire », le narcissisme est fortement attaqué. Toutes ces pertes biologiques, psychologiques et sociales auront un impact sur l'image du corps, l'estime de soi mais aussi sur l'identité de l'individu.

Dans la clinique des démences, on retrouve également « une disparition progressive du sentiment de soi » (Fantini-Hauwel et al. 2020, p. 70), sans doute encore plus importante, liée aux troubles cognitifs et à la perte de mémoire. Ainsi, « le déclin mnésique confronte à la perte identitaire, à l'oubli de sa propre histoire et à l'angoisse d'être atteint d'une pathologie neurodégénérative ». (Fantini-Hauwel et al. 2020, p. 6). La façon dont la personne âgée va vivre tout ce processus dépend fortement de la manière dont son narcissisme et son estime d'elle-même se sont développés et renforcés tout au long de sa vie (Fantini-Hauwel et al. 2020).

À l'évidence, le vieillissement est source de nombreux remaniements et enjeux narcissiques pouvant être à l'origine d'un délitement identitaire. Ces processus peuvent être accentués par les pathologies, notamment neurocognitives, qui viennent toucher la mémoire, les souvenirs et toute la subjectivité individuelle (Fantini-Hauwel et al. 2020).

Comme le dit Le Gouès (2000), « vieillir c'est souffrir car les pertes de soi qui s'additionnent attaquent le narcissisme » (p. 24). Mais on peut se demander si vieillir est uniquement souffrance ou s'il est possible de prendre du recul sur les différentes pertes vécues ? La personne âgée peut-elle sublimer ces modifications ? En effet, afin de se protéger, l'individu peut avoir recours à des mécanismes de défenses, plus ou moins inconscients.

### **3. Le mouvement**

#### **3.1. Neurophysiologie du mouvement**

##### *3.1.1. Le mouvement et son développement neurologique*

Selon le dictionnaire Larousse, un mouvement est un « déplacement d'un corps, changement de position dans l'espace » (Larousse, s. d.-e). C'est l'« action de se mouvoir, de changer de place, de modifier la position d'une partie d'un corps » (Larousse, s. d.-e).

Il existe différents types de mouvements, selon qu'ils sont volontaires ou non. Le mouvement volontaire peut être considéré comme une base nécessaire au geste, comme une « composante fondamentale du geste » (Gaudez & Aptel, 2009, p. 378). Ce dernier permet de répondre à une intention consciente. Les auteurs l'opposent au mouvement involontaire, autrement appelé mouvement « réflexe », pour lequel la réponse n'est pas intentionnelle. La réponse motrice, dite stéréotypée, répond à une sensation (Gaudez, Aptel, 2008). Dans les parties suivantes, sauf précision de ma part, le terme employé de « mouvement » fait référence au mouvement volontaire.

Lors des premiers mois de vie, le contrôle du mouvement se fait progressivement selon des lois de maturation neurologique. En effet, il « se fera en fonction de la diminution de la réflexivité, de la descente tonique et de son équilibration » (Robert-Ouvray, 2020, p. 54). Vers cinq mois, la maturation céphalo-caudale et proximo-distale permet à l'enfant de tenir peu à peu sa tête, son tronc, son axe pour ensuite pouvoir réaliser des gestes fins (Lesage, 2021).

##### *3.1.2. Les fonctions mises en jeu dans le mouvement*

Selon Bioulac et al. (2005), le mouvement met en jeu plusieurs fonctions motrices qui sont « l'ensemble des structures, réseaux et voies qui interviennent dans le contrôle et la régulation du mouvement et/ou de la locomotion ». Elles sont à la fois nerveuses et musculaires. Gaudez & Aptel, (2008) ajoutent que « le mouvement volontaire résulte de l'interaction entre le niveau sensori-moteur et le niveau cognitif du système nerveux » (p. 387). Lors d'un mouvement, les organes sensoriels perçoivent des informations afférentes qui sont véhiculées jusqu'au cerveau par le biais de perceptions sensorielles variées. Lesage (2021) nous dit qu'elles peuvent être visuelles, vestibulaires, tactiles, musculaires... Au niveau cérébral, différentes zones interviennent (cervelet,

noyaux gris centraux, noyaux vestibulaires...) et donneront une réponse adaptée aux informations reçues.

### **3.2. Le mouvement d'un point de vue psychomoteur**

#### *3.2.1. Distinction entre mouvement et geste*

« Si tout geste est mouvement, l'inverse n'est pas vrai » (Lesage, 2019, p. 172).

Avant tout, il me semble primordial de définir et différencier les termes de mouvement et geste. Selon Berthoz (1997), le mouvement permet de répondre à des intéros ou des extero-stimulations. Il existe différents niveaux de réponses motrices (Berthoz, cité par Jaquet et al., 2014). En effet, Jaquet et al. (2014) différencient le mouvement réflexe et le geste « empreint de désir, d'émotion, de mémoire » (p. 71). Je propose de définir le geste comme un ensemble de mouvements, intentionnalisés ou non, dirigés vers un but et teintés de subjectivité, en m'appuyant sur les propos de Lesage (2019). En effet, l'auteur dit considérer le geste comme un « mouvement organisé, anticipé et/ou signifiant, porteur d'un projet et soutenu par un programme moteur » (p. 172). L'auteur propose deux dimensions au geste. Une dimension fonctionnelle, effecteur de l'action et une dimension expressive, intersubjective.

#### *3.2.2. Le mouvement d'un point de vue psychomoteur*

Dans son ouvrage, Robert-Ouvray (2020) explique que d'un point de vue strictement mécanique, nous avons tous ou presque la même conception anatomo-fonctionnelle. Or, notre tonus, porteur d'émotions, d'histoire et d'affectivité rend notre manière de nous déplacer dans l'espace unique. D'un point de vue psychomoteur, chaque geste a une dimension relationnelle. Adressé dans l'espace, à soi ou à autrui, le geste aura une répercussion externe et interne (Obéji, 2020). Ainsi, le psychomotricien définit le geste comme :

[À] la fois une réalisation neuro-motrice que ce qui produit un effet sur l'environnement extérieur, ce qui le transforme, ce qui alors engage l'individu dans cette transformation, ce qui affecte l'autre et transforme aussi le geste d'un autre, ce qui en retour de cet acte assure un sentiment d'emprise puis de maîtrise sur cet environnement, et nourrit ou attaque son image du corps (Obéji, 2020, p. 13).

Le fait de se mouvoir permet donc de percevoir notre monde. Notre monde extérieur, l'environnement, mais aussi notre monde intérieur, le corps, le Soi. Par le mouvement, on peut alors percevoir ce qui change, ce qui reste à l'identique. Par le mouvement, on ressent les objets extérieurs.

Où est ma main, où est ma bouche... ? Le schéma corporel se construit petit à petit, comme « la connaissance affectée que chacun a de son organisation motrice dans l'espace et le temps » (Robert-Ouvray, 2020, p. 125). Au fil de l'intégration des objets et du corps comme un tout, par le biais de la sensation, le bébé pourra alors s'individualiser, se représenter comme un Moi, global et entier (Robert-Ouvray, 2020).

### 3.2.3. Les prérequis psychomoteurs nécessaire à la mise en mouvement

Lorsqu'il naît, le bébé est soumis à une « motricité primaire réflexe » (Robert-Ouvray, 2007) dont il n'a pas le contrôle. Le passage du mouvement réflexe au geste intentionnalisé, à la « motricité humaine » qui assure des fonctions de « création, de symbolisation et de communication » (Robert-Ouvray, 2007, p. 36) se fait en lien avec le développement neuromoteur.

Mais pour Robert-Ouvray (2007), ce développement moteur ne peut se faire qu'en lien avec le développement psychique : « le psychisme doit apparaître en même temps que s'organise la motricité du bébé » (p. 36). Ainsi, elle met en évidence un autre élément indispensable au développement moteur, qui est le développement psychique. Il se construit dans le lien à l'autre, et est dépendant de l'environnement, notamment affectif et maternant.

Dès la naissance, la relation entre la maman et son bébé provoque déjà une mise en mouvement de ce dernier. Ce que Haag appelle « l'interpénétration des regards » permet alors sa mise en mouvement. En effet, la manière dont elle le regarde « induit une réponse axiale du nouveau-né » (Haag, cité par Lesage, 2021, p. 86). Puis, dans la relation et la mise en place de jeux corporels, le bébé pourra petit à petit se séparer de sa mère en se mobilisant de manière autonome. Dès lors que l'enfant peut se séparer de sa mère, cela lui permet alors de se mettre en mouvement pour la retrouver. La mère qui s'éloigne « appelle à soi son enfant » (Robert-Ouvray, 2020, p.162) et dans un plaisir commun, cela « permet à l'enfant de sortir de sa motricité autogérée proprioceptive pour aller vers l'autre », tout en lui procurant du plaisir (Robert-Ouvray, 2020, p. 160). La séparation physique d'avec la mère permet ainsi de se mettre en mouvement. À partir de là, on

peut donc en déduire qu'il ne peut pas s'établir de motricité sans relation. On pourra alors dire qu'une des spécificités de la mise en mouvement, dans le domaine de la psychomotricité, est la dimension du plaisir, dans le lien à l'autre.

Enfin, Robert-Ouvray (1993) met en évidence l'importance d'un environnement affectif stable, « pour assurer une base narcissique primaire, liée à une sécurité psychique et corporelle qui étaye l'ouverture du corps vers l'extension et la mise en relation » (Robert-Ouvray, cité par Lesage, 2021, p.90).

# **PARTIE THÉORICO- CLINIQUE**

## **1. Le narcissisme de Madame S mis à l'épreuve**

### **1.1. Le vécu anxieux**

Je commencerai par distinguer les termes d'anxiété et d'angoisse.

Dans le DSM-5, l'anxiété est considérée comme l'« anticipation d'une menace future » (American Psychiatric Association, 2015, p. 237), dont la cause est identifiée. L'angoisse est un sentiment « d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminé » (Larousse, s. d.-a). Dans les deux cas, on observe alors des manifestations somatiques (tension musculaires, nausées, difficultés respiratoires, sudations etc.) et comportementales (troubles du sommeil, irritabilité, agitation) (American Psychiatric Association, 2015).

#### *1.1.1. L'anxiété dans la clinique des TNC*

L'insécurité globale liée aux modifications du vieillissement va souvent faire ressortir les fragilités antérieures jusqu'alors plus ou moins gérées par l'individu. On assiste ainsi à l'émergence de vécus anxieux, en lien avec cette insécurité, ce sentiment d'être moins fort.

Certains éléments de la vie de Madame S, présents dans son dossier, me laissent penser qu'elle a subi des événements stressants, pouvant alors provoquer de l'anxiété. Madame S est née en 1930. Elle a grandi dans un contexte de guerre. À l'époque, le rapport à la psychologie de l'enfant n'était pas celui d'aujourd'hui. Les éléments que j'apporte ici ne sont que des hypothèses, n'ayant pas d'informations sur son enfance. Je souhaite simplement mettre en lumière la possibilité d'une construction avec un fond anxieux dans l'enfance. Une fois adulte, elle a également vécu des événements pouvant générer du stress et de l'anxiété, notamment le décès de sa fille. De plus, son rapport « obsessionnel » à la propreté (tel qu'il est noté dans son dossier), que l'on retrouve souvent chez les personnalités anxieuses, m'évoque une possible manière de gérer son stress. Je parlerai donc de vécu anxieux pour qualifier les manifestations d'angoisses de Madame S.

En séance, Madame S ne verbalise pas réellement l'origine de son vécu anxieux. Néanmoins, au fil du suivi, j'ai élaboré différentes hypothèses dont la suivante : les changements corporels liés au vieillissement de Madame S sont en partie à l'origine de ses vécus d'anxiété. Dans ce cas, la cause étant identifiable, je parle donc d'anxiété.

Mais l'anxiété est aussi un symptôme psycho-comportemental retrouvé dans les démences (Tallon, 2014). La prévalence des symptômes anxieux est plus élevée avec l'avancée en âge et elle l'est encore plus dans la clinique des démences (Roblin & Gallarda, 2014). Presque la moitié des personnes atteintes de démence vasculaire présentent des signes anxieux qui sont une « réponse psychique face à un déclin cognitif progressif » ou encore un « symptôme aspécifique de la démence » (Roblin & Gallarda, 2014, p. 309). L'anxiété peut revêtir plusieurs manifestations cliniques, notamment au niveau comportemental (crainte, agitation, déambulation, attaque de panique, plainte somatique etc.). Roblin & Gallarda (2014) mettent en évidence des discours stéréotypés pouvant traduire une certaine anxiété face aux événements futurs.

L'anxiété de Madame S se traduit par un discours logorrhéique et stéréotypé. Ses paroles portent sur son image corporelle, les changements de sa peau et de ses rides qu'elle compare à mes avant-bras nus. J'observe une agitation d'ordre verbal mais aussi corporelle. Elle s'agite, son tonus augmente. Lors d'un temps de mobilisation passive, je propose un toucher-massage des mains à Madame S. Son agitation verbale diminue mais elle reste en hypervigilance au niveau des bras qu'elle maintient en l'air, les mains tendues et les doigts en extension.

### 1.1.2. Angoisse de ne « plus être », angoisse de la perte identitaire liée aux changements de l'image corporelle.

« Je ne suis plus comme avant, mes jambes sont moches », me dit Madame S en pleurant durant un jeu moteur où elle mobilise ses jambes. Elle se penche et relève son pantalon pour me montrer ses jambes sèches et rougies par une dermatite. Dès lors qu'elle aperçoit une partie de son corps qu'elle va dévaluer, Madame S adopte un discours logorrhéique et stéréotypé. Il est alors très difficile d'entrer en interaction avec elle. Son agitation verbale est couplée à une montée en tension et un agrippement de ses deux mains aux accoudoirs. Madame S se touche systématiquement la peau, comme si elle tirait dessus, comme si elle voulait gommer les tâches, les rides, les boutons, en même temps que ses yeux s'embuent de larmes. Ses mots, « je ne suis plus comme avant » me touchent. Elle ne semble pas avoir fait le deuil de son image.

Messy (1992) explique que la perception morcelée et modifiée du corps dans le miroir provoque un vécu angoissant. En effet, lors de ce qu'il appelle le « temps du miroir brisé », la personne âgée voit dans le miroir « une image qui n'est plus celle d'un moi idéal mais celle d'un moi hideur révélé par la chute de l'idéal » (Messy, cité par Charazac, 2019, p. 46)

De plus, selon Montani & Ruffiot (2009), l'image du corps permet d'assurer une fonction de maintenance, une cohésion psychique.

Ces différents éléments m'évoquent la manière dont Anzieu (coté par Lesage, 2019) considère le corps comme le « premier objet pensé, premier objet de pensée » (p. 28). La construction d'un sentiment de soi est donc fondé sur une base corporelle. En effet, pour lui, « il n'y a rien dans l'esprit qui ne soit passé par les sens et la motricité » (p. 28). Anzieu élabore ainsi un rapport entre peau psychique et peau corporelle, permettant de se construire psychocorporellement, c'est-à-dire de se faire « une expérience des limites, de la contenance, de la différenciation dedans/dehors et soi/non-soi [...], de la protection » (Anzieu, cité par Lesage, 2019, p. 29).

Montani & Ruffiot (2009) expliquent que lorsque l'image du corps n'assure plus sa fonction de contenance psychique, par extension, le sentiment de Soi est alors compromis. Or, un Soi non délimité psychocorporellement peut laisser place à des angoisses.

L'image du corps est mise à l'épreuve dans le vieillissement, particulièrement dans la démence. Madame S évoque fréquemment des angoisses et des préoccupations autour de son image corporelle, notamment l'aspect de sa peau, qu'elle compare à la mienne. Souvent, j'observe ses gestes que j'interprète comme la volonté de gommer, d'effacer ses rides. D'ailleurs lors d'une séance, elle me dit vouloir enlever les rides présentes sur le visage du chanteur, pour qu'il soit « plus beau ». Sa propre peau ne semble plus la satisfaire, ni contenir ses angoisses. Il semble donc que le changement de son aspect corporel soit intolérable et non représentable chez elle.

## 1.2. L'impact des chutes à répétition sur le narcissisme de Madame S

### 1.2.1. Définition de la chute

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la chute peut être définie comme « le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ » (Haute Autorité de Santé, 2009a, p. 5). Une étude de l'Inserm révèle qu'une personne sur trois âgée de plus de 65 ans chute dans l'année, représentant ainsi un problème de santé publique (Inserm, 2015).

Différents facteurs de risques coexistent et rendent l'individu plus vulnérable à la chute. Juhel (2010) parle de facteurs physiques et de la vie quotidienne tels que l'environnement et l'habillement par exemple. Il met en évidence des facteurs liés à l'état mental pouvant être altéré par une maladie ou par une prise de médicament mais aussi des facteurs psychologiques et la peur de chuter, que l'on retrouve souvent chez nos aînés. Enfin, l'auteur parle d'autres facteurs neurologiques, sensoriels, des différentes pathologies cardio-vasculaires, de la qualité du sommeil, de l'utilisation des aides techniques etc.

Concernant les chutes répétées, l'HAS les définit comme la « survenue d'au moins deux chutes dans des intervalles de temps s'étendant de 6 à 12 mois » (HAS, cité par Inserm, 2015, p. 3). Elles permettent d'informer sur l'état de santé de la personne âgée et représentent un « marqueur de fragilité » (Inserm, 2015 p. 3), augmentant ainsi le risque de rechute. En effet, « le chuteur a vingt fois plus de risque de tomber qu'un non-chuteur » (Juhel, 2010, p. 54)

Madame S a chuté de nombreuses fois au cours des dernières années. C'est d'ailleurs ce qui a en partie motivé son entrée en EHPAD en 2022. Elle a subi deux hospitalisations à la suite de ses chutes qui ont eu un impact sur son vécu corporel et psychique. Ces chutes, nous le verrons prochainement, ont un impact sur sa psychomotricité, sa confiance en elle et son engagement psychocorporel.

Comme le dit le psychomotricien Juhel (2010), « la chute n'entraîne pas toujours de blessure grave, mais elle peut avoir des conséquences psychologiques importantes » (p. 54). Ces conséquences auront des répercussions sur le fonctionnement psychomoteur de la personne âgée.

### 1.2.2. L'impact psychomoteur de la chute

Bien souvent après une chute, on observe des répercussions psychomotrices. Elles peuvent être par exemple, un syndrome de désadaptation psychomotrice, caractérisé par une « composante psychomotrice (trouble de la posture et de la marche) et une composante psychologique » (Rmadi et al., 2020). Le syndrome de désadaptation psychomotrice est associé à la peur et l'anxiété qui impactent la posture et l'équilibre. La peur de se mobiliser peut aboutir à un retrait relationnel (Bloch, 2015).

Après une chute, on peut aussi retrouver un syndrome post-chute. On observe alors des postures particulières, rétropulsion, baisse de la mobilité et de l'autonomie, peur du vide antérieur et de la verticalisation etc. (Bloch, 2015). La station au sol prolongée constitue un facteur de risque de rechute et augmente fortement le risque d'un syndrome post-chute.

Le syndrome post-chute entraîne des conséquences à court terme (peur et difficultés à se lever et se mobiliser) et à long terme (restriction de l'activité physique et de la mobilité) provoquant alors un cercle vicieux. Dans ce cas, une prise en charge rapide, intense et pluridisciplinaire est primordiale afin de redonner confiance à la personne en ses appuis, ses capacités corporelles.

Les chutes à répétition de Madame S impactent fortement sa psychomotricité. Elle présente une appréhension de la station debout et la verbalise. Elle parvient cependant à se mobiliser avec une présence rassurante à proximité. Son polygone de sustentation est élargi, son équilibre en station debout est très précaire. Madame S peut tenir en équilibre statique bipodal sans appui pendant cinq secondes en vacillant. Elle présente aussi un manque d'initiative du geste, certainement en lien avec son TNC, mais est très volontaire pour se mettre en mouvement pendant les séances. Ses troubles psychomoteurs augmentent son risque de chute. En effet, son équilibre est précaire et Madame S se met parfois en danger du fait de ses troubles neurocognitifs.

Lorsqu'elle se déplace dans sa chambre sur de courtes distances, Madame S ne prend pas spontanément son déambulateur. J'observe alors son équilibre dynamique fragile dans les temps de transfert : elle oscille et son pas n'est pas ancré dans le sol. J'ai l'impression qu'elle pourrait tomber à tout moment. D'ailleurs je ne suis jamais loin, lui proposant parfois l'appui de mon bras qu'elle accepte toujours. En raison de sa cyphoscoliose, son buste est incliné vers la droite. Sa tête est donc légèrement en dehors de l'espace projeté du polygone de sustentation.

Après ses chutes, la peau de Madame S est très marquée. L'aspect modifié de sa peau change son image du corps. De plus, ses douleurs modifient l'intégration du schéma corporel.

De nombreuses personnes âgées ont des douleurs, aiguës ou chroniques. Celles-ci entraînent des répercussions psychologiques et psychomotrices (modification de l'investissement et du schéma corporel, rapport au corps modifié, motricité etc.).

### 1.2.3. L'impact narcissique : « On m'a poussé »

En plus des répercussions psychomotrices, les chutes de Madame S vont avoir un impact sur son narcissisme, sa confiance en elle et son estime.

Bloch (2015) met en évidence les répercussions psychologiques de la chute, notamment la « perte de confiance en soi », la « dégradation de l'image de soi » ou encore un « sentiment d'insécurité » (p. 190), qui peuvent se dégrader jusqu'à un syndrome post-chute, précédemment évoqué.

Lors de la deuxième séance, j'apprends par ma maître de stage que Madame S a chuté la veille, dans sa chambre. Lorsque je la questionne, Madame S me dit avoir des douleurs mais ne pas se souvenir de sa chute. Une autre fois, Madame S rechutera de manière violente, provoquant des bleus impressionnants sur son visage, sur ses bras, ses jambes et son œil gauche tuméfié. À ma demande, en début de séance, « comment allez-vous Madame S ? », elle me répondra « j'ai mal partout » avec un visage triste et désolé.

Lorsque je lui dis « dites donc, vous avez de sacrés bleus... », Madame S me répond « Oui... on m'a poussé, on m'a battu... ». Est-ce le vécu de Madame S ? Cela me questionne quant aux vécus douloureux et narcissique de ses chutes. À ma connaissance et celle des équipes, Madame S n'a pas subi d'antécédents de violence. Ses propos persécutés récurrents à partir de cette chute me questionnent.

D'une part, la persécution fait partie des symptômes psycho-comportementaux des démences, fortement en lien avec des hallucinations. Madame S présente des hallucinations auditives et visuelles qui sont parfois à l'origine de sentiments de persécution. Souvent, elle communique avec la photo du chanteur Amir, qu'elle enlace et à qui elle parle et répond. Elle communique également avec des photos de ses proches, dont elle ne reconnaît pas l'identité.

Parfois rassurantes, ces photos peuvent aussi générer un sentiment de persécution et une forte angoisse. De plus, l'équipe soignante me rapporte des propos persécutés lors des temps de repas partagés dans la salle commune avec les autres résidents.

D'autre part, je ne peux m'empêcher de m'interroger sur le vécu narcissique de Madame S. Elle semble ne jamais être responsable de sa chute. Dès que je l'interroge, elle me dit s'être fait « pousser », « battue ». Cela me questionne donc sur la manière dont elle vit ses chutes à répétition. En effet, elles semblent lui évoquer un évènement pouvant être considéré comme traumatique. Est-ce que cela lui rappelle des évènements réellement vécus ? Une chose est sûre, l'émotion dont Madame S me fait part lorsqu'elle me partage son vécu est réelle, désorganisée et à l'origine de beaucoup d'angoisses.

De plus, la manière dont elle se rend non responsable de ses chutes m'évoque un mécanisme de défense, comme pour se soulager narcissiquement de la défaillance de son corps à la porter.

Selon Le Gouès (2000), le refoulement et la dénégation sont deux mécanismes de défense. Le refoulement consiste à chasser de manière inconsciente les représentations du psychisme, pour écarter de la conscience le déclin. Ainsi, serait-ce une manière pour Madame S de se soulager du poids de la défaillance de son corps, elle qui semble déjà si atteinte par les changements de son image corporelle. En prendre conscience au niveau psychique est peut-être trop douloureux.

Le second mécanisme de défense dont parle Le Gouès (2000) est la dénégation. Il consiste à faire comme si la baisse de capacité n'existait pas. Dans le cas de Madame S, elle se rend néanmoins compte que son corps et ses capacités changent. Elle a même tendance à fortement se dévaloriser sur son image corporelle et, par la même occasion, sur ses capacités. Ses bras, « maigres », ses jambes « fines » font état d'un corps plus « faible » que ce qu'il n'était.

Enfin, les troubles cognitifs de Madame S impactent son rapport à la réalité, pouvant alors altérer sa perception du monde et d'elle-même.

## **2. Le soutien narcissique d'une personne âgée démente**

### **2.1. Soutenir le narcissisme**

Nous l'avons vu, le narcissisme, qui est l'auto-investissement d'une personne sur elle-même, est souvent compromis à partir d'un certain âge. Cela peut être pour de différentes raisons et aggravé avec l'apparition de pathologies. De la même manière, l'identité, l'estime de soi et l'image de soi vont aussi être touchées dans ce processus d'atteinte narcissique. Le narcissisme peut donc être fortement impacté chez une personne qui n'accepterait pas ou peu son image qui change, comme cela me semble être le cas de Madame S.

En règle générale, de nombreux processus sont mis en place afin de remédier à ces pertes. De manière individuelle, la personne âgée peut avoir recours à des mécanismes de défenses inconscients pour pallier cette perte identitaire. Ces mécanismes sont par exemple la dénégation et le refoulement, évoqués précédemment.

Mais d'autres éléments peuvent permettre de narcissiser l'individu. Dans la partie suivante, j'en citerai certains que j'ai observés au fil des séances avec Madame S.

#### *2.1.1. Le rôle de l'entourage*

L'entourage sert de support à la revalorisation narcissique. En effet, Balier (1976) évoque l'importance de l'entourage dans le processus de narcissisation de la personne âgée. Le ou la conjointe, les enfants, les petits-enfants, constituent pour la personne âgée une source de valorisation permettant souvent de soutenir le narcissisme.

Madame S a un fils, qui lui rend rarement visite depuis que j'ai commencé mon stage, au mois de novembre. En raison de ses troubles neurocognitifs, elle ne reconnaît pas son fils ni sa famille proche, dont les photos sont encadrées et posées sur une table face à son fauteuil. Lorsque je la questionne sur l'identité de ses proches, ses réponses semblent aléatoires. Cependant, Madame S les investit fortement, elle leur parle souvent et les identifie comme de sa famille.

Lors de notre habituel mouvement dansé, Madame S pose son regard sur un cadre, qui montre plusieurs visages familiers. Elle répond à une de leur question, concernant un bal auquel

elle ira volontiers. Leur « présence » et leur « regard » sur Madame S semble modifier sa posture. Elle se redresse. Joyeuse, elle m'évoque alors le bal où elle allait plus jeune, en me montrant un pas de danse.

Malgré l'éloignement de sa famille et le fait que Madame S ait peu de visite, que sa famille, présente dans sa réalité, semble la narcissiser.

Tous ces éléments m'évoquent la manière dont se construit le narcissisme d'un enfant, dans le regard de sa mère. En effet, « si le soutien est agréable et les yeux de la mère remplis d'amour, la base narcissique du bébé se consolide » (Robert-Ouvray, 2007, p. 76). Le regard familial des proches de Madame S, bien que ce ne soit qu'en photos, semble lui permettre de se sentir mieux, de se sentir valorisée.

Mais quand c'est impossible, si la personne est seule par exemple, le soignant peut alors prendre cette place. C'est notamment par le regard et par la valorisation que cela deviendra possible.

Ciccione (2012) parle ainsi de posture contenant, qui permet, pour des patients au psychisme fragile, de venir déposer chez le soignant des éprouvés non représentables. À son tour, le soignant aura pour fonction de les « transformer » (p. 399). Pour Ciccione (2012), « ces principes du soin psychique caractérisent toute potentialité développementale, et sont les mêmes que ceux qui sont en jeu dans le développement du bébé et tous les mouvements de croissance psychique » (p. 399).

Ainsi, j'utilise mon regard, ma parole, mon toucher et mon ajustement tonique pour valoriser Madame S. Je prends appui sur les capacités qu'elle déploie dans ses mouvements pour qu'à son tour, elle en prenne conscience.

### 2.1.2. Le plaisir du mouvement en relation

Il existe donc différents moyens de soutenir le narcissisme d'une personne. J'ai commencé à en évoquer certains. Il me semble d'abord primordial d'intégrer la notion de plaisir, mais surtout de plaisir dans la relation à l'autre. En effet, quoi de plus satisfaisant que de partager ce plaisir à deux ?

Lorsqu'elle est seule, Madame S se mobilise très peu. Durant les jeux, elle sourit, rit et révèle ses émotions, positives ou négatives. Une fois terminés, elle fait rarement un retour sur ce que l'on vient de faire. Ainsi, dans ces moments de plaisirs partagés, je peux, à la manière d'un miroir, lui transmettre ce qui a été vécu, en analysant sa posture, son tonus, ses mimiques... Elle peut alors prendre conscience de ses mouvements, de ses capacités. Certaines de ses phrases et ses retours me montrent qu'elle les a entendus et compris « vous croyez » « ah oui ». C'est une manière d'intégrer, ou du moins de prendre conscience de ses vécus corporels non douloureux.

De cette manière, je tente de me rapprocher de la fonction du « premier miroir » dont Winnicott parle. Il permet à l'enfant de se représenter soi-même. De plus, « la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit » (Winnicott, cité par Korff-Sausse, 2021).

Lorsqu'on accompagne Madame S marcher, notre étayage physique et verbal, l'appui psychocorporel qu'on lui propose sont très différents de l'appui sur un déambulateur. Pour ma part, le fait de ressentir le poids du corps de Madame S me permet de prendre conscience de ses capacités et ses difficultés.

Lors d'un temps de mobilisations corporelles passivo-actives douces, j'invite Madame S à faire de légers mouvements d'inclinaison de la tête. C'est une séance où elle a beaucoup de douleurs. Je lui propose ensuite un toucher-massage au niveau de la tête et du dos. Je commence à faire rouler la balle à picots puis j'utilise mes mains qui font un contact plus doux avec sa tête et son cou. Avant de commencer, la douleur la désorganise. Madame S est désorientée, logorrhéique. Peu à peu, elle parvient à se détendre, elle peut parfois fermer les yeux et imiter le rythme de ma respiration. À la fin de ce temps, lorsque je lui demande si cela va mieux, elle m'affirme que « c'est mieux quand il y a quelqu'un avec moi ». Grâce à cette phrase, je réalise l'importance de la relation, l'importance d'être à deux pour faire et prendre du plaisir dans l'action.

Peut-on réellement prendre plaisir seul ? C'est de la composante relationnelle que le bébé prend autant de plaisir lors des jeux mis en place avec son parent. En psychomotricité, la dimension du plaisir est primordiale dans le geste. En effet, lors des tous premiers jeux mis en place entre un parent et son enfant, le plaisir surgit de la surprise créée par la rupture du rythme, par l'inattendu (Marcelli, 2007).

La présence de l'autre, du soignant, permet aussi à Madame S de se rassurer. Je mettrai alors en évidence les fonctions de contenance et de transformation des affects du sujet par le soignant.

Il arrive souvent qu'en pleurant, Madame S me dise être seule ici, que personne ne vient s'occuper d'elle. Elle regrette son ancien médecin, qui lui donnait des médicaments. Quant à moi, je suis « gentille », je viens la voir et comme elle dit « m'occuper d'elle ». La relation de soin est particulière en psychomotricité car elle est non instrumentale, elle inclut du ludique.

Au quotidien, Madame S se mobilise très peu. Ses troubles neurocognitifs impactent sa prise d'initiative et sa mise en mouvement. Néanmoins, j'observe en séance qu'elle est toujours volontaire face à mes propositions. Le soutien et l'étayage apporté par ma présence ou celle des aides-soignantes au quotidien facilitent donc sa mise en mouvement. Dès lors, sa posture change spontanément et son comportement aussi. Pendant la mobilisation, Madame S s'ajuste, elle est présente à la relation, ses manifestations d'angoisses, bien que toujours là, ne la coupent pas de la réalité. Cet exemple prouve bien la nécessité d'un sens « corporel et relationnel » à la motricité (Robert-Ouvray, 2007, p. 72).

Au fil de sa prise en charge, j'ai observé à quel point la relation thérapeutique qui se joue entre nous permet l'émergence de davantage de jeux, de plaisirs et, peu à peu, la diminution des angoisses de Madame S. Au début du stage, elle était plus sur la réserve, plus logorrhéique. J'émettais aussi davantage de questionnements. Avec le temps, au fur et à mesure que notre relation s'est construite (malgré ses troubles cognitifs), je sens que Madame S me reconnaît, qu'elle m'identifie comme une « gentille » (selon ses mots). Rien que lorsque j'entre dans la pièce, elle m'adresse un grand sourire et des salutations. Au niveau tonique, j'observe un éveil corporel global et une plus grande disponibilité pendant la séance. Désormais, elle manifeste le plaisir et l'envie de se mettre en mouvement quand elle me demande « alors on fait quoi ? » avec un sourire.

Comme dit Robert-Ouvray (2007) « pour vivre le plaisir du rassemblement en une unité, pour habiter son corps, pour qu'il devienne un élément actif du développement personnel, la maturation du cerveau est nécessaire mais insuffisante. Quelque chose de la relation doit venir s'intégrer dans le processus de développement moteur » (p. 73).

Ainsi, on peut dire que le geste inclut plusieurs dimensions. Une dimension neuroanatomique et physiologique qui, avec l'âge, dépend des capacités et pathologies de chacun. Mais la mise en mouvement s'étaye sur le plaisir de faire, le plaisir dans le lien à l'autre, le plaisir

de ressentir son corps et donc de se sentir exister. Le soutien apporté en psychomotricité permet cela, et par la même occasion, de soutenir le narcissisme de Madame S.

### 2.1.3. Le plaisir du mouvement pour ressentir

« Le simple plaisir de se sentir exister qu'on peut relever chez les personnes âgées est une forme du plaisir de fonctionnement et donc une activité narcissique » (Balier, 1976).

Pireyre (2011a), qui s'appuie notamment sur les travaux de Winnicott, explique que se sentir exister est « une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là », permettant ainsi de lutter contre les angoisses de mort (Pireyre, 2011a, p. 55). Or, pour se sentir exister, il faut pouvoir sentir, c'est-à-dire « percevoir une impression physique par les organes de la sensibilité » (Larousse, s. d.-d).

De plus, Bullinger met en évidence le rôle des sensations afin de construire son corps lors de la période sensori-motrice (Bullinger, cité par Pireyre, 2011). Lors d'un mouvement ou d'un geste, l'individu émetteur du mouvement va être baigné dans un ensemble de sensations. Tous les récepteurs sensoriels du corps seront alors mis en alerte.

En psychomotricité, les exercices proposés à Madame S lui permettent un travail proprioceptif et de vivre des éprouvés corporels liés à la mise en mouvement de son corps. Selon Lesage (2019), « on est amené à « donner à sentir » », dans la clinique psychomotrice (Lesage, 2019, p. 223).

Ainsi, il s'agit « d'une intégration sensitivo-sensorielle couplée à l'élaboration motrice dans le cadre d'interactions et de relations » (p. 223), permettant d'enrichir l'image du corps et l'image de soi dans le lien à l'autre.

Lors d'un moment d'angoisse, je propose à Madame S un moment de détente avec un toucher-massage passif. Elle est assise sur son fauteuil, ses mains agrippées aux accoudoirs. Je commence par lui toucher les mains puis les bras jusqu'aux épaules, le cou, la tête puis le dos avant de terminer le long des jambes jusqu'aux pieds. La pression que j'exerce sur sa peau est assez forte et contenante afin de permettre à Madame S de sentir les limites de son corps. Peu à peu, elle s'autorise à fermer les yeux. Sa respiration jusqu'alors thoracique se fait plus ventrale et audible. Je vois ses doigts relâcher légèrement les accoudoirs mais elle ne déplace pas ses mains. Pendant ce temps, je nomme les parties du corps avec une voix douce et calme. J'adapte ma posture, mon

toucher, ma voix pour favoriser le relâchement tonique de Madame S. Dans un léger hochement de tête, elle confirme mes paroles en répétant doucement après moi « le dos... ».

Après ce temps, l'agitation de Madame S a fortement diminué, elle est apaisée psychocorporellement et présente à la relation.

Nous avons vu qu'avec l'âge, les sens s'étiolent et cela peut couper la personne âgée de la relation. En effet, les sens ont une fonction de compréhension et de communication avec l'environnement, qu'il soit interne ou externe. La stimulation sensorielle, par le biais du mouvement et d'activités sensorielles, permet également « la sollicitation de la mémoire et, par là même, l'inscription de la personne dans son histoire singulière » (Le Grégam, 2011, p. 53), ce qui permet une cohésion de soi, une compréhension de soi.

## **2.2. Se mettre en mouvement pour soutenir le narcissisme**

Pour le philosophe Midal, « narcissiser quelqu'un c'est le remettre en contact avec la source la plus profonde de la vie. Le remettre en mouvement » (Midal, cité par France Culture, 2018).

### *2.2.1. Le mouvement pour se construire et se représenter soi-même*

Dès la naissance, le bébé est soumis à une motricité réflexe. Son organisation psychomotrice dépend de trois mouvements : « l'enroulement, la symétrie et la coordination » (Robert-Ouvray, 2007, p. 75). Leur apparition est simultanée et ils permettent la construction d'un sentiment de Soi. D'un point de vue psychomoteur, les trois mouvements « spécifiques de la motricité du bébé et de l'adulte » permettent la construction et l'intégration du schéma corporel, le développement de l'image du corps, la représentation et la symbolisation. Un Moi unifié se construit peu à peu, laissant émerger une « identité psychomotrice » (Robert-Ouvray, 2007, p. 78).

Ces trois mouvements d'enroulement, de symétrie et de coordination sont impactés lors du vieillissement et peuvent être diminués. En effet, les douleurs et le manque d'initiative motrice de Madame S provoquent un manque de mobilité au quotidien.

Or, selon Robert-Ouvray (2007), la motricité permet peu à peu « l'intégration du schéma corporel, c'est-à-dire l'appropriation d'une ou de plusieurs parties du corps pour pouvoir s'en servir dans la relation aux autres et aux objets » (p. 52).

L'investissement corporel de Madame S semble modifié d'une part par son vécu corporel douloureux et d'autre part à cause de ses symptômes cognitifs. En effet, lorsque je la questionne sur les parties de son corps, Madame S ne parvient pas à me citer les zones demandées, son manque du mot est prégnant. Spontanément cependant, elle peut me citer les parties du corps qui lui sont douloureuses. De la même manière, elle me parle de ses « bras maigres », de ses « jambes abimées », de ses yeux et son « dos qui fait mal » en grimaçant de douleurs.

Lors des mises en mouvements et des jeux moteurs, elle pourra me citer d'autres parties du corps. Durant un échauffement corporel où Madame S est pieds nus, je lui propose de bouger les chevilles. Je mime un mouvement d'orteils qu'elle nomme comme tels. Il me semble alors que durant ces temps, le fait de bouger permet à Madame S de soutenir son investissement corporel et qu'elle accède, même un court instant, à une représentation unifiée de son corps. Cette globalité permettant alors une diminution de ces angoisses face à son corps morcelé comme on a pu le voir précédemment.

Lors d'un jeu moteur, Madame S va, sur invitation de ma part, me citer sa gauche et sa droite. Le but de l'exercice est de lancer des sacs lestés dans un cerceau à quelques mètres d'elle. Durant l'exercice, Madame S fait preuve d'un ajustement postural et tonique spontané. Elle coordonne son mouvement et son regard, se redresse en utilisant les appuis de ses pieds au sol. Ce mouvement, qui implique une régulation, lui permet d'intégrer différentes notions corporelles et de les remettre en jeu.

Obéji (2020) nous explique au sujet de la construction de l'image du corps, qu'elle est permise par le mouvement et par la réponse de l'environnement. Ainsi, il semble que le mouvement permet de se construire psychocorporellement et narcissiquement.

### 2.2.2. Entre mouvement et angoisse : quand Madame S prend confiance en ses capacités

Si je reprends mes hypothèses élaborées en clinique, l'angoisse de Madame S serait donc en partie liée à ses changements corporels et, de manière plus globale, à tout l'impact narcissique que ces changements et ses chutes ont sur elle. Dès lors, comme je l'ai montré tout au long de cette partie théorico-clinique, la mise en mouvement et les mobilisations ludiques sont, en séance de

psychomotricité, un des moyens de lui redonner confiance en ses capacités, et par la même occasion, de diminuer ses angoisses.

Certaines études montrent que le fait d'avoir une activité physique et de se mobiliser permet d'améliorer la santé mentale. Selon Balier (1976), « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie » est considéré comme de l'activité physique. Dans un cadre ludique ou non, toute activité physique participe à la prévention de pathologies (notamment le risque de chute) et contribue à une bonne santé mentale. Elle réduit notamment « les symptômes de dépression et d'anxiété ».

Au niveau physiologique, l'activité physique quelle qu'elle soit (la marche, le sport, la « détente active ») (Organisation Mondiale de la Santé, 2022) permet la sécrétion d'hormones appelées les endorphines (Croix-Rouge canadienne, 2021).

Peu à peu, Madame S intègre les exercices qu'elle connaît, ceux que l'on fait fréquemment en séance. De plus, elle fait partie du groupe « jeux moteurs » au PASA, animée par une EAPA, dans lequel elle retrouve des mouvements que l'on fait en séance de psychomotricité. Malgré ses troubles de la mémoire, les mouvements sont intégrés. Dès que je lui présente la balle à picots, Madame S la prends et me dit « ah oui », puis dans un échange de regards, elle fait mine de me la lancer, en attente de mon approbation pour ce jeu. Comme je l'ai décrit dans la clinique, Madame S se montre performante dans ce jeu et fière d'elle. Une sorte de mémoire corporelle et émotionnelle semble se mettre en place, permettant à Madame S de vivre des expériences corporelles connues et, par la même occasion, rassurantes.

D'un point de vue neuropsychologique, motivations et émotions ont une part importante dans les processus mentaux tels que l'attention et la mémorisation (Desgranges et al., 2018). Plus jeune, Madame S faisait beaucoup de gymnastique. C'est quelque chose qu'elle a investi. Durant les temps de mobilisation, Madame S garde une souplesse et des gestes empreints d'une aisance particulière.

Enfin, d'un point de vue psychologique, la « mémoire affective et émotionnelle », permettrait de freiner « le désinvestissement des objets et du moi », ayant ainsi « une fonction liante face à l'avancée contre-évolutive de la démence » (Ferreira, 2011, pp. 114-115).

Le geste permet aussi, en prenant conscience des différentes sensations du corps, (sens musculaire, chaud, froid...) de s'ancrer dans la réalité, dans l'ici et le maintenant. Lors d'une séance où Madame S est particulièrement angoissée, elle a de nombreuses hallucinations auditives et visuelles. Plusieurs fois, nos mains sont en contact. Madame S m'évoque alors à chaque fois la chaleur de ma main. Elle peut, en se raccrochant à cette sensation, être dans l'instant présent et non dans ses hallucinations angoissantes. En se focalisant sur son corps et le mien, sur ses vécus corporels et sensoriels, en étant dans cette relation, je perçois une baisse d'anxiété chez Madame S.

La répétition des exercices que je propose à Madame S lui permet de se les approprier peu à peu. Au fil du suivi, j'ai observé un réel changement au niveau de son anxiété et de son investissement psychocorporel ainsi que l'émergence du rire et du plaisir. La répétition a une fonction rassurante et permet l'intégration de l'expérience. À force de répétitions, de rituels mis en place (par exemple à chaque début de séance, un rituel d'éveil corporel grâce à la balle à picots), Madame S peut s'appuyer sur des éléments connus. Son repérage spatio-temporel est affecté par ses troubles neurocognitifs. Cependant, elle montre, par ses réactions motrices et verbales, qu'elle identifie les mouvements, les gestes et les objets qui reviennent souvent dans les séances.

Dès que je lui tends la balle à picots en début de séance, elle la prend, mime de me la lancer comme lors d'un jeu proposé en début de suivi. Il lui arrive même de la saluer avec un ton familier « coucou toi », « ah oui, te revoilà ».

Enfin, lorsque je laisse Madame S mener notre danse, je lui dis que « je ne fais plus rien, c'est vous qui me guidez ! » avec un sourire. Je vois alors la surprise dans son regard et le plaisir de ce mouvement fluide et accordé entre nous. J'essaie en lui donnant cette posture de meneuse de lui permettre d'avoir confiance en ses capacités. Au quotidien, Madame S subit un rythme qui n'est pas le sien. Elle passe une grande partie de sa journée immobile, dans l'attente des aides-soignantes pour l'aider à se préparer, dans l'attente de ses médicaments. Ce sentiment d'attente, dont elle se plaint d'ailleurs souvent qu'il soit inassouvi, peut également fortement impacter son narcissisme.

En séance, je tente alors de lui faire prendre conscience de ses capacités, confiance en ses appuis et en ses mouvements intentionnels par le biais d'exercices moteurs qui ne la mettent pas en échec mais au contraire la valorisent. Au fil des séances, j'ai observé que cela permet peu à peu de l'apaiser, même si c'est le temps d'un instant.

# CONCLUSION

## CONCLUSION

J'ai débuté mon stage en EHPAD avec l'idée d'écrire mon mémoire sur la gériatrie. Déjà sensibilisée sur le sujet et sur les pathologies cognitives, ma rencontre avec Madame S, une résidente atteinte de démence vasculaire, a fait émerger de nouveaux questionnements concernant cette clinique.

Après une première rencontre quelque peu déroutante, nous avons rapidement établi un lien de confiance. À mesure que je découvre cette dame qui semble soumise à un flot de paroles, j'é mets l'hypothèse que c'est pour elle un moyen de transmettre ses préoccupations anxieuses. Cette rencontre m'a alors permis de me questionner sur la manière dont une personne âgée, qui plus est, atteinte de démence, peut vivre les différentes modifications de son corps et donc, le changement de son image corporelle, à ses yeux et ceux des autres. Par sa façon de se dévaloriser en séance, j'ai mesuré au fil du temps à quel point le narcissisme de Madame S était ébranlé par tous ces changements.

D'abord dans une démarche un peu hasardeuse, j'ai pris conscience lors de temps de mise en mouvement passifs et actifs, que les manifestations d'angoisses de Madame S s'apaisaient. Au regard de ces éléments, je me suis alors posé une question plus générale : comment le mouvement peut-il soutenir le narcissisme de Madame S ?

J'ai décidé d'orienter sa prise en charge autour de la mise en mouvement, au sein d'une relation psychomotrice. Mon objectif était donc de renforcer les repères corporels et psychiques de Madame S et de l'aider à prendre conscience de ses capacités. Véritable soutien narcissique, cette prise de confiance en elle-même lui a alors permis de diminuer ses angoisses. Mon étayage et mon regard psychomoteur ont donc permis de valoriser Madame S. Au sein de cette relation, par le biais de jeux moteurs ludiques, nous avons expérimenté le fait de se mettre en mouvements avec plaisir, donnant ainsi envie à Madame S de se mobiliser. Partie intégrante du soin psychomoteur, la dimension relationnelle est elle-même source de valorisation narcissique. Celle-ci est indispensable chez les personnes âgées qui sont souvent isolées, notamment dans un contexte institutionnel.

Durant nos séances, l'ensemble de ces éléments ont peu à peu permis à Madame S d'apaiser ses manifestations anxieuses. Cet apaisement psychocorporel lui a permis d'être plus disponible à la relation mais surtout plus disponible à ses propres éprouvés psychocorporels.

De mon côté, cette prise en charge m'a permis d'évoluer, d'affiner ma posture et mon identité professionnelle. Les différentes réflexions qui en découlent m'ont également permis un regard différent sur les changements corporels liés au vieillissement et leurs impacts, souvent importants en gériatrie.

Ce n'est pas mentir que de dire qu'au regard de ces nouveaux éléments, je me suis questionnée quant à la manière de généraliser la baisse d'anxiété de Madame S dans son quotidien. Eu égard à sa pathologie cognitive, j'ai cependant pris conscience que c'était un objectif peu réaliste. De ce fait, cela m'a ouvert d'autres pistes de réflexions, notamment autour des différents deuils à réaliser en tant que professionnelle dans le domaine des pathologies cognitives.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

- Académie Nationale de Médecine. (s. d.). *Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine*. Consulté 29 avril 2023, à l'adresse <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search?titre=d%C3%A9mence%20vasculaire>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Bacqué, M.-F. (2014). L'angoisse de mort dans le vieillissement. Pratique analytique avec des personnes de plus de soixante-dix ans: *Le Carnet PSY*, N° 180(4), 45-49. <https://doi.org/10.3917/lcp.180.0045>
- Balier, C. (1976). Le devenir du narcissisme au cours du vieillissement. *Gérontologie et société*, 1(4), 145-151.
- Bioulac, B., Cazalets, & Gross. (2005). *Fonctions motrices*. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/36497/fonctions-motrices>
- Bloch, F. (2015). Les complications non traumatiques des chutes : Des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 15(88), 188-190. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2015.02.001>
- Charazac, P. (2005). *Comprendre la crise de la vieillesse*. Dunod.
- Charazac, P. (2019). L'image de soi dans le travail de vieillir. *Imaginaire & Inconscient*, 44(2), 43-53. <https://doi.org/10.3917/imin.044.0043>
- Ciccione, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 397-433. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0397>
- Croix-Rouge canadienne. (2021, février 18). *Les bienfaits de l'activité sportive sur la santé physique et mentale*. Croix-Rouge canadienne. <https://www.croixrouge.ca/blogue/2021/2/les-bienfaits-de-l-activite-sportive-sur-la-sante-physique-et-mentale>
- Desgranges, B., Faraut, E., Mondou, A., Eustache, F., & Laisney, M. (2018). La MEMO : Évaluation

- de l'impact de l'émotion sur la mémorisation d'informations verbales en mémoire épisodique. *Revue de neuropsychologie*, 10(3), 257-263.  
<https://doi.org/10.1684/nrp.2018.0471>
- Dolto, F. (1992). Schéma corporel et image du corps. In *L' image inconsciente du corps* (p. 7-61). Ed. du Seuil.
- Fantini-Hauwel, C., Gely-Nargeot, M.-C., & Raffard, S. (2020). *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*. Dunod.
- Ferreira, É. (2011). Démence et fonction de contenance dans les unités protégées. *Cliniques*, 1(1), 110-124. <https://doi.org/10.3917/clini.001.0110>
- France Culture. (2018, août 12). *Narcisse pour sortir de la norme et inventer sa vie*. Radio France.  
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/narcisse-accuse-non-coupable/narcisse-pour-sortir-de-la-norme-et-inventer-sa-vie-4684469>
- Gaudez, C., & Aptel, M. (2009). Les mécanismes neurophysiologiques du mouvement, base pour la compréhension du geste: *Le travail humain*, Vol. 71(4), 385-404.  
<https://doi.org/10.3917/th.714.0385>
- GérontopôleSud. (2019). *Définitions | Gérontopôle Sud*.  
<http://www.gerontopolesud.fr/d%C3%A9tection-de-la-fragilit%C3%A9/d%C3%A9finitions>
- Guédeney, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : Apports de la théorie de l'attachement: *Devenir*, Vol. 23(2), 129-144. <https://doi.org/10.3917/dev.112.0129>
- Guerrin, B. (2012). Estime de soi: In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 185-186). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0185>
- Haute Autorité de Santé. (2009a). *Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees)
- Haute Autorité de Santé. (2009b). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie\_dalzheimer-  
troubles\_du\_comportement\_perturbateurs-argumentaire.pdf

Inserm. (2015). *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées* · Inserm, *La science pour la santé*. <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees/>

Inserm. (2018). *Un niveau d'études plus élevé améliore la cognition après 65 ans* · Inserm, *La science pour la santé*. Inserm. <https://www.inserm.fr/actualite/niveau-etudes-plus-eleve-ameliore-cognition-apres-65-ans/>

Jaquet, C., Neveu, P., Pireyre, É. W., de Sainte Maréville, F., & Scialom, P. (2014). Chapitre 3. Mouvement. In *Les liens corps esprit* (p. 71-101). Dunod. <https://www.cairn.info/liens-corps-esprit--9782100705887-p-71.htm>

Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185. <https://doi.org/10.3917/rne.023.0185>

Juhel, J.-C. (2010). *Psychomotricité au service de la personne âgée : Réfléchir, agir et mieux vivre*. Chronique sociale.

Korff-Sausse, S. (2021). Le regard de la mère, aux origines de la vie psychique et de la création artistique. In *Dire l'indicible* (p. 95-111). Érès. <https://www.cairn.info/dire-l-indicible--9782749271644-p-95.htm>

Kübler-Ross. (1974). *On death and dying* (Macmillan Publishing).

Larousse. (s. d.-a). *Définitions : Angoisse—Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 5 mai 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/angoisse/3528>

Larousse. (s. d.-b). *Définitions : Identité—Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 29 avril 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420>

Larousse. (s. d.-c). *Définitions : Narcissisme—Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 29 avril 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/narcissisme/53795>

Larousse. (s. d.-d). *Définitions : Sentir, être senti, se sentir—Dictionnaire de français Larousse*.

Consulté 5 mai 2023, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentir/72147>

Larousse, É. (s. d.-e). *Définitions : Mouvement - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 29 avril

2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mouvement/53021>

Le Goues, G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir : Introduction à la clinique tardive*. Dunod.

Le Grégam, É. (2011). La médiation sensorielle dans les petits groupes de personnes âgées. *Le*

*Journal des psychologues*, 285(2), 52-55. <https://doi.org/10.3917/jdp.285.0052>

Le Robert. (s. d.). *identité—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert*.

Consulté 29 avril 2023, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/identite>

Lehmann, J.-P. (2007). Un concept méconnu de la clinique de Winnicott : Le narcissisme primaire.

*Che vuoi ?*, 28(2), 39. <https://doi.org/10.3917/chev.028.0039>

Lesage, B. (2019). L'usage du corps et l'organisation du geste. In *Jalons pour une pratique*

*psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation* (p. 171-206). Éd. Érès.

Lesage, B. (2021). Habitus et dialogue postural. In *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité,*

*temporalité* (p. 71-117). Éditions Érès.

Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction

mère-bébé. *Spirale*, 44(4), 123-129. <https://doi.org/10.3917/spi.044.0123>

Marquis, N. (2018). La résilience comme attitude face au malheur : Succès et usages des ouvrages

de Boris Cyrulnik. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.6633>

Messy, J. (2010) *La personne âgée n'existe pas : Une approche psychanalytique de la vieillesse*.

Payot & Rivages.

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023, avril 4). *Personnes âgées : Les chiffres clés—*

*Ministère de la Santé et de la Prévention*. <https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillesse/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>

Montani, C., & Ruffiot, M. (2009). L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques*

*méditerranéennes*, 79(1), 103-116. <https://doi.org/10.3917/cm.079.0103>

- Nabarrot, J., Piazza, S., & Chandon-Piazza, A. (2022). Le Syndrome de glissement à l'aune d'un placement en EHPAD : Acte ultime de résistance ? : *Topique*, n° 154(1), 77-89. <https://doi.org/10.3917/top.154.0079>
- Obéji, R. (2020). Introduction. In *Les sens du geste : Dyspraxie, troubles de la coordination et psychomotricité* (p. 11-16). Éditions In press.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022, octobre 5). *Activité physique*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Pireyre, É. W. (2011a). La continuité d'existence. In *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (p. 53-58). Dunod.
- Pireyre, É. W. (2011b). Le concept d'image du corps. In *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (p. 9-45). Dunod.
- Rigaud, A.-S. (2001). Symptômes de la maladie d'Alzheimer : Point de vue du médecin. *Gérontologie et société*, 24 / 97(2), 139-150. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/gs.097.0139>
- Rmadi, H., Mary, M., Duron, E., Pujol, T., Gasmi, Y., Maillot, P., Hanne-ton, S., Souques, C., Karoubi, E., & Artico, R. (2020). Acceptabilité et tolérance de la thérapie d'exposition à la réalité virtuelle dans la prise en charge du syndrome de désadaptation psychomotrice du sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 20(115), 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.10.003>
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère* (Nouvelle éd.). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2020). *Psychomotricité du bébé : La construction des liens corps-esprit*. Desclée de Brouwer.
- Roblin, J., & Gallarda, T. (2014). 28. Anxiété et démences. In *Les troubles anxieux* (p. 309-315). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.boule.2014.01.0309>
- Santé Publique France. (2022). *Bien vieillir*. <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout->

age2/bien- vieillir

Tallon, É. (2014). *Dispositifs de prise en soin des patients souffrant d'un syndrome démentiel en France : La place des hôpitaux de jours.*

World Health Organization. (2022). *Vieillesse et santé.* Organisation Mondiale de la Santé.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Vu par la maître de mémoire,

Hélène BRAND-GAUCHON, Psychomotricienne D.E,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Gauchon', written in a cursive style with a long horizontal stroke extending to the right.

À Lyon, le 08/05/2023

**Auteur : Capucine HORTIN**

**Titre : Le mouvement comme soutien narcissique**

Les changements corporels à l'épreuve du vieillissement

**Mots – clés :**

Vieillesse - Démence vasculaire – Narcissisme – Anxiété – Mouvement - Image du corps

Aging - Vascular dementia – Narcissism – Anxiety – Movement - Body-image

**Résumé :**

La manière dont on se voit, notre manière d'être au monde et d'interagir avec autrui dépend en partie de la façon dont le narcissisme s'est construit dans l'enfance. Au cours du vieillissement s'opèrent de nombreux changements corporels et psychologiques. Durant mon stage en EHPAD, j'ai mesuré l'impact du vieillissement chez Madame S. C'est une femme de 93 ans, atteinte d'une démence vasculaire. Son vieillissement ébranle son image du corps et son estime de soi, ce qui peut provoquer de l'anxiété. Au travers de ma rencontre avec Madame S, je me suis questionnée sur la manière dont le mouvement peut soutenir le narcissisme, au travers de la relation psychomotrice.

As adults, the way we are, the way we interact and feel about ourselves depends on how narcissism developed during childhood. Aging causes corporal and psychological changes. I observed the impact of these changes during my internship in a Residential Care Home, where I met Mrs. S. She is a 93-year-old with a vascular dementia. Aging impacts her body-image and self-esteem, and it may cause a lot of anxiety. Meeting Mrs. S made me wonder how movement can support narcissism, in a psychomotor relationship