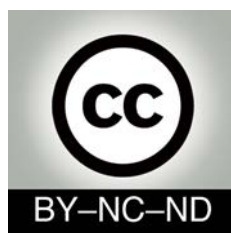


Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



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

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

La répétition : un outil pour se (re)-sentir et agir lorsque les troubles neurocognitifs
entravent les capacités du sujet âgé

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Amandine GALCAT

Juin 2020

N° 1557

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

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

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

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

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

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

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

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

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Fawzia RAMDANI

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier Floriane pour son soutien et le temps qu'elle a consacré à m'aiguiller dans mes réflexions et mes doutes. Ses conseils ont été pour moi d'une grande aide dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble de mes maîtres de stage qui m'ont chacune permis de prendre un peu plus confiance en moi et de me construire en tant que future psychomotricienne.

Un immense merci à ma famille et à mes amis berruyers pour avoir été présents. Merci pour votre écoute, vos conseils et votre soutien pendant toutes ces heures tandis que j'essayais de vous expliquer la beauté de mon futur métier.

Un immense merci également à mes amies de promotion. Vous êtes une deuxième famille, les souvenirs que nous avons créés ensemble sont inévitablement marqués profondément dans ma mémoire. Ce diplôme ne sera pas le mot de la fin pour nous.

Pour finir, je remercie également chaque personne qui a, de près ou de loin, croisé mon chemin et tout ceux qui m'ont soutenu dans mes projets.

« La mémoire revient à travers les gestes automatiques, une petite bouffée rassurante, un
petit morceau de bonheur paisible. »

Katherine Pancol – Encore une danse

Sommaire

LEXIQUE

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

PARTIE CLINIQUE	3
-----------------------	---

1 Présentation de Dominique.....	3
------------------------------------	---

1.1 Anamnèse.....	3
---------------------	---

1.2 Éléments psychomoteurs	5
------------------------------------	---

1.3 Projet de soin	8
----------------------------	---

2 Prise en charge en psychomotricité	9
--	---

2.1 La première rencontre	9
-----------------------------------	---

2.2 La réévaluation du projet de soin.....	12
--	----

2.3 Un fond de séance identique	13
---	----

2.3.1 La répétition de la rencontre	14
---	----

2.3.2 Trouver son équilibre.....	15
------------------------------------	----

2.3.3 Prendre conscience de soi et réguler son tonus par le toucher	19
---	----

2.3.4 Se relever du sol	21
---------------------------------	----

2.4 S'accorder dans la prise en charge.....	24
---	----

2.5 Une nouvelle étape dans la maladie : poursuite du suivi.....	24
--	----

PARTIE THÉORIQUE	27
------------------------	----

1 Perception	27
----------------------	----

2 Mouvement.....	28
--------------------	----

3 Le processus de vieillissement	30
--	----

3.1	Le vieillissement normal.....	30
3.1.1	Définition.....	30
3.1.2	Le vieillissement neurologique.....	31
3.1.3	Le vieillissement sensoriel.....	32
3.1.4	Le vieillissement psychologique : l'entrée dans la vieillesse	33
3.1.5	Le vieillissement psychomoteur	34
3.1.6	Le vieillissement cognitif	36
3.2	Le vieillissement pathologique	37
3.2.1	Définition – Généralités.....	37
3.2.2	Exemple de la démence vasculaire	39
4	La répétition.....	40
4.1	En tant qu'étape du développement moteur	40
4.1.1	L'approche de Piaget	41
4.1.2	La Théorie Dynamique des Systèmes (TDS)	43
4.1.3	Les apports de Bullinger.....	44
4.2	En tant qu'étape du développement psychique.....	46
4.3	Qui alimente une mémoire pour le corps.....	48
5	La mémoire motrice dans la pathologie	49
6	Conclusion.....	51
	PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....	52
1	D'une répétition à l'autre.....	52

2	Le corps se souvient si la situation thérapeutique l’y incite	54
2.1	Le cadre thérapeutique	54
2.1.1	Des invariants	54
2.1.2	La perméabilité du cadre	56
2.1.3	Les fonctions du cadre solidifiées par la répétition	58
2.2	La répétition de l’expérience	59
2.2.1	Reproduire des schèmes antérieurement acquis	59
2.2.2	Intégrer de la nouveauté afin d’enrichir les perceptions corporelles	62
2.3	Le thérapeute dans la redondance	64
2.3.1	Investissement	64
2.3.2	Ne pas tomber dans l’infantilisation	65
3	Soutenir un sentiment d’identité	66
3.1	Un ré-investissement corporel	67
3.2	Un corps plaisir	68
	CONCLUSION	69

BIBLIOGRAPHIE

LEXIQUE

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources

ATSEM : Agent Territorial Spécialisé des Écoles Maternelles

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CIM : Classification Internationale des Maladies

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

NEM : Niveaux d'Évolution Motrice

OMS : Organisation Nationale de la Santé

TDS : Théorie Dynamique des Systèmes

INTRODUCTION

En commençant mes études de psychomotricité je connaissais déjà ma préférence à travailler avec les personnes âgées. C'est une population pour laquelle j'ai toujours eu un attachement particulier, intimement persuadée que si nous accompagnons des enfants à se développer, nous accompagnons également l'adulte sur le chemin du reste de sa vie. Dès lors, je souhaitais écrire autour du travail psychomoteur avec la personne âgée.

Ma difficulté a été de faire un choix dans le sujet à aborder. Ce mémoire est donc le fruit de chemins qui se sont croisés et d'une rencontre qui m'a particulièrement touchée.

Ainsi, lors de mon stage de troisième année dans un cabinet libéral, je rencontre de nombreux enfants et adolescents avec des problématiques d'hyperactivité, de syndrome autistique ou encore avec des troubles graphiques. Au milieu, comme une pause dans la course incessante des enfants, je rencontre une octogénaire que j'appellerai Dominique.

J'ai choisi ici d'utiliser un prénom plutôt qu'un nom de famille car c'est de cette manière que nous nous adressions à elle en séance et je souhaite me montrer la plus transparente possible. La question lui avait été posée au début du suivi et Dominique avait exprimé la volonté d'être appelée par son prénom. Elle a également demandé à ce que je procède de la même manière à mon arrivée. Nous maintenons tout de même le vouvoiement dans nos échanges.

Ainsi, chaque semaine, Dominique se présente à moi avec une grande douceur, autour d'une relation très chaleureuse le temps de la séance pour oublier mon existence ensuite. Elle souffre en fait de troubles importants de la mémoire causés par une démence vasculaire. Sa mémoire à court terme est particulièrement affectée. Elle se bat chaque seconde contre l'oubli et ce combat semble progressivement la tétaniser.

Au fil du temps, je commence à trouver les séances de plus en plus répétitives, tant dans leur forme que dans leur contenu. Elle se montre toujours très volontaire vis-à-vis de nos propositions mais notre travail ne semble pas laisser de traces en elle et nous commençons à nous poser des questions concernant l'intérêt de ce suivi en psychomotricité.

Nous la mettons face à ses difficultés motrices par les mêmes exercices et recommençons la semaine suivante, encore et encore.

Puis, alors que nous discutons de son suivi pendant le déjeuner, nous réalisons avec ma maître de stage que Dominique n'oublie pas, du moins pas tout. Certes sa mémoire consciente est très lourdement altérée mais après quelques mois, un changement s'opère au sein des séances. Dominique semble s'adapter de mieux en mieux à nos propositions, elle montre moins de difficultés pour réaliser les mêmes exercices. Elle a pourtant toujours l'impression de ne jamais les avoir fait.

Dès lors, je tenterai d'articuler ce mémoire autour de la question suivante :

Dans le vieillissement pathologique, en quoi la répétition au sein des séances de psychomotricité peut permettre à la personne âgée de rester dans la perception et le mouvement ?

Pour cela, je m'appuierai sur la présentation clinique des séances de psychomotricité avec Dominique qui ont fait émerger ce questionnement. Par des apports théoriques, je distinguerai ensuite les différents types de vieillissement puis ce que la répétition apporte dans le développement d'un sujet. Enfin, je décortiquerai davantage les séances de psychomotricité pour déceler ce qui est réellement de l'ordre de la répétition et ce qui vient soutenir Dominique dans sa possibilité d'investir son corps, son environnement et de pouvoir agir sur lui.

PARTIE CLINIQUE

1 Présentation de Dominique

1.1 Anamnèse

Les éléments d'anamnèse dont je dispose sont inscrits dans le dossier de Dominique. Ils ont été relatés par sa fille, Françoise, qui l'accompagne à chaque rendez-vous. Lors du premier entretien en juillet 2019, Dominique prend peu la parole, laissant sa fille répondre aux différentes questions.

Dominique était Agent Territorial Spécialisé des Écoles Maternelles (ATSEM), un métier qui, d'après sa fille, l'a beaucoup passionné. Elle la décrit comme une femme très volontaire et appliquée tout au long de sa vie. Lors de leur rencontre, elle est âgée de quatre-vingt-trois ans, veuve et vit seule dans une maison de plain-pied.

En avril 2018, Dominique fait un premier Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et sera mise sous fluidifiant par les médecins. Cette même année, elle chutera une fois, sans conséquence physique ou psychique diagnostiquée.

Un an plus tard, en mars 2019, un deuxième AVC survient. Françoise évoquera également plusieurs Accidents Ischémiques Transitoires (AIT) survenus la même année en présence de ses proches. Ils se caractérisent chez elle par une bouche de travers et des difficultés langagières. En conséquence, Dominique présente une démence vasculaire.

Ces nombreux accidents de la vie, en peu de temps, ont eu un impact fort sur ses capacités mnésiques. La mémorisation à court terme est très déficitaire et elle présente une amnésie antérograde. Dominique est consciente de sa perte de mémoire et c'est quelque chose de très angoissant pour elle. Par exemple, elle demande souvent à son interlocuteur : « C'est bien ça que je dois faire ? » ; « Est-ce que je fais bien ? ». Elle se montre également très désorientée dans le temps et l'espace.

Dominique a deux filles qui sont très présentes dans son quotidien avec le soutien de leur conjoint. Un roulement est mis en place pour que l'un d'eux soit présent quelques heures

au moins une fois par jour la semaine. Elle passe également chaque dimanche chez Françoise, entourée de sa famille.

Dans son autonomie quotidienne, elle est aidée par ses filles notamment en ce qui concerne la douche. Pour l'habillage, Françoise explique que sa mère a tendance à ne pas changer de vêtements spontanément en semaine. Dans ses déplacements, Dominique peut faire ses transferts seule, mais elle a tendance à beaucoup utiliser les murs, les meubles ou le bras de la personne qui l'accompagne comme appui supplémentaire dans la marche. Sans cela, elle se montre très angoissée. De plus, Dominique oublie régulièrement de manger à heures fixes ; elle ne prépare pas ses repas seule et sa fille dit qu'elle grignote beaucoup de sucré dans la journée.

Une grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources (AGRIR) a été réalisée par le médecin afin de mesurer son degré d'autonomie physique et psychique. Ainsi, au moment du bilan, Dominique a un GIR 4 du fait de la nécessité d'une assistance dans les soins corporels et pour les repas.

Malgré ces difficultés, Françoise ajoute que sa mère est souvent dans son jardin pour s'occuper de ses fleurs et arracher les mauvaises herbes. Cette activité nécessite d'être accroupie, attestant une certaine autonomie motrice dans son quotidien. De plus, Dominique semble apprécier les balades quotidiennes au bras de la personne qui l'accompagne.

Ainsi, lorsque je la rencontre, Dominique m'apparaît comme une dame menue et assez petite. Elle porte des lunettes car sa vision de près est dégradée, se tient toujours très en avant et au bras de sa fille pour marcher. Elle ne présente ni paralysie ni d'autre déficit sensoriel ou moteur qui nécessite un appareillage.

La psychomotricité n'est pas inconnue à Dominique. En effet, après son premier AVC, elle participait à un groupe de relaxation avec une psychomotricienne à l'hôpital de jour. Françoise transmet que sa mère appréciait beaucoup ces temps de relaxation. Cependant, le suivi a été interrompu car elle était de plus en plus désorientée.

Dominique revient en psychomotricité au cabinet avec une prescription de son médecin datant de mai 2019 car il constate une certaine rigidité dans son corps et dans ses déplacements. Il souhaite donc que nous l'accompagnions dans le maintien de son autonomie relative. De plus, la famille de Dominique souhaite que cette dernière puisse rester le plus

longtemps possible à son domicile ; ils sont en mesure d'assurer des permanences tant que ses capacités physiques et cognitives restent suffisantes.

1.2 Éléments psychomoteurs

Le bilan psychomoteur a eu lieu au mois de juillet 2019. Il se déroule sur quatre séances : l'entretien, deux séances de bilan puis la restitution. Je ne suis pas présente et relate donc les éléments psychomoteurs de ma maître de stage.

Pour son premier rendez-vous au sein du cabinet de psychomotricité, Dominique est accompagnée de sa fille, Françoise. Cette dernière constate que, depuis quelques semaines, sa mère bouge moins, qu'elle se fatigue plus rapidement et qu'elle est de plus en plus raide. De plus, les promenades sont de plus en plus courtes et Dominique entretient de moins en moins son jardin. Pendant l'entretien, Dominique semble se montrer assez attentive et à l'écoute pendant que Françoise parle d'elle. Elle essaie parfois de répondre aux questions lorsqu'elle est sollicitée mais se tourne régulièrement vers sa fille, rassurée par sa présence.

Lorsque la psychomotricienne lui propose de se mettre en mouvement, Dominique accepte volontiers mais se déplace avec prudence. En effet, elle se lève avec lenteur en s'appuyant sur les bords de l'assise de la chaise puis au bureau avant de se tenir debout. Elle reste alors statique, dans l'attente d'un accord de sa fille ou de la psychomotricienne pour avancer au centre de la salle, là où des appuis supplémentaires ne sont pas disponibles.

Pendant le bilan, la psychomotricienne indique que Dominique essaie de bien faire mais elle est très parasitée par ses difficultés de mémorisation des consignes. Elle se montre angoissée de ne pas réussir à se souvenir, ce qui la rend hésitante dans les différentes demandes. Répéter les consignes est donc souvent nécessaire. Ainsi, par manque de temps, un bilan complet n'a pas pu être réalisé et les éléments de mobilité ont été priorisés.

Équilibre et coordination :

Dans l'équilibre bipodal, Dominique peut rester debout sans appui extérieur, elle garde une posture un peu figée mais très stable lorsqu'elle attend. Elle a alors les genoux semi-fléchis et le buste penché vers l'avant. Elle montre de l'appréhension à fermer les yeux mais peut rester dans la position pendant dix secondes sans osciller avant de les ouvrir. Elle

peut également lancer et réceptionner un ballon sans perdre l'équilibre, même si elle est surprise à chaque réception.

L'équilibre unipodal est meilleur sur le pied droit mais reste très faible pour les deux pieds ; Dominique a besoin d'un appui-main pour tenir dix secondes en équilibre. De plus, elle peut se mettre sur la pointe des pieds seulement si la psychomotricienne lui tend la main comme appui supplémentaire. Elle repose ensuite les talons au sol au bout de 3 secondes.

Dominique se montre alors en difficulté lorsqu'elle n'a pas tous ses appuis plantaires, un appui extérieur est systématiquement nécessaire.

La marche est ralentie, précautionneuse : les pieds sont posés à plat et le bras gauche reste figé sans ballant. L'accélération de la marche est possible mais très coûteuse en énergie et en attention. L'équilibre est trop faible pour permettre une marche sur une ligne et Dominique montre une importante appréhension à reculer. En effet, elle ne se retourne pas pour regarder derrière elle et fait de tout petits pas en levant à peine le pied.

Le franchissement d'un obstacle comme un cerceau posé au sol est possible, mais il nécessite une grande attention. Dominique est cependant à l'aise pour attraper un objet à différentes hauteurs, y compris très haut ou au sol.

Dans les coordinations, Dominique prend plaisir dans les échanges de ballon avec le pied, cela lui rappelle des jeux avec ses petits-enfants. Si elle est malhabile les premières fois, elle s'adapte assez rapidement pour réussir à lancer le ballon à ma maître de stage ou sur une cible.

Tonus :

Dominique se montre globalement assez tonique et un peu figée : elle présente des paratonies dans la mobilisation passive des membres inférieurs et supérieurs. Si le membre est tenu immobile le relâchement est possible sur demande, mais elle reprend le contrôle dès qu'il est mobilisé. Cependant, aucune limitation articulaire n'est observée. Pour cet item, Dominique montre un tonus de fond très élevé notamment au niveau du bras gauche. Elle n'a pas conscience de cette rigidité. De plus, l'amener à la détente demande un accompagnement verbal important.

Repères corporels :

Dominique peut dessiner un bonhomme complet et bien construit même si elle hésite et questionne sans cesse chaque élément à dessiner.

La latéralité sur elle-même et sur autrui sont connues mais demandent un temps de réflexion pour Dominique. La somatognosie est peu testée mais les mêmes observations sont faites avec davantage de difficultés dans la nomination de chaque doigt.

D'un point de vue proprioceptif, Dominique peut décrire avec aisance les objets posés dans sa main mais peine parfois à les identifier.

Espace - Temps :

Dominique est en grande difficulté pour comprendre une consigne spatiale et la mémoriser, elle se perd régulièrement dans l'épreuve des trajets au sol avec le test d'Agostini-Dellatolas. En effet, elle semble se perdre dans l'orientation spatiale du schéma et dans la consigne de reproduction du trajet. La cotation étant réalisée pour les enfants, la psychomotricienne s'appuie sur ses observations et note un nombre important d'hésitations et d'échecs dès les premiers trajets.

Au niveau temporel, Dominique hésite pour citer le jour de la semaine et ne peut donner le reste de la date du jour. Elle peut réciter l'ordre des mois de l'année et donner sa date de naissance mais cela nécessite un temps de réflexion et elle ne semble pas certaine de sa réponse, tout comme lorsque ma maître de stage lui demande son âge.

Dominique est en grande difficulté avec l'épreuve de copie de rythme, elle peut mémoriser 3 coups puis elle se perd.

La désorientation spatio-temporelle est donc très importante et invalidante.

Motricité fine – Praxies :

Dominique présente de l'arthrose au niveau des doigts, ces derniers ont tendance à rester raides dans les épreuves de déliement digital mais cela ne la met pas en échec lorsqu'elle doit ramasser une pièce de monnaie ou venir faire toucher la pulpe de son pouce à la pulpe des autres doigts. Les difficultés rencontrées sont davantage liées à la compréhension des consignes et à leur mémorisation dans le temps.

La tenue du crayon se fait en pince supérieure, à droite. Son écriture est lisible même si les tracés sont hésitants, ralentis, avec des moments de tremblements ou de saccades. De plus, d'après le test d'écriture d'Ajuriaguerra, « je respire le doux parfum des fleurs », celui-ci montre un important ralentissement du rythme d'action dans l'écriture.

Mimer différents gestes de la vie quotidienne est exécuté timidement par Dominique et avec beaucoup de réflexion mais l'épreuve ne la met pas en échec.

Conclusion :

De manière générale, Dominique semble prendre confiance en elle avec l'étayage de la psychomotricienne, le temps et la répétition de l'expérience. Le ralentissement psychomoteur constaté ces dernières semaines semble lié à la coexistence de plusieurs éléments :

- une grande crainte de « faire des bêtises » selon les mots de Dominique, du fait des troubles importants de désorientation et de la mémorisation immédiate, qui la rend hésitante et prudente ;
- un équilibre unipodal et bipodal précaire ;
- un tonus de fond très élevé, avec des difficultés à se laisser mobiliser.

1.3 Projet de soin

Lors de l'entretien de fin de bilan, ma maître de stage propose alors un suivi hebdomadaire à Dominique pour l'encourager à rester mobile et à entretenir ses compétences, notamment au niveau de l'équilibre, par la proposition d'activités motrices et sensorielles. Dominique donne alors son accord pour des rendez-vous réguliers à partir du mois de septembre, au retour de congé de la psychomotricienne.

À mon arrivée au mois d'octobre, ma maître de stage voit donc Dominique depuis cinq séances. Cette dernière ne se souvient pas avoir passée de bilan deux mois plus tôt. De plus, ses compétences motrices se sont récemment dégradées par rapport au bilan, probablement en lien avec un nouvel AIT au début du mois de septembre.

2 Prise en charge en psychomotricité

2.1 La première rencontre

Je rencontre Dominique dès mon premier jour de stage. C'est la deuxième patiente de la journée. Je ne suis pas encore tout à fait à l'aise au sein du cabinet. C'est donc en accord avec ma maître de stage que je garde une position d'observatrice pour ce premier jour afin de m'imprégner de sa pratique, de ses propositions en séance mais également de ne pas faire irruption de manière trop brutale dans la relation entre elle et les patients.

Dominique et sa fille ont été prévenues une semaine plus tôt par ma maître de stage de mon arrivée. Pourtant, lorsque nous ouvrons la porte donnant sur la salle d'attente et que nous échangeons quelques mots toutes les quatre, Dominique ne se souvient pas de leur discussion et ne se souvient pas non plus d'être venue en séance la semaine précédente. C'est sa fille qui la rassure sur la situation et l'incite à se lever de sa chaise. Pour passer de la position assise à debout, ses mouvements sont lents. Dominique prend le temps de positionner ses mains sur les rebords de la chaise, de se pencher en avant puis de pousser dans ses jambes et sur la chaise. Une fois debout, son buste reste penché en avant, seule son visage se tourne vers nous. Elle semble attendre des informations pour la suite de la conduite à tenir. C'est seulement lorsque sa fille lui prend le bras gauche pour avancer qu'elle se redresse pour marcher et entrer dans la salle de psychomotricité.

Tandis que je viens de me présenter, que Françoise et ma maître de stage discutent de la semaine qui vient de s'écouler, Dominique m'observe sans un mot, me souriant chaleureusement lorsque je croise son regard. Elle regarde ensuite la pièce où nous nous trouvons et semble la découvrir.

Lorsque Françoise lâche le bras de sa mère, cette dernière semble alertée par ce changement et tourne un regard inquiet vers sa fille. Françoise lui explique alors rapidement qu'elle va rester avec nous « pour faire de la gym » pendant qu'elle fait quelques courses. Dominique lui répond alors, avec un demi-sourire, « Ah bon ? Tu ne m'oublies pas ? ».

Lors de cette première séance en ma présence, ma maître de stage voit donc Dominique depuis plusieurs semaines. Ensemble, elles cherchent des exercices adaptés, qui donnent envie à Dominique et d'autres propositions agréables pour qu'elle puisse se

détendre. Ce jour-là, elle lui propose tout d'abord de lui passer une balle à picot dans le dos tandis qu'elle est assise sur un tabouret.

Ainsi, ma maître de stage évalue la capacité de Dominique à réguler son axe notamment en insistant avec davantage de force au niveau du bassin ou des épaules. Pendant ce temps, Dominique ne dit rien, même lorsque ma maître de stage lui demande ce qu'elle ressent, ce qu'elle en pense. Elle se laisse faire, répond parfois « c'est bien » et ajuste sa posture lorsque c'est nécessaire.

Ensuite, ma maître de stage propose à Dominique d'aller s'allonger sur les tapis au sol. Cette dernière me semble assez inquiète par cette proposition. Je décide alors de quitter ma place au bureau et de venir avec elles près des tapis afin que Dominique puisse se sentir rassurée par une deuxième présence à ses côtés. Avec quelques encouragements, elle se baisse doucement en allant chercher le sol avec ses mains avant de poser ses genoux pour se retrouver en position quatre pattes puis aller s'allonger sur le dos. Ses mouvements et prises de positions se font avec une grande lenteur et une grande précaution mais elle n'a pas besoin de notre aide et ne perd pas l'équilibre pendant la manœuvre. Cependant, une fois allongée sur le dos, Dominique n'est pas au centre du tapis : une partie de sa tête se trouve en dehors et son corps n'est pas du tout dans l'axe de la verticale. Son visage exprime également un inconfort qu'elle ne nous verbalise pas. C'est seulement lorsque nous l'aidons à se repositionner dans une position qui nous semble plus confortable que son visage se détend et qu'elle peut nous dire que c'est « mieux ». Avait-elle perçu son inconfort ?

Ma maître de stage indique ensuite à Dominique qu'elle va mobiliser les différentes articulations de ses bras puis de ses jambes et qu'elle doit essayer au maximum de ne rien faire et d'en profiter. Elle ajoute également que si quelque chose ne lui convient pas ou lui fait mal elle doit le dire. Ainsi, ma maître de stage souhaite constater l'état de tension musculaire de Dominique qu'elle avait trouvé élevé lors du bilan. Elle commence alors par mobiliser son poignet, son avant-bras puis son épaule. De manière générale, Dominique se laisse peu faire et anticipe les mouvements. Elle ne peut se relâcher toniquement que si ma maître de stage lui donne beaucoup d'indications verbales sur ce qu'elle est en train de faire. Ainsi, elle semble moins anticiper et contrôler le mouvement. La verbalisation lui a-t-elle permis de se relâcher davantage ou était-ce dû au déplacement de son attention vers une stimulation extérieur qui inhibait ses anticipations ?

La mobilisation des jambes n'a, elle, pas montré de rigidité particulière qui aurait pu entraver la marche ou l'équilibre.

De ma place, je remarque parfois des grimaces sur le visage de Dominique lors des mobilisations, notamment dans le toucher et la mobilisation du bras gauche. Ces grimaces semblent dues à de la douleur mais elle n'en dit rien et laisse ma maître de stage continuer jusqu'à ce que l'une de nous vienne questionner une possible douleur. Il est alors difficile pour elle de la localiser précisément et elle semble beaucoup la minimiser. Cette douleur me semblait davantage due à une forte contraction musculaire, comme un agrippement permanent plutôt que des séquelles neurologiques. En effet, dans la marche, la personne qui accompagne Dominique se trouve toujours sur sa gauche.

Après les mobilisations passives, Dominique doit se relever. C'est un moment que nous appréhendons avec ma maître de stage et nous nous rapprochons instinctivement d'elle afin de pallier une éventuelle chute. Nous aimerions qu'elle se relève seule le plus possible. Je détaillerai le processus de verticalisation que nous avons mis en place par la suite mais, lors de cette séance, nous sommes intervenues par la parole avec ma maître de stage car Dominique ne trouvait pas seule l'enchaînement des positions pour se relever. Nous sommes également intervenues physiquement dans certaines positions car Dominique semblait manquer de force musculaire, notamment dans les jambes, pour se relever.

C'est un exercice qui lui a demandé beaucoup d'énergie et qui a pris du temps. En effet, entre le moment où ma maître de stage lui a indiqué qu'elle allait se relever et le moment où elle s'est retrouvée debout, dix minutes se sont écoulées. Entre chaque position, une pause était nécessaire afin que Dominique retrouve ses repères et il fallait lui indiquer à plusieurs reprises le processus pour prendre la position suivante. De plus, avec du recul, il me semble que nous avons du mal à nous accorder avec ma maître de stage. Dans une inquiétude de l'accompagner et de la rassurer, nous donnions à nous deux beaucoup trop d'éléments, d'indications, ce qui empêchait Dominique d'organiser sa propre pensée et donc ses gestes.

À la fin de la séance, lorsque Françoise entre dans la pièce et demande à sa mère si tout s'est bien passé, celle-ci a seulement acquiescé. Ma maître de stage lui donne alors davantage de précisions, tant sur les aspects positifs que négatifs de cette séance. Cependant,

Dominique ne semble pas s'en souvenir et se montre même étonnée des éléments positifs, nous questionnant alors : « Ah oui ? Et ça c'est bien ? ».

Dans le temps d'échange qui a suivi avec ma maître de stage, des questionnements ont émergé à propos de la conscience que Dominique a de ses capacités. Cependant, sa propension à ne pas se rendre compte de ce qu'elle exécute pouvait également être liée à ses troubles de la mémoire. Si elle ne se souvient pas de ce qu'elle vient d'effectuer pendant la séance, elle ne peut alors pas comprendre ce pourquoi nous la valorisons ou ce que nous disons de ses difficultés.

Pour cette première séance, je me sens assez affectée par cette dame qui tente au maximum d'être le moins embêtante pour sa famille comme pour nous et qui, en conséquence de son vieillissement pathologique ou d'une habitude de vie, semble être dans l'incapacité presque totale d'exprimer ses envies, son plaisir ou son déplaisir même lorsque ma maître de stage l'incitait à verbaliser. Alors, son feed-back sensoriel est-il faible ou est-elle en difficulté pour l'exprimer ? En effet, il me semble que son besoin de réassurance vis-à-vis de son envie de « bien faire » la mettait souvent dans des situations d'inconfort et qu'elle n'osait pas toujours l'indiquer, de peur de causer du souci à son entourage.

De plus, ma maître de stage m'a indiqué que ce suivi avec une personne âgée est une première pour elle. Jusqu'ici, elle n'a travaillé quasiment qu'avec des enfants mais souhaite aujourd'hui s'orienter davantage vers des prises en charges adultes afin de diversifier sa pratique. Ma présence, mon second stage en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et mon plaisir à travailler avec des adultes seraient alors pour nous, une belle occasion d'évoluer ensemble. J'ai alors eu le sentiment d'être d'autant plus impliquée dans cette prise en charge.

2.2 La réévaluation du projet de soin

Après plusieurs séances en ma présence, nous observons avec ma maître de stage beaucoup de tensions chez Dominique et des difficultés à percevoir et exprimer ses ressentis corporels, tant dans la douleur que le bien-être. En plus du travail sur l'équilibre, un travail autour de la conscience corporelle et du tonus s'est alors ajouté au projet de soin afin que Dominique puisse rendre ses mouvements plus fluides et qu'elle puisse être, autant que

possible, actrice dans son environnement. Cela lui permettrait également de retrouver ou de construire de nouveaux repères à la fois corporels, spatiaux et temporels.

2.3 Un fond de séance identique

Au fil des semaines, une sorte de trame se dessine dans les séances, se basant sur les objectifs du projet de soin. Ainsi, à chaque nouvelle séance, Dominique semblait venir pour la première fois, nous découvrir et découvrir le cabinet de psychomotricité. Ensuite, la séance se déroulait selon trois axes principaux : un travail autour de l'équilibre puis un travail autour du tonus et de la conscience corporelle généralement au sol et, toujours à la fin, se relever du sol.

Cet ordre de séance m'a longuement questionné. Pourquoi ne pas tout d'abord commencer par un temps au sol ? Nous viendrions alors stimuler l'ensemble de son corps et de ses sens afin que Dominique ait une meilleure perception d'elle-même et ensuite autour d'un travail plus technique sur son équilibre, pour le maintien d'une marche fluide et moins dans la peur.

En fait, en invitant Dominique à aller s'allonger au sol, en commençant par de la détente dès le début de la séance, ma maître de stage craignait grandement de ne pas pouvoir l'aider à remonter suffisamment en tonus pour des exercices d'équilibre. Ces derniers lui demandant beaucoup d'énergie, beaucoup plus que le relever du sol. En finissant par ceux-ci, nous laisserions alors Dominique repartir avec un épuisement certain.

En choisissant alors de commencer par ces exercices, nous permettions à Dominique de quitter la séance de psychomotricité avec une attention plus particulière à elle-même, avec une trace mnésique corporelle davantage dans la détente que dans la tension. Ce choix d'organisation semblait plus judicieux même si cela ne lui donnait peut-être pas tous les outils pour être entièrement présente à son corps dès le début de la séance et de pouvoir se sentir à l'aise dans son équilibre.

2.3.1 La répétition de la rencontre

Nous entendons souvent dire que le moment où nous ouvrons la porte de notre salle de psychomotricité est un moment important où nous pouvons en apprendre beaucoup sur le patient que nous accueillons. Lorsqu'il s'agit d'enfants, c'est à cet instant que nous pouvons repérer son empressement, sa capacité de se détacher de son accompagnant ainsi que de nombreux autres facteurs indispensables à l'orientation de nos objectifs.

Ici, avec Dominique, lorsque nous ouvrons la porte donnant sur la salle d'attente et qu'elle est assise avec sa fille, elle semble vivre systématiquement une nouvelle rencontre. En effet, lorsque son regard se tourne vers nous, celui-ci est chaleureux mais transmet aussi de l'inconnu. Rapidement, elle se tourne alors vers sa fille dans une recherche d'informations. Elle semble lui demander : « Est-ce que je les connais ? ».

Cette scène se répète chaque semaine et je me demande si nous pouvons parler d'une forme de prosopagnosie où le sujet ne reconnaît pas les visages mais où la reconnaissance du lien familial est maintenue. Cela pourrait expliquer le fait, qu'en tant que personnes extérieures à son cercle familial, Dominique ne nous reconnaisse pas et ne garde aucun souvenir de nous. Mais cette situation peut également être en lien avec ses troubles de la mémoire à court terme causés par sa démence vasculaire puisqu'elle ne reconnaît pas non plus les lieux.

Cependant, cette nouvelle rencontre ne se produit pas seulement lorsque la porte s'ouvre. Elle a également lieu au cœur même des séances. En effet, il est arrivé à plusieurs reprises que Dominique oublie ma présence si je n'étais pas dans son champ de vision. Je pense par exemple à ces moments où j'étais complètement dans son dos pour assurer sa sécurité tandis qu'elle était assise sur le gros ballon et que ma maître de stage se trouve en face d'elle.

Au début, je laissais ma maître de stage et Dominique dans leurs échanges, ne parlant et ne bougeant que très peu. Mais, si je prenais la parole ou venais poser doucement une main dans son dos pour éviter une chute parce que Dominique perdait l'équilibre, mes interventions semblaient la surprendre. Elle tournait alors rapidement la tête en direction de la source de sa surprise, l'air inquiète. Il était alors nécessaire que j'explique la raison de ma présence dans son dos et de mon intervention pour qu'elle se montre rassurée. Elle pouvait ensuite reprendre l'exercice jusqu'à ce qu'une nouvelle intervention de ma part surgisse dans

son environnement. Elle semblait ne jamais se souvenir de mon existence dans son dos ni même sentir de présence humaine derrière elle. Je me sentais alors très intrusive dans ces moments.

Dans une inquiétude pour moi de limiter ses sursauts, j'ai donc commencé à beaucoup verbaliser ma présence et ce que je pouvais sentir des mouvements de son corps, de ses ajustements sur le gros ballon tout en restant dans son dos. Cependant, nous nous sommes rapidement aperçues avec ma maître de stage que cette vague d'information sur laquelle Dominique portait son attention la parasitait beaucoup dans sa propre prise de conscience de ses ressentis corporels sur ce ballon.

Avec cette constatation, nous avons donc fait le choix de changer notre positionnement autour d'elle tout en essayant de garder une enveloppe contenant et rassurante. Ainsi, en nous plaçant chacune d'un côté et en prenant garde à rester dans le champ de vision de Dominique, la surprise de découvrir quelqu'un dans son dos ne s'est plus reproduite dans cette situation. Elle a cependant persisté dans les moments trop longs de transition où l'une de nous « disparaissait » dans la salle.

Ces observations m'ont souvent fait écho au petit enfant qui n'a pas encore acquis la permanence de l'objet et qui ne se préoccupe plus d'un objet qui est sorti de son champ de vision. J'avais l'impression d'être cet objet. Cependant, ces moments de « disparition » pouvaient également être renforcés par sa mémoire défaillante.

2.3.2 Trouver son équilibre

Au cours du suivi, Françoise se montrait parfois très inquiète que sa mère ne puisse plus se déplacer. C'est un sujet de discussion qu'elle amenait souvent en début ou en fin de séance. D'après les observations relevées par ma maître de stage dans le bilan psychomoteur et les miennes, l'équilibre de Dominique semblait effectivement précaire. Nous pouvions donc suspecter un risque de chute important.

Ainsi, dans l'objectif de maintenir le plus possible une autonomie dans ses déplacements, nous avons pu proposer à Dominique plusieurs exercices au fil des séances.

Dans les premiers temps, Dominique devait donc de se mettre en équilibre sur un pied, un exercice complexe pour elle qui nécessitait de la rassurer face à sa peur de tomber. Ainsi, au début, Dominique était dans l'incapacité de se mettre dans cette position sans chercher les mains de ma maître de stage comme appuis supplémentaires. Elle tenait alors environ trois secondes sur le pied gauche comme sur le pied droit. Petit à petit, tandis que nous reprenions cet exercice presque chaque semaine, Dominique s'est montrée capable de tenir en équilibre sur un pied pendant vingt secondes et sans perdre la verticalité de son axe. Ma maître de stage lui proposait toujours l'appui de ses mains mais Dominique ne s'y agrippait plus comme elle avait pu le faire au début. Ensuite, afin d'augmenter davantage la difficulté et de repousser un peu plus les limites de ses capacités, ma maître de stage a commencé à retirer une main, puis les deux. Ainsi, sans appui extérieur, Dominique tenait en équilibre cinq secondes sur chaque pied mais elle avait également tendance à se pencher du côté opposé au pied d'appui. Dans ces moments, elle semblait ne pas se rendre compte qu'elle perdait la verticalité de son axe et ne compensait alors pas. En effet, aucun réflexe postural ne se mettait en place.

Dans les exercices d'équilibre, nous nous sommes également servies de steps généralement utilisés dans le sport. Nous en faisons alors des marches afin de faire varier l'environnement au sol de Dominique. Ainsi, nous pouvions lui proposer jusqu'à une hauteur de deux marches en formant une pyramide avec les trois steps à notre disposition. Dans cet exercice, Dominique se cognait l'avant du pied contre la première marche à chaque premier passage. Elle ne levait pas la jambe assez haute. Il s'agissait généralement du pied droit, souvent levé en premier lors de la montée. Ensuite, l'alternance des pieds pour monter sur la marche suivante et en redescendre était relativement aléatoire. Nous avons également tenté d'inciter Dominique à descendre les marches avec la jambe gauche, jambe la plus faible, mais cela ne semble pas s'être inscrit chez elle malgré la répétition de cet exercice. Cependant, la montée et la descente d'une ou plusieurs marches semblaient de plus en plus aisées pour elle. La force musculaire dont elle pouvait manquer au départ semblait moins faire partie des obstacles que Dominique rencontrait dans ses déplacements et le maintien de postures. D'après ces observations, les premières informations perçues de son environnement semblaient nécessiter d'un temps d'adaptation important qui semblait empêcher Dominique d'être entièrement en sécurité dans l'initiation de son mouvement.

Au cours du suivi, nous avons également utilisé le gros ballon sur lequel Dominique devait s'asseoir. Cela l'obligeait à se redresser et donc à quitter cette posture vers l'avant. Assise sur le gros ballon, son regard se dirigeait alors spontanément vers le mur en face d'elle plutôt que vers le sol. Avec ma maître de stage, nous poussions alors doucement le ballon dans une direction afin de déséquilibrer légèrement Dominique et qu'elle cherche en elle de nouveaux appuis pour se rééquilibrer et retrouver son axe. Au départ, Dominique montrait de grandes difficultés dans ses ajustements : un mouvement du ballon entraînait dans la même direction l'ensemble de son buste et nous pouvions la voir lentement pencher sur le côté sans qu'elle ne s'ajuste dans son corps. L'absence de réflexe postural était alors ici également présente et nous devions intervenir afin que Dominique ne se retrouve pas au sol.

Les antécédents d'AVC et d'AIT avaient-ils eu un impact sur son système d'équilibration et son système proprioceptif, dans une problématique davantage neurologique que de conscience corporelle ? Pourtant, au fil des séances et même si Dominique ne se souvenait jamais d'avoir déjà réalisée l'exercice, ses ajustements devenaient meilleurs. En effet, ses oscillations sur le gros ballon s'adaptaient aux changements d'orientation, son poids se répartissait de manière fluide d'un pied à l'autre selon la direction du ballon. Dans les déséquilibres que nous provoquions, Dominique pouvait retrouver un axe vertical seule ; dans la mesure où le mouvement du ballon ne l'obligeait pas à déplacer ses pieds. Dans ce cas, elle ne pouvait pas se rattraper seule et avait besoin de notre intervention pour ne pas tomber.

Nous avons également parfois mis en place ce que ma maître de stage appelle « les montagnes ». Il s'agit en fait de mettre des objets (coussins, step, pouf, petit tabouret) sous les tapis et de marcher dessus. Il faut donc anticiper les éléments, leur disposition, leur forme mais aussi leur consistance. En plus des changements d'appuis, c'est un exercice très stimulant pour le système proprioceptif.

À chaque fois, les différents éléments étaient placés sous le regard de Dominique et nous l'invitions ensuite à traverser « les montagnes ». Nous étions alors chacune d'un côté pour la sécuriser mais elle devait autant que possible traverser sans appui extérieur. Souvent, son pied droit butait au bord du tapis, comme avec les steps, et elle se faisait surprendre à la rencontre d'un objet. Est-ce qu'elle se souvenait que des éléments avaient été placés sous le tapis ou bien montrait-elle encore des difficultés dans l'anticipation du mouvement ? Lors

de la traversée, Dominique se montrait attentive à elle-même et s'assurait toujours d'avoir des appuis stables avant de commencer un nouveau pas. De plus, son regard était souvent dirigé vers le sol et elle se servait de ses bras pour se stabiliser. Lorsqu'elle retrouvait enfin le contact avec le sol dur, Dominique retrouvait rapidement sa stabilité et pouvait se remobiliser pour effectuer deux ou trois allers-retours supplémentaires. Elle montrait ensuite une trop grande fatigue qu'elle n'a exprimé que peu de fois spontanément. De plus, cet exercice l'a grandement mise en difficulté lorsque nous avons changé les tapis en mousse dure pour des tapis de gym plus épais et mous ; c'est comme si elle devait réapprendre à se tenir debout sur cette nouvelle surface.

Plus tard, nous avons intégré « les montagnes » dans un parcours avec les steps et des dalles sensorielles. Dominique semblait prendre plaisir à nous voir installer le parcours mais montrait de l'inquiétude pour l'exécuter. Nous étions alors à ses côtés afin qu'elle puisse prendre de l'assurance. Pour les tours suivants, je suis restée généralement à sa gauche et Dominique prenait ma main seulement pour se déplacer sur « les montagnes ».

Dans chacun de ces exercices, il était cependant nécessaire de répéter les consignes très souvent. Par exemple, Dominique pouvait monter deux marches sur les steps puis, une fois en haut, nous demander « Je dois descendre ? ». Sur les dalles sensorielles, nous devions lui dire d'aller sur la suivante ; elle restait sinon bloquée sur celle sous ses pieds. Dans ces moments, elle semble perdue, tournant des yeux interrogateurs et inquiets vers nous. C'est seulement en lui redonnant des indications verbales et corporelles sur la marche à suivre qu'elle pouvait redevenir active dans cet environnement.

Dans l'ensemble, nous avons pu voir une amélioration dans l'équilibre de Dominique à partir de fin novembre jusqu'au mois de janvier environ. Elle était alors stable sur ses pieds et les pertes d'équilibre étaient bien moins présentes. Nous avons ensuite observée une légère régression. Celle-ci coïnciderait avec une période où Dominique sortait de chez elle mais se retrouvait dans l'incapacité de retrouver le chemin de son domicile. Elle était alors retrouvée par les pompiers ou par son gendre.

2.3.3 Prendre conscience de soi et réguler son tonus par le toucher

En deuxième partie de séance, nous avons pris l'habitude de proposer à Dominique des situations permettant davantage un travail autour de son tonus et de sa conscience corporelle. Nous avons alors beaucoup travaillé au sol à travers le toucher thérapeutique direct ou indirect mais également sur le gros ballon. L'objectif était alors d'abaisser son tonus de fond et de lui apporter des sensations corporelles (re-)structurantes. En effet, ces touchers et enveloppements lui permettraient d'être davantage dans la sensation cutanée et kinesthésique et, progressivement, dans la perception de son corps. Ainsi, cela pourrait renforcer la prise de conscience de ses limites corporelles et la cohésion entre les différentes parties de son corps. L'abaissement du tonus, quant à lui, permettrait à Dominique d'être moins dans la contraction musculaire constante et donc moins dans la douleur et la rigidité.

Au début du suivi, Dominique était donc très douloureuse lorsqu'elle était touchée, surtout au niveau du biceps gauche, toujours très contracté. J'ai moi-même pu venir toucher cette zone et constater un état de tension très important. Elle exprimait toujours la douleur par des grimaces sur son visage mais jamais dans ses paroles. Ma maître de stage devait alors lui rappeler son droit, et même son devoir, de dire lorsqu'une mobilisation ou un toucher provoquait une douleur. Elle acquiesçait alors en souriant sans pour autant se le permettre si la douleur revenait.

Pour limiter ses douleurs et que Dominique développe sa capacité à se détendre, à se laisser faire, ma maître de stage lui proposait donc régulièrement un temps de toucher thérapeutique avec trois types de toucher : des effleurages, des pressions profondes et du palper-rouler. Celui-ci pouvait s'effectuer au niveau des membres supérieurs et inférieurs, du centre vers la périphérie pour suivre la loi proximo-distale du développement de l'enfant.

Au début, Dominique ne semblait pas très réceptive à ces types de toucher ; elle semblait attendre, complètement passive même dans la douleur.

Par ce toucher, ma maître de stage tentait cependant d'abaisser le tonus de fond de Dominique tout en la guidant verbalement sur les parties de son corps où elle pouvait porter son attention. Cette dernière montrait de grandes difficultés les premiers temps à aller vers la décontraction et ne pouvait nous faire de retour sur ses ressentis, ses perceptions. Qu'elle était alors sa capacité à les comprendre et à les exprimer ? Je m'interrogeais même sur leur existence. Cependant, au fil du temps, son feed-back sensoriel s'est doucement enrichi et, à

la fin du toucher, Dominique pouvait nous dire « se sentir mieux », « moins fatiguée » ou encore que « ça fait du bien ». Elle pouvait même parfois nous donner des zones de tension dans son corps. Je me suis alors fait la réflexion qu'une stimulation externe sur la surface de son corps à travers le toucher de ma maître de stage avait pu l'amener doucement vers une stimulation interne par exploration et élargissement de son champ d'attention sur son propre corps.

Progressivement, nous avons mis en place ce même toucher à quatre mains : ma maître de stage d'un côté, moi de l'autre. De cette façon, le cerveau reçoit des stimulations de plusieurs endroits et éprouve davantage de difficultés pour anticiper les gestes. Le patient est alors moins dans le contrôle et la maîtrise et davantage dans la perception brute des différentes sensations qu'il perçoit. Celles-ci peuvent alors être traitées par un canal plus inconscient et peuvent permettre à Dominique de se représenter un corps unifié, même dans la détente. C'est un temps qu'elle semble énormément apprécier.

Ma maître de stage a pu également proposer à Dominique de s'allonger dans un drap pour des temps de portage et de bercement. Cette méthode permet de donner davantage de contenance et de fluidité dans le mouvement proposé. Ainsi allongée sur le drap, ma maître de stage peut attraper les bords du drap soit près de la tête soit près des jambes pour venir le soulever doucement. En effectuant un léger mouvement de balancier, elle peut donc bercer Dominique et, en levant le drap, provoquer un enroulement vers l'avant.

Dans ces temps, il était également demandé à Dominique de se laisser aller dans le tissu, de se laisser porter et d'essayer de sentir les endroits de son corps qui se mettaient en mouvement, les parties en contact avec le sol et s'il y avait des changements au cours de ce moment. À chaque fois, ma maître de stage indiquait régulièrement une ou plusieurs parties où Dominique pouvait porter son attention : vers sa nuque, dans son dos, les appuis au niveau du bassin, des pieds qui pouvaient changer. Dans ces moments, Dominique semble presque s'endormir, son visage se détend et, lorsqu'elle rouvre les yeux, son visage s'illumine d'un sourire.

J'ai pu moi-même expérimenter cette technique avec plusieurs patients. La difficulté était alors pour moi d'être suffisamment gainée et stable dans mes appuis au sol afin de ne pas être trop brusque dans mes mouvements et proposer quelque chose de fluide, sans saccades ou tremblements. Avec Dominique, après m'être décentrée de mes propres

ressentis corporels, j'ai pu observer et surtout sentir qu'elle se laissait très bien porter par le tissu et n'anticipait pas les changements d'appuis au sol. Au fil du temps, elle a pu parfois nous dire que c'était « un bon moment » pour elle et nous apporter quelques mots sur un corps plus détendu, moins en tension.

En accord avec ma maître de stage, j'ai également pu au cours du suivi proposer à Dominique des mobilisations passives en m'inspirant de la technique de conscience corporelle Feldenkrais, en lien avec les travaux dirigés que j'effectuais dans le même temps à l'école de psychomotricité. Je détaillerai cette séance dans la troisième partie de ce mémoire car elle a grandement étayé ma réflexion.

Petit à petit, les retours sur l'instant que Dominique pouvait nous faire de ses perceptions corporelles devenaient donc un peu plus riches en comparaison à leur absence au début du suivi. Ils étaient également plus spontanés lorsque la proposition était agréable pour elle et elle nous communiquait aussi plus facilement ses états de tension, de fatigue et parfois même ses peurs.

2.3.4 Se relever du sol

Le travail du relever du sol se fait donc toujours en fin de séance après un temps de toucher thérapeutique ou de relaxation. Cela avait été décidé ainsi car le temps au sol lui permettait d'être plus présente à elle-même, aux sensations de son corps et de mobiliser plus efficacement son énergie pour se mettre debout.

Jusqu'ici, Dominique n'a jamais chuté ; cet exercice se réalise davantage dans un cadre préventif. L'objectif est surtout que Dominique (ré-)acquiesse les schémas moteurs qui lui permettent de se relever, qu'ils s'automatisent et qu'ils puissent être reproduits en cas de chute. Par cet exercice, nous tentons également de rassurer Dominique sur sa peur de chuter, ses capacités et ses possibilités pour se relever ou, du moins, se mettre en mouvement pour appeler de l'aide.

Nous avons alors repris avec elle cinq positions clés du relever du sol qui correspondent aux Niveaux d'Évolution Motrice (NEM) :

- le décubitus dorsal ;
- être allongée sur le flanc ;
- la position quadrupédique ;
- la position de chevalier-servant ;
- la station debout.

Dans la première étape des NEM, la personne doit passer du décubitus dorsal au décubitus ventral. Cependant, pour Dominique, la position sur le ventre est très inconfortable : elle laissait ses bras sous son corps, ne pouvant s'en aider pour dégager son visage et sa poitrine du sol et donc respirer plus librement sans oppression. De plus, sur le ventre, le passage en position quadrupédique était impossible pour elle, lui demandant une ouverture d'articulation et une coordination dans la force musculaire qu'elle ne pouvait mobiliser. Ainsi, Dominique passait du décubitus dorsal à allongée sur le flanc, généralement du côté droit. Ainsi, elle pouvait spontanément surélever son buste du sol avec l'avant-bras droit et se stabiliser avec la main gauche pour ne pas basculer vers l'avant. Au début du suivi, il était nécessaire de venir faire sentir à Dominique les zones qui devaient être en contact avec le sol. Les nommer n'était pas suffisant.

Passer en position quadrupédique mettait systématiquement Dominique en difficulté. Elle ne trouvait pas le chemin seule pour venir poser ses genoux sur le tapis et soulever son bassin. Dans les meilleurs moments, elle pouvait poser ses avant bras sur le sol mais l'impulsion pour soulever son bassin n'était pas suffisante. Souvent, ma maître de stage ou moi venions poser une main sur sa hanche au sol afin de la soutenir ; cela suffisait alors à ce que Dominique se mette en appui sur ses genoux et sur ses mains. Cependant, nous devions parfois l'accompagner en venant nous-même soulever son bassin hors du sol. Dans cette mobilisation, Dominique ne restait pas complètement passive : une fois que le chemin hors du sol était enclenché, Dominique pouvait emmener son bassin vers le haut puis le stabiliser au-dessus de ses genoux. Dans ce mouvement, les appuis de ses mains s'adaptaient spontanément.

La position de chevalier-servant ne posais jamais vraiment problème. Dès que nous approchons une chaise sur laquelle elle pouvait prendre appui, Dominique se mettait spontanément dans cette position. Cependant, elle ne pouvait pas y rester longtemps, la position étant vite inconfortable pour elle. La difficulté à cette étape se trouvait davantage au niveau de la force musculaire. Certains jours où elle était plus fatiguée, elle n'avait pas la force nécessaire à la propulsion vers le haut qui lui permettrait de se mettre en appui sur ses pieds et sur la chaise. Dans ces moments, ma maître de stage ou moi-même venions alors l'aider en posant nos mains de chaque côté de ses hanches et en l'accompagnant dans ce mouvement.

Pour retrouver des appuis au sol stables, il était ensuite nécessaire pour Dominique de sortir de l'espace du tapis afin de retrouver un sol dur sur lequel elle pouvait se redresser et se stabiliser. Il lui fallait ensuite quelques minutes pour retrouver ses repères dans la salle et retrouver de l'énergie.

Le relever du sol marquait généralement la fin de la séance. Nous faisons ensuite le point avec Françoise tandis que Dominique s'étonnait toujours que nous la félicitions devant sa fille lorsqu'elle avait pu se relever avec très peu d'aide.

À partir du mois de novembre, c'est-à-dire trois mois après le début du suivi, Dominique semblait de plus en plus autonome pour se relever du sol. Elle prenait plus ou moins spontanément les NEM sans montrer de grandes difficultés même si nous intervenions parfois verbalement pour évoquer le passage à quatre pattes qu'elle avait tendance à oublier et pour l'encourager. Petit à petit, nous avons essayé de donner de moins en moins d'indications et nous avons constaté une évolution positive dans le relever du sol. En effet, Dominique était moins hésitante et perdue dans les prises de position, mis à part le quatre pattes qui bloquait un peu à chaque fois. De plus, au début du suivi, il fallait un peu plus de dix minutes à Dominique pour se relever. Cela prenait ensuite progressivement moins de cinq minutes et elle était moins essoufflée. Cette évolution a persisté après deux semaines d'absence du fait des vacances ce qui m'a très agréablement surprise. En effet, même si elle ne gardait aucun souvenir conscient de nous, de ce que nous faisons en séance avec elle, une certaine forme de mémoire corporelle semblait persister en elle.

2.4 S'accorder dans la prise en charge

Dans le suivi de Dominique, j'ai rapidement été au cœur des séances. J'étais tout d'abord un sujet qui amenait une sécurité supplémentaire puis, rapidement, Dominique m'a investi en tant que jeune fille en plein apprentissage. Cela avait peut-être un lien avec son entourage, ses petites-filles étant dans ma tranche d'âge, mais elle se montrait très chaleureuse envers moi. Mon implication s'est alors décuplée et nous avons construit une relation douce et contenant. Je souhaitais réellement pouvoir apporter mes connaissances, mes envies, suivre mon instinct dans ce qui pourrait amener Dominique à se vivre le plus agréablement possible dans ce corps qui lui fait de plus en plus défaut.

La difficulté a alors été de nous accorder sur nos interventions entre ma maître de stage et moi, notamment au niveau de notre prise de parole. Si je prends l'exemple du relever du sol, dans ce souci de l'accompagner au mieux et de l'aider pour retrouver les NEM, nous avions parfois tendance à parler en même temps ou bien énoncer la consigne l'une après l'autre mais d'une façon différente. Ce surplus d'informations avait alors tendance à parasiter énormément Dominique dans sa propre réflexion et dans sa mise en mouvement.

Ainsi, nous nous sommes mise d'accord avec ma maître de stage pour faire des phrases courtes et éviter les informations superflues dans l'énonciation des consignes. De plus, la prise de parole devait rester spontanée mais nous devions essayer de moins intervenir l'une après l'autre pour éviter à Dominique des allers-retours entre nous et donc de perdre l'attention qu'elle se portait à elle-même.

Après un temps d'adaptation, l'une de nous était donc présente davantage pour apporter sécurité et contenance à Dominique tandis que la seconde l'accompagnait dans sa mise en mouvement et la découverte de ses sensations corporelles.

2.5 Une nouvelle étape dans la maladie : poursuite du suivi

Après presque six mois de suivi, je trouvais l'évolution de Dominique plutôt positive : elle était beaucoup moins en tension dans son corps, ses perceptions corporelles étaient plus riches et elle pouvait en partie retenir une séquence motrice. Nos échanges étaient aussi plus vivants ; Dominique se montrait moins soucieuse, rebondissait sur des notes d'humour et initiait même parfois la taquinerie.

À ce moment, même si ses difficultés corporelles et ses troubles de la mémoire étaient encore très présents et continuaient d'entraver son quotidien, les progrès de Dominique suscitaient chez sa fille beaucoup d'espoir dans le fait de pouvoir maintenir une certaine autonomie chez sa mère et le maintien au domicile.

Cependant, nous avons ensuite repéré l'installation d'une fatigue et son équilibre est devenu de plus en plus instable. Aussi, dans les temps de détente et de conscience corporelle, Dominique se montrait assez désorientée, nous parlant par exemple d'enfants qu'elle devait aller chercher et dont il fallait s'occuper. Dans ces moments, nous pouvions sentir une forte panique naître en elle et nous avions du mal à la rassurer. Ses lésions neurologiques étaient-elles en train de s'aggraver ? Se sentait-elle bousculée en profondeur par le suivi ?

Plus tard, Françoise nous expliquera que sa mère avait fait une « fugue » pour la deuxième fois en peu de temps ; Dominique avait quitté son domicile, n'avait pas pu retrouver son chemin et avait été retrouvée par les pompiers qui avaient alors appelé Françoise pour l'en informer. C'est un événement dont Dominique ne se souvenait pas au moment où sa fille nous l'a raconté. Cependant, elle s'est vite montrée désolée et répétait beaucoup « J'embête mes filles », « J'ai de la chance d'avoir mes filles ». J'ai réalisé à cet instant que Dominique avait par moment tout à fait conscience de ses troubles.

Lors de cette séance, le relever du sol a été laborieux. Dominique n'a pas pu retrouver seule les deux premières étapes pour se relever, c'est-à-dire se mettre sur le flanc puis à quatre pattes. En effet, lorsque nous lui avons indiqué qu'elle allait désormais se remettre debout, Dominique s'est assise sur les fesses et s'est déplacée dans cette position jusqu'à la chaise en dehors du tapis. Elle a alors placé ses jambes sous la chaise et a tenté de tirer sur l'assise de la chaise pour se décoller du sol. Nous avons alors pris la décision d'intervenir avec ma maître de stage et, en plus des indications verbales, de la guider physiquement dans les prises de position à travers le toucher et l'imitation. Ce n'est que lorsque la position de quatre pattes a été enclenchée que Dominique a pu enchaîner les deux dernières étapes avec seulement nos indications verbales comme aide.

Quelques jours après cette séance, Dominique a fait deux AIT dans la même journée. Cela pourrait avoir un lien avec l'état de difficulté dans laquelle se trouvait Dominique lors de la séance qui a précédé.

La semaine suivante, j'étais plutôt inquiète de l'état de Dominique et je me demandais s'il était vraiment raisonnable de maintenir la séance. Cependant, lorsqu'elle est entrée dans la salle, Dominique était très souriante, prête à se mobiliser. Elle est également arrivée avec une canne, achetée par sa fille dans la semaine. Nous avons alors passé une grande partie de la séance en mouvement avec un parcours afin qu'elle puisse intégrer l'utilisation de cette canne dans ses déplacements. Ces derniers étaient bien plus stables et nous la sentions beaucoup moins hésitante. De plus, lorsqu'elle marchait sur les dalles sensorielles, Dominique pouvait nous donner quelques indications sur ce qu'elle sentait sous ses pieds : la forme des bosses, leur dureté. Cela n'avait pas été possible sans contrôle visuel à d'autres moments. Des appuis plus stables semblaient lui permettre d'être plus présente à elle-même et aux stimulations de son environnement. De plus, avec la répétition, Dominique a pu intégrer l'utilisation de la canne au moins le temps de la séance. Les événements sanitaires soudains ont ensuite mis en pause son suivi et nous n'avons pas pu continuer ce travail. Cependant, Françoise, avec qui nous sommes restées en lien téléphonique, nous dira que Dominique utilise aujourd'hui sa canne de manière adaptée, qu'elles marchent souvent ensemble sans difficulté et qu'elle ne la trouve pas trop rigide.

Au cours de ce suivi, j'ai eu tendance à croire que les troubles mnésiques de Dominique l'empêcheraient de progresser. J'ai ensuite cru que les coupures dans le suivi dues aux vacances puis l'apparition de nouvelles lésions cérébrales par la survenue des AIT allaient amener Dominique vers une perte presque totale de la stabilité qu'elle avait pu acquérir, de sa capacité à se percevoir un peu plus et un peu mieux. Cependant, tout n'a pas disparu. Après chaque interruption, nous n'avons pas tout repris à zéro. Même si Dominique ne se souvenait pas de manière consciente l'existence de ce suivi et de son contenu, quelque chose perdurait. Après chaque rupture, nous pouvions reprendre le suivi avec le même niveau de difficulté, elle se montrait toujours aussi attentive à elle-même, pouvait retrouver son axe dans les moments de déséquilibre et la reproduction de la séquence motrice du relever du sol ne la mettait pas plus en difficulté. Il m'a alors semblé que cette légère progression dont elle a fait preuve au cours du suivi est en partie due à l'aspect répétitif des séances et de leur contenu. Dès lors, en présence d'un vieillissement pathologique, je me demande en quoi la répétition en psychomotricité permet à la personne âgée de rester dans la perception et le mouvement.

PARTIE THÉORIQUE

Dans cette partie, je vais tenter de définir et d'éclaircir plusieurs termes qui me semblent nécessaires à la bonne compréhension de ma problématique. Je tenterai ensuite de développer ce que la répétition permet dans le développement de l'enfant, celui-ci formant une base dans le maintien des acquisitions et les nouveaux apprentissages de la vie adulte.

1 Perception

Dans ses recherches entre perception-conscience et inconscient-préconscient, Freud en 1950 (cité par Denis, 2020, p. 24) écrit que « l'accès à la conscience est lié avant tout aux perceptions que nos organes sensoriels reçoivent du monde extérieur ». Pour lui, la perception serait donc une donnée immédiate qui n'impliquerait pas de travail psychique. Par cette formulation, il ne semble alors pas distinguer la perception de la sensation.

Pour Bonnet (2014), qui s'appuie sur des recherches neurologiques, « la perception est la capacité qui permet à un organisme de guider ses actions et de connaître son environnement sur la base des informations fournies par ses sens » ; c'est une lecture de la réalité. Ainsi, pour lui, la perception serait l'interprétation d'une sensation, interne ou externe, qui donnerait alors accès à la représentation selon trois étapes : sensorielle, perceptive et cognitive.

Pour illustrer sa théorie, Bonnet (2014) prend l'exemple de la perception visuelle. L'étape sensorielle correspondrait alors au codage distinctif des caractéristiques reçues au niveau de la rétine et serait inaccessible à la conscience. Ensuite, l'étape dite perceptive permettrait un regroupement des informations et donc le transfert à la conscience du « produit fini ». L'étape cognitive serait, elle, en lien avec notre maturation et nos connaissances et permettrait la mise en place des comportements-réponses à l'environnement. Il s'agit alors ici de ce que nous pourrions appeler une perception objective.

Cependant, le corps n'est pas seulement un réceptacle neutre et passif. Deux sujets dotés du même système sensoriel ne perçoivent pas de manière identique la même situation.

Selon Berthoz (1997/2013, p. 15), la perception est une « simulation interne de l'action, elle est jugement et prise de décision ». Nous pourrions ici parler de perception subjective. Il s'agit donc pour le sujet d'accueillir une vision déformée de la réalité, soumise « aux influences conjuguées de ses expériences passées et de son niveau de maturation interne » (Piaget cité par Thomas & Michel, 1994).

La perception semble alors être une étape essentielle au processus de représentation de l'environnement. Elle serait également dépendante d'une capacité d'attention suffisante et d'un environnement stimulant afin que le sujet puisse se former une représentation de chaque objet et ainsi agir selon sa pensée, sa volonté tout en étant influencé par l'intégration des interdits.

2 Mouvement

Le mouvement se définit comme étant :

La modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture (relation des parties entre elles), soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. Il est plus ou moins finalisé, plus ou moins volontaire ou réflexe, plus ou moins automatisé, plus ou moins conscient. (Scialom et al., 2011, p. 182)

Il est à différencier du geste qui, lui, serait un mouvement affecté d'une intentionnalité. Le mouvement serait donc le mécanisme et le geste l'acte. Selon Minder (2008), « la plupart de nos actes se traduisent [...] par des mouvements ». Il faut ainsi distinguer les composantes motrices du mouvement : les mouvements involontaires et les mouvements volontaires.

Les mouvements involontaires seraient de nature réflexe. Chez le bébé, nous pouvons parler de réflexes archaïques ; ils sont liés à la satisfaction des fonctions les plus vitales du sujet. Ainsi, « cette procédure naturelle ne fait intervenir ni la conscience, ni la volonté, et assure les conditions motrices de l'activité réadaptatrice à son niveau de base » (Minder, 2008). À l'âge adulte, certains mouvements réflexes perdurent afin de maintenir la vie du sujet, nous pourrions les qualifier de mouvements innés régis par des mécanismes

congénitaux. D'autres ont laissé place à des mouvements acquis qui nécessitent un apprentissage pour s'adapter à une situation donnée ; nous pourrions les caractériser de mouvements automatisés. D'autres encore laissent place aux mouvements volontaires qui, eux, sont imprégnés d'une intention, d'un but.

Dans le développement moteur de l'enfant, nous pouvons observer un passage naturel et continu d'un mouvement réflexe à un mouvement volontaire et contrôlé. Ce processus est en grande partie dû au développement neurologique de l'enfant ainsi qu'à la maturation du système tonico-postural qui suit les lois de développement issues des travaux de Gesell en 1945 (cité par Tran-Thong, 1992, pp. 249-250) :

- la loi de succession : le développement moteur suit une direction céphalo-caudale, c'est-à-dire que l'enfant exécute d'abord des mouvements de la tête et du tronc puis des membres inférieurs, et une direction proximo-distale où l'enfant exécute des mouvements en premier lieu au niveau du tronc et des épaules avant de développer des mouvements des avant-bras et des mains ;

- la loi de différenciation : la motricité est globale, imprécise et involontaire. Les décharges motrices du bébé sont généralisées à tout le corps avant de pouvoir s'affiner pour être de plus en plus précises et volontaires ;

- la loi de variabilité : le développement moteur est non-uniforme et non-continu. Il s'effectue selon des phases de progression, de stagnation et de régression et montre une grande part d'individualité.

Mais, selon Minder (2008), le mouvement volontaire se développe également selon trois axes : la locomotion, la préhension et l'utilisation d'instruments qui suivent la loi d'intégration, c'est-à-dire que « le processus d'accommodation (se plier au réel) collabore avec celui d'assimilation (tenter de changer le réel) ». Cet accès au mouvement volontaire nécessite un apprentissage, une éducation, associé aux réactions affectives au travers de l'éducation psychomotrice, physique et sportive. L'environnement a donc lui aussi une forte incidence sur le développement du mouvement.

Le passage d'une motricité involontaire à une motricité volontaire n'est cependant pas une évidence et semble nécessiter d'une coordination perceptivo-motrice à la fois neurologique et environnementale. Ce système peut donc être défaillant dès son

développement mais également au cours de la vie. En effet, compte tenu la diversité des systèmes mis en jeu pour le développer et le maintenir, il peut s'affaiblir et alors impacter toutes les représentations du sujet et ses capacités d'actions.

3 Le processus de vieillissement

Il me semble nécessaire en premier lieu de distinguer le vieillissement de la vieillesse. En effet, selon l'Organisation Nationale de la Santé (OMS) (2002), les personnes qui atteignent soixante ans sont considérées comme « âgées ». Ce nombre a principalement été mis en place afin de faciliter la catégorisation des citoyens. Cependant, pour des personnes du même âge, il existe des différences non négligeables qui dépendent de l'état de santé, du niveau d'activité et du niveau d'indépendance du sujet. Ainsi, le déroulement du temps chronologique n'est pas le meilleur indicateur pour déterminer si le sujet est particulièrement avancé dans son processus de vieillissement ou non.

Le vieillissement se définirait donc plutôt comme « un concept multifactoriel qui doit prendre en compte différents domaines : biologique, social et psychologique » (Duquenoy Spychala, 2005, p. 9) ; celui-ci peut être normal ou pathologique. Je m'attarderai ici sur les aspects neurologiques, sensoriels, psychologiques, psychomoteurs et cognitifs.

3.1 Le vieillissement normal

3.1.1 Définition

Le vieillissement normal est défini par le collège national des enseignants de gériatrie (2000) comme un ensemble de processus physiologiques et psychologiques. Ces processus seraient en fait à l'origine de modifications concernant la structure et les fonctions de l'organisme. Ainsi, le vieillissement commencerait au début de la vie, se terminerait à la mort et serait soumis aux facteurs génétiques et environnementaux que rencontrent le sujet. Il est également à distinguer de la survenue d'une maladie.

D'après cette définition, nous pouvons donc comprendre qu'il ne s'agit pas d'un mécanisme spécifique de la dernière partie de la vie mais d'un processus dynamique. Le

vieillesse est une suite programmée qui suit une phase d'engagement et de développement, une phase de maturité et se termine par la sénescence, c'est-à-dire le déroulement du temps biologique.

Dans la société, il est communément admis que la phase d'engagement et de développement correspond à l'enfance et à l'adolescence. Ensuite, la phase de maturité coïncide avec l'âge adulte, c'est-à-dire de la majorité jusqu'à la retraite, soit environ soixante ans. Enfin, la phase de la sénescence se rapporte au temps où le sujet n'est plus considéré comme un travailleur actif. Il peut ainsi prendre du repos et se consacrer à de nouveaux objectifs de vie.

3.1.2 Le vieillissement neurologique

Donner une définition du vieillissement neurologique normal s'avère relativement compliqué. En effet, les cellules nerveuses du cerveau ne se régénèrent pas et il est très difficile de recueillir des données complètement objectives comme un âge qui pourrait définir le moment où elles commencent à se détériorer.

Cependant, les auteurs s'accordent à dire que le phénomène de mort cellulaire, ou apoptose, est un processus normal dans le vieillissement. Les cellules du système nerveux ont donc une mort programmée, codée dans l'Acide Désoxyribonucléique (ADN) et, par conséquent, propre à chacun. Dans le cerveau, elle engendrerait une perte neuronale et, plus généralement, une atrophie cérébrale, notamment au niveau du cortex frontal et préfrontal. Cette dernière reste tout de même difficile à mesurer car la mort du neurone est immédiatement suivie d'une « contraction » du tissu nerveux qui vient combler le « trou » que le neurone aurait laissé. De plus, le mécanisme de plasticité cérébrale entre lui aussi en jeu grâce au développement de l'arbre dendritique au cours de la vie du sujet (Escourolle et al., 2001).

En plus de ces constatations, certaines études ont également montré une diminution du débit sanguin, notamment au niveau du cortex frontal. Ainsi, la réduction du flux engendrerait un manque de contrôle exécutif au niveau de la flexibilité, des stratégies mnésiques d'encodage et de récupération. La lenteur que nous pouvons souvent observer chez la personne âgée par rapport à l'adulte en serait une conséquence (Calso et al., 2015).

3.1.3 Le vieillissement sensoriel

Contrairement aux cellules nerveuses, les cellules sensorielles se multiplient grâce aux cellules souches mais, elles aussi, sont régies par le processus d'apoptose. Cette mort cellulaire vient alors modifier la perception de nos sens, tant dans leur structure que dans leur fonction.

Dans la vision, les cellules de l'œil ne se multiplient pas. La perception des couleurs commence alors à s'altérer à partir de quarante ans puis un épaississement du cristallin apparaît ainsi qu'une modification du rapport à la lumière, aux contrastes et à la profondeur. Toutes ces modifications agissent alors sur la perception de la personne âgée sur son environnement, notamment dans la perception des détails (Albaret & Aubert, 2001).

Dans l'audition, Timiras et Jobin en 1997 (cité par Albaret & Aubert, 2001) nous indiquent qu'il est nécessaire de prendre en compte les différences individuelles en ce qui concerne une possible exposition courte à un bruit fort ou une exposition prolongée à un bruit modéré. Ces différences peuvent être à l'origine d'une perte d'audition ou d'une aggravation du processus de mort cellulaire. Ils nous précisent également les difficultés de la personne âgée à localiser un bruit dans l'espace notamment lorsqu'il est aigu. Ils parlent alors de stéréoacousie.

Selon Albaret et Aubert (2001), la peau subit elle aussi des modifications au cours du temps dans son épaisseur et sa composition. La qualité et la quantité d'informations perçues par le sujet sont alors réduites.

En ce qui concerne l'odorat, « la sensibilité aux odeurs diminue progressivement puis plus rapidement après un maximum de sensibilité qui s'étend de 20 à 40 ans ». Il en est de même pour le goût, ce qui peut parfois entraîner une diminution de la soif et une perte d'appétit (Doty cité par Albaret & Aubert, 2001).

Je vais également tenter d'approfondir plus largement le vieillissement des récepteurs vestibulaires et de la proprioception et, par conséquent, la diminution de leur efficacité. Cependant, ce sont deux domaines relativement mal connus. En effet, leurs rôles dans la marche et l'équilibre ne permettent pas d'isoler expérimentalement la source des dysfonctionnements de manière précise ni de définir si leur vieillissement est la première cause du trouble.

Nous savons cependant que le système vestibulaire perd quarante pourcent de ses cellules ciliées dans les crêtes ampullaires ce qui serait la cause principale « des changements dans la posture du sujet et participe[rait] secondairement aux troubles de l'équilibre lors de déplacements rapides et complexes du corps et de la tête » (Albaret & Aubert, 2001). De plus, au niveau neurologique, le vieillissement peut affecter les voies et centres nerveux participant au système vestibulaire. La hiérarchie des informations sensorielles serait, elle aussi, impactée. Cet impact porterait principalement sur le noyau vestibulaire et le nerf vestibulaire et porterait le nom de presbyvestibulie (Toupet et al., 1999).

Concernant la proprioception, ou sensibilité profonde, celle-ci « joue un rôle fondamental dans l'ajustement postural car elle contrôle le tonus de nos muscles et les positions de nos membres [...]. Elle nourrit la notion de conscience du sujet, d'intériorité et ancre le sentiment d'exister » (Scialom et al., 2011, p. 163). Selon Tavernier-Vidal et al. en 1991 (cité par Albaret & Aubert, 2001), il y aurait pour lui « une diminution du nombre de récepteurs ligamentaires et capsulaires associée à une raréfaction des récepteurs neurotendineux de Golgi et ceux des fuseaux musculaires participant à une insuffisance générale actualisant un manque de pertinence dans la discrimination proprioceptive ».

D'un point de vue sensoriel, les organes sont alors de moins en moins efficaces et c'est tout l'environnement de la personne âgée qui s'en retrouve changé.

3.1.4 Le vieillissement psychologique : l'entrée dans la vieillesse

Certains auteurs considèrent que, entre l'adulte et la personne âgée, il n'y a pas de réelle rupture. La route vers la vieillesse serait davantage à se représenter comme un chemin avec de nombreuses intersections plutôt que le franchissement d'une barrière. « Il n'existe pas de processus de vieillissement de la conscience, pas de parallélisme, comme le croyait Spinoza, entre l'état du corps et celui de l'esprit » (Arbuz, 2007).

D'un point de vue psychique, la personne âgée semble conserver les défenses et les angoisses qu'elle possédait à l'âge adulte. La crise de la fin de vie réinterroge les mêmes questions que les crises du développement au cours de son existence. Cependant, les réponses apportées sont différentes. Ainsi, la prise de conscience de la mort se fait sur les bases psychologiques déjà existantes à l'âge adulte et, « pour chaque personne, le travail

de vieillir est lié à cette possibilité de jouer avec les souvenirs pour reconstituer dans le présent sa propre histoire interne » (D. Quinodoz, 2008).

Pour être capable d'élaborer les pertes et les deuils qui ont marqué sa vie, le sujet âgé doit faire face à un nouveau passage par la position schizo-paranoïde et la position dépressive développée par Klein (1952/2013). Le premier passage correspond à l'accès à la représentation de l'objet total qui peut être à la fois bon ou mauvais selon les circonstances ainsi qu'à la différenciation entre soi et l'autre chez l'enfant. Pour la personne âgée, il s'agit de venir porter un regard sur sa propre vie, d'en extraire le bon et le mauvais et de tenter un rassemblement pour trouver une certaine cohérence, une certaine continuité dans les événements passés et la construction de la suite de sa vie. Le sujet peut alors décider de garder ou de jeter certains éléments afin de tenter de se réconcilier avec ses objets internes (D. Quinodoz, 2008). La position dépressive varie en intensité selon le niveau de catastrophe ressentie, allant du deuil normal à la dépression sévère.

Charazac (2015b), aborde l'entrée dans la vieillesse comme « une série d'expériences affectives bouleversant l'équilibre des satisfactions et des frustrations de l'existence ». En effet, selon lui, de plus en plus d'affects sont liés à la sensation de perte ou de défaillance du corps que le sujet doit accepter s'il veut continuer à créer son histoire de vie. La crise de la vieillesse est alors bercée par des tentatives d'acceptation de la baisse de ses capacités, de nouveaux renoncements, de nouveaux deuils et parfois de solitude.

Ainsi, nous ne pouvons pas à proprement parler de vieillissement car il n'y a pas de détérioration cellulaire. Le terme de crise de la vieillesse est plus adapté et la finalité, selon Klein (cité par Williams, 2008), serait de pouvoir « s'engager dans un processus de réparation », c'est-à-dire un processus d'acceptation et de maintien de son élan vital.

3.1.5 Le vieillissement psychomoteur

Le vieillissement de la personne âgée vient également toucher de nombreux items psychomoteurs. Ils peuvent être en lien plus ou moins direct avec le vieillissement neurologique, sensoriel et l'investissement corporel du sujet.

La personne âgée montre notamment une « réduction des capacités de traitement de l'information, concernant principalement l'attention ainsi que les processus de sélection et

de programmation de la réponse motrice » (Albaret & Aubert, 2001). Cela signifie que la personne âgée est plus lente dans ses mouvements et montre une grande variabilité dans ses performances. De ce fait, la personne âgée se trouve réduite dans ses possibilités de coordination et de dissociation. De manière générale, sa motricité globale est donc altérée avec tout de même une part d'individualité. En effet, la détérioration du système nerveux central semble affecter plus ou moins intensément la personne âgée et de manière plus ou moins directe selon ses antécédents.

Le schéma corporel est lui aussi touché. Le modèle postural reposant sur « l'intégration corticale des messages reçus de la sensori-motricité » (Charazac, 2015a), le sujet doit faire face à une faiblesse sensorielle, vestibulaire, proprioceptive et tactile avec l'avancée en âge. Tout cela perturbe alors la connaissance qu'il a de son corps dans le rapport de ses différentes parties entre elles et avec l'espace. La personne âgée doit également faire face à une certaine fonte musculaire ainsi qu'une perte d'amplitude du mouvement ou des raideurs articulaires. Ces modifications viennent donc limiter la personne âgée dans ses expériences et limiter la mise à jour de ses connaissances corporelles.

Le tonus de la personne âgée est, lui, en lien avec la fonte musculaire ce qui expose le sujet à une certaine instabilité posturale dans les positions statiques comme dans les déplacements. Le recrutement tonique plus élevé et la modification de la hiérarchisation des informations sensorielles dans le maintien de l'équilibre et de la posture chez la personne âgée sont alors deux éléments qui peuvent être générateurs de perte d'équilibre et donc de chute (Albaret & Aubert, 2001). De plus, les situations mettant en jeu des facteurs émotionnels sont des situations aggravantes qui peuvent provoquer des diffusions toniques, des réactions tonico-émotionnelles d'hypertonie, voire des dystonies.

Tous ces affaiblissements corporels obligent donc la personne âgée à modifier son équilibre et sa démarche. À ceci s'ajoute le sentiment d'instabilité, de vertige, d'insécurité et de dépendance dans les déplacements. Ainsi, les modifications du schéma de marche sont les suivantes (Albaret & Aubert, 2001) :

- une diminution de la vitesse de déplacement et de la longueur du pas ;
- une augmentation de la cadence du pas et du double appui ;
- une augmentation de l'attention.

3.1.6 Le vieillissement cognitif

Dans la cognition, le vieillissement serait une modification des ressources de traitement disponibles pour traiter l'information. Selon Fantini-Hauwel *et al.* (2014), la personne âgée présente une perte neuronale et une diminution de la vitesse de l'influx nerveux. Il nous explique alors que la perte neuronale « rend compte des déficits cognitifs » et que « la diminution de l'influx nerveux explique le ralentissement psychomoteur ».

Selon Baltes (cité par Krolak-Salmon & Thomas-Antérion, 2010), « le fonctionnement cognitif de la personne âgée peut être adapté dans la vie courante, mais révéler une certaine “ fragilité ” ». Le sujet rencontrerait alors des difficultés dans la gestion des imprévus, d'inhibition lors de la modification d'une tâche routinière ainsi que dans sa flexibilité et l'organisation de doubles tâches. Ainsi, pour l'auteur, c'est la modification et la corrélation entre les fonctions exécutives, la mémoire de travail et les processus attentionnels qui génèrent ces difficultés.

De plus, nous avons vu que, dans le vieillissement normal, le cortex frontal et le cortex préfrontal diminuent en matière de volume et de débit sanguin. Le déclin des fonctions cognitives est donc une conséquence des phénomènes neurologiques et physiologiques du cerveau. Cependant, il est également en lien avec une diminution de l'efficacité de la mémoire épisodique, de travail et sémantique au fil du temps (Giffard et al., 2001).

Selon Fantini-Hauwel *et al.* (2014), la dégradation de la mémoire de travail serait à relier avec une diminution significative des ressources attentionnelles. En effet, la personne âgée montre des difficultés dans la sélection des informations pertinentes ce qui aurait un impact sur les processus d'encodage et de récupération de l'information. En ce qui concerne la mémoire épisodique, les auteurs montrent qu'il s'agirait d'un encodage superficiel de l'information lié à « une diminution des ressources attentionnelles, qui ne permettent plus de saisir toutes les caractéristiques de l'information afin de la rendre unique ». Ils spécifient également que, dans le vieillissement normal, « les personnes âgées souffrent d'un oubli du contexte (amnésie source) qui est relié à l'hypofonctionnement du cortex préfrontal ». C'est la raison pour laquelle les personnes âgées montrent parfois de légères difficultés temporo-spatiales sans qu'il ne s'agisse d'un trouble spécifique.

Pour essayer de comprendre davantage le vieillissement de la cognition, deux théories ont été suggérées (West et Salthouse cité par Fantini-Hauwel et al., 2014) :

- une théorie locale dite « exécuto-frontale » de West en 1996 pour une modification structurelle et fonctionnelle du cortex préfrontal et, par conséquent, des fonctions exécutives et attentionnelles.

- une théorie globale dite de « vitesse de traitement » par Salthouse en 1993 qui s'oriente, elle, pour une diminution de la « rapidité d'exécution des opérations mentales de base ». Ce phénomène serait dû à une dégradation de la substance blanche dans l'ensemble du cerveau.

Ces deux théories peuvent également chacune expliquer les difficultés langagières et visuo-spatiales que les personnes âgées sont susceptibles de rencontrer au cours de leur vieillissement.

Le déclin des fonctions cognitives se fait de manière hétérogène et il pourrait être en partie responsable des difficultés que rencontrent les personnes âgées pour adapter avec précision leurs comportements aux changements environnementaux. De plus, il est en lien plus ou moins direct avec le niveau socio-éducatif du sujet, avec des déterminismes environnementaux et psycho-affectifs et surtout selon ses capacités d'adaptation.

3.2 Le vieillissement pathologique

3.2.1 Définition – Généralités

Communément, lorsque nous parlons de vieillissement pathologique, nous pensons aux personnes âgées dont les capacités physiques et psychiques ne sont plus efficaces et qui n'ont alors plus suffisamment d'autonomie pour maintenir des conditions de vie favorables. Nous pensons donc souvent aux démences, actuellement nommées troubles neurocognitifs majeurs (American Psychiatric Association, 2015) car il donne une connotation moins péjorative à la maladie.

La classification Internationale des Maladies 10 (CIM-10), donne la définition suivante :

La démence est un syndrome dû à une maladie cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisé par une altération de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Le syndrome ne s'accompagne pas d'un obscurcissement de la conscience. Les déficiences des fonctions cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social, ou de la motivation. (OMS, 2008)

Ainsi, la catégorie des troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques, développe la démence de la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire et les démences au cours d'autres maladies classées ailleurs telles que la démence de la maladie de Huntington ou de Parkinson par exemple (OMS, 2008).

Van der Linder *et al.* (2001) distinguent, eux, deux types de démences : les démences de forme organique et les démences de forme psychiatrique.

Dans les démences organiques, nous retrouvons alors la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy et la démence fronto-temporale qui sont en lien avec une dégénérescence neuronale du cortex. Nous retrouvons aussi les démences vasculaires, infectieuses ou alcooliques qui sont, elles, causées par des troubles du métabolisme ou des troubles endocriniens. Un peu à part se trouve également les démences de types mixtes où le sujet est affecté par deux types de démences : la démence de la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire.

Les démences de type psychiatrique sont davantage qualifiées de démences fonctionnelles. Selon Caine en 1981 (cité par Van der Linder et al., 2001), il faudrait parler de pseudo-démence. Chez la personne âgée, l'affection prépondérante entraînant des troubles cognitifs est la maladie dépressive. Nous parlons alors de « pseudo-démence dépressive ». Cependant, celle-ci est difficile à diagnostiquer. En effet, la dépression est bien souvent banalisée par les proches et l'intrication de la présentation clinique est moins franche dans la maladie dépressive chez l'adulte.

Pourtant, en présence de troubles cognitifs chez la personne âgée, c'est la première question à se poser. Elle peut être la réactivation d'une dépression qui s'est déjà manifestée et qui serait « particulièrement ravageante ». Le sujet peut être « extrêmement ralenti, triste, gêné d'être sans réponse aux questions posées ou de ses mauvaises réponses » (Lotstra, 2003). Il peut alors montrer une forte perte de l'élan vital, se maintenir dans une immobilité et parfois même encourir des risques de déshydratation ou d'autres nombreuses complications médicales qui peuvent le mener à la mort.

Dans le vieillissement, les modifications quantitatives et qualitatives des organes peuvent alors elles aussi être le point de départ d'une démence mais aussi de troubles articulaires susceptibles de provoquer un syndrome post-chute ou encore un syndrome de glissement.

3.2.2 Exemple de la démence vasculaire

Selon la CIM-10, la démence vasculaire « résulte d'un infarctus cérébral dû à une maladie vasculaire, par exemple, une maladie cérébrovasculaire hypertensive. Les infarctus sont habituellement de petite taille mais leurs effets sont cumulatifs. La démence survient habituellement à un âge avancé ». Elle peut être à début aigu, provoquée par des infarctus multiples, sous-corticale, mixte ou sans précision (OMS, 2008).

Ainsi, la démence vasculaire est dite non-dégénérative contrairement à la maladie d'Alzheimer. Elle est le résultat d'AVC répétés où nous pouvons retrouver des signes cliniques neurologiques et non pas une dégénérescence progressive. Le manque d'oxygénation de certaines zones cérébrales va engendrer des conséquences irréversibles et variables selon la zone touchée. Ainsi, lorsque l'accident vasculaire touche des régions sous-corticales, les déficits cognitifs sont en lien avec une altération des fonctions exécutives et un déficit de la mémoire exécutive alors que, lorsque l'atteinte lésionnelle touche des régions corticales et sous-corticales, c'est la mémoire de travail qui est davantage touchée. Dans ce second cas, le diagnostic entre une démence vasculaire et la maladie d'Alzheimer semble difficile à établir (Peeters, 2009).

Le diagnostic de la démence vasculaire est donc très controversé. En effet, le diagnostic différentiel avec la maladie d'Alzheimer est parfois difficile à mettre en place. La

démence vasculaire est alors tantôt sous-estimée, tantôt surestimée. Certaines études démontrent même un lien entre la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire, cette dernière pouvant être révélatrice de la première (De Reuck et al., 2001).

Par exemple, lorsque le sujet présente des troubles mnésiques selon une atteinte hippocampique, des troubles des fonctions supérieures et montre des anomalies vasculaires à l'imagerie, le diagnostic se porterait davantage sur la maladie d'Alzheimer. La question se poserait alors autour du rôle des anomalies vasculaires dans l'évolution de la maladie. Par contre, lorsque la démence survient brutalement, que nous pouvons repérer un déficit cognitif, une modification psychocomportementale et un déclin fonctionnel à des degrés d'intensité variable, le diagnostic s'orienterait alors vers une démence vasculaire avec un maintien de la conscience des troubles (Derouesné, 2005). Le sujet atteint par ce type de démence a plus de risque de développer un syndrome dépressif.

La démence vasculaire montre, en tous les cas, un tableau de symptômes incurables car ces dernières résultent d'une perte neuronale de plus en plus importante après chaque nouvel AVC. La prise en charge précoce semble être indispensable afin de stimuler le plus rapidement possible la plasticité cérébrale et la mise en place de nouveaux chemins dendritiques pour la bonne exécution des comportements moteurs principalement.

4 La répétition

4.1 En tant qu'étape du développement moteur

Une situation de jeu chez l'enfant où nous pouvons observer de la répétition est le jeu de la bobine de Freud en 1920 (cité par Joly, 2002) : en observant son petit-fils lancer au loin et rattraper une bobine en bois attachée à une ficelle, Freud pensa que l'enfant signifiait la disparition et la réapparition de la mère. Pour lui, cette répétition permettait d'abord à l'enfant de transformer une expérience déplaisante passive en attitude active mais aussi de se venger de sa mère absente. Dans cet exemple, la répétition dans le jeu de la bobine permet alors à l'enfant d'aboutir à l'élaboration tout en restant soumis à ce que Freud appelle le principe de plaisir.

Pendant de nombreuses années, Piaget s'est, quant à lui, attelé à comprendre le développement de la pensée. Pour lui, l'intelligence se construit et se caractérise par le fait

que l'enfant comprend le monde d'une façon différente selon son âge. Il a ainsi développé quatre stades de développement de zéro à seize ans (cité par Fournier, 2009) : le stade sensori-moteur, le stade pré-opératoire, le stade opératoire concret et le stade des opérations formelles. L'enfant passe par le développement et la coordination de ses capacités sensori-motrices pour accéder graduellement à la capacité de raisonnement formel et abstrait de l'adulte.

Pour Piaget, le développement de la cognition semble alors prendre son origine dans le développement des capacités motrices. Je vais donc tenter d'explicitier l'intérêt de la répétition dans la mise en place des schèmes sensori-moteurs et dans la structuration de la conscience corporelle chez l'enfant puis tenter de comprendre ce qui se joue chez l'adulte lorsqu'il y a une altération progressive de ces acquisitions.

4.1.1 L'approche de Piaget

L'enfant, et ensuite l'adulte, peut s'adapter à son environnement grâce à ce que Piaget appelle des « schèmes ». Il les définit comme étant « la structure ou l'organisation des actions, telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues » (cité par Thomas & Michel, 1994). Ces derniers peuvent être biologiques ou mentaux. C'est alors sous le principe de la répétition que le bébé réussira à attraper le jouet qu'il désire ou que l'adolescent pourra résoudre une opération mentale, allant tout d'abord d'un schème relativement simple au plus complexe.

Entre également en jeu selon Piaget les « mécanismes d'assimilation » et les « mécanismes d'accommodation ». L'assimilation est le processus qui consiste pour une personne « à assimiler et à comprendre les événements du monde, en faisant coïncider les spécificités de ces événements aux schèmes pré-existant[s] dans son esprit ». Le sujet cherche alors en lui ce qu'il y a de connu et les compare aux informations de son environnement. L'accommodation est lui le « processus d'altération des schèmes pré-existants permettant l'assimilation d'événements à priori incompréhensibles » (cité par Thomas & Michel, 1994). Ainsi, il peut transformer un schème déjà existant pour l'adapter aux sollicitations de son environnement.

Chez le petit enfant, le stade sensori-moteur est le stade de l'action et de l'expérimentation. Au travers de la répétition, les actions réflexes vont devenir des actions intentionnelles que Piaget va observer afin de comprendre le développement de la cognition. L'enfant a donc des schèmes que nous pourrions qualifier d'archaïques, par exemple téter, pleurer, plier les membres. Ceux-ci se complexifient lors de la période sensori-motrice, c'est-à-dire de la naissance jusqu'à environ deux ans. Elle se décompose elle-même d'après d'après Piaget et Inhelder en 1966 selon les six stades suivants (cité par Thomas & Michel, 1994) :

- l'enfant est en premier lieu soumis à ses réflexes ; il tète par exemple quand quelque chose touche sa bouche mais il ne peut pas coordonner de manière volontaire et dissocier ses actions avec les informations que lui donnent ses sens. Il est dans une motricité globale, les processus d'assimilation et d'accommodation se confondent ;

- le second stade est marqué par « l'acquisition progressive d'actions adaptatives résultant de son expérience » et des réponses de son environnement. C'est une période où l'enfant répète inlassablement une même action. Piaget parle de « réactions circulaires primaires ». Cette action répétitive lui permet l'apprentissage de nouvelles associations et l'acquisition des connaissances en lien avec son action. L'accommodation lui permet alors de redécouvrir un acte et d'élargir son champ d'expérience. À ce stade, ces comportements se réalisent indépendamment de la conscience du milieu extérieur ;

- le troisième stade est marqué par « les réactions circulaires secondaires ». Le bébé commence à percevoir un environnement extérieur conscientisé. Les comportements répétitifs sont de plus en plus réalisés de manière volontaire lors de la découverte, par hasard, d'une action qui lui a procuré de la satisfaction ;

- le quatrième stade « marque l'émergence de vrais actes d'intelligence » entre huit et douze mois. C'est le stade où l'enfant développe la permanence de l'objet : il commence à chercher les objets qui sont hors de son champ de vision et à comprendre la relation de cause à effet. Ainsi, le comportement de l'enfant peut « être qualifié d'intentionnel et marque le début de l'intelligence pratique qui consiste à se fixer des objectifs et à utiliser les schèmes disponibles comme moyens pour les réaliser » ;

- lors du cinquième stade, les « réactions circulaires tertiaires » apparaissent. Elles consistent en une « répétition de faits originaux sous une forme modifiée ». L'enfant ayant

assimilé un certain nombre de schèmes avec une certaine invariance, il va maintenant porter son attention sur les nouveaux objets et événements qui diffèrent de ce qu'il a déjà expérimenté. Par accommodation, l'enfant peut alors remodeler ses schèmes et en construire de nouveaux plus adaptés à la situation à laquelle il doit faire face. C'est également à ce stade que l'enfant conscientise sa relation avec les objets : elle n'est plus vécue comme des sensations isolées intervenant dans son univers, il peut désormais y mettre du lien ;

- le dernier stade de la période sensori-motrice montre la mise en place de l'imagination chez l'enfant et sa capacité à résoudre des problèmes en se les représentant mentalement. C'est ce qui va lui permettre progressivement l'accès au langage et le passage à la période de pensée pré-opératoire.

Pour Piaget, la répétition de l'expérience dans ce premier stade semble alors être chez l'enfant un moyen d'accès à la compréhension de son univers, à ses possibilités d'actions et d'expression sur celui-ci, c'est-à-dire l'accès à une motricité pensée et représentée. Au travers du mouvement et des perceptions qui l'accompagnent, l'enfant acquiert donc une première intelligence qui lui donne accès à la symbolisation et surtout à l'intersubjectivité.

4.1.2 La Théorie Dynamique des Systèmes (TDS)

D'autres approches comme la TDS, étudiée par Thelen et Smith (cité par Jouen & Molina, 2007), considèrent que « la pensée (la cognition) et le comportement (l'action) se trouvent délicatement assemblés dans un même pattern dynamique ». Ce pattern, ou modèle, est dépendant de la tâche réalisée, de l'activation neuronale et physiologique du sujet et de son environnement passé et actuel. Dans cette approche, le développement se fait sur la base des apprentissages. Par exemple, lorsque le bébé bouge, il expérimente les informations proprioceptives générées par le mouvement ainsi que les notions spatio-temporelles : « chaque activité spontanée et répétée est l'occasion pour l'enfant d'apprendre quelque chose au sujet de son système perceptivo-moteur et des relations que celui-ci entretient avec son environnement ».

Dans l'expérience « l'erreur A non B » qui consiste, pour un bébé de 9-12 mois, à retourner chercher dans un endroit A, utilisé au préalable comme cache et de nombreuses fois sollicité, un objet caché sous ses yeux dans un endroit B, les auteurs montrent que, dans

la répétition du geste vers la cible A, la trajectoire du geste est de plus en plus précise et directe. La répétition permettrait alors de stabiliser ce pattern et il semblerait que le sujet sélectionne ce « pattern moteur stable » plutôt que d'en élaborer un nouveau pour se rendre vers la cible B. Pour Thelen et Smith (cité par Jouen & Molina, 2007), « la répétition tend à former une mémoire motrice, laquelle serait renforcée par l'activation de patterns d'activation neuronaux spécifiques au contexte perceptivo-moteur de cette tâche ».

Cependant, Thelen en 1979 et en 1985 (cité par Jouen & Molina, 2007) se pose la question du passage des mouvements spontanés du bébé aux mouvements intentionnels. L'auteur métaphorise le mouvement spontané comme un ressort où le bébé en expérimente les différentes valeurs. Il se construit alors un répertoire d'actions sensori-motrices variables qu'il va ensuite pouvoir sélectionner selon sa volonté et qui lui permettra d'atteindre un but.

La TDS montre alors que la répétition est à la fois importante pour assurer une base solide à laquelle le bébé peut ensuite ajouter de la variabilité mais également dans la construction d'une mémoire motrice sur laquelle il pourra s'appuyer lors de sa vie adulte.

4.1.3 Les apports de Bullinger

Bullinger (2007) s'accorde lui aussi sur l'importance de la répétition de l'expérience et apporte une certaine complémentarité à l'approche Piagétienne. Pour lui, le tonus est la base du mouvement, des émotions et de la communication non-verbale. Au cours de son développement, le bébé apprend à maîtriser son tonus afin de pouvoir être en accordage avec son environnement et donc répondre aux stimulations externes et aux effets internes de son organisme.

Cet apprentissage se réalise donc au travers de la répétition des états de vigilance du bébé, de ce que Bullinger appelle les flux sensoriels et des interactions avec son milieu humain.

Selon Prechtl en 1974 (cité par Bullinger, 2007, p. 34), les états de vigilance sont « des configurations de comportements permettant de déterminer à quel niveau de conscience se trouve le nouveau-né à un moment particulier du temps ». C'est donc une traduction de l'état de disponibilité du bébé qui varie selon les stimulations extérieures. Le passage d'un état à un autre est régi par le principe du « tout ou rien », c'est-à-dire qu'une

stimulation de l'environnement peut venir modifier instantanément l'état tonique de l'enfant. Il peut s'agir d'un objet qui tombe au sol et provoque un bruit sourd ou bien la mère qui entre en interaction avec lui.

Le second système de régulation est lié aux flux sensoriels. Bullinger décrit alors les flux gravitaires, tactiles, olfactifs, sonores et visuels. Ces signaux de l'environnement, continus et orientés, peuvent être perçus par les différents systèmes sensoriels archaïques. Ainsi, la première réaction de l'enfant est une réaction d'alerte qui va modifier l'état tonique de l'ensemble du corps. Bullinger observe ensuite une réaction d'orientation qui va diriger son attention vers la source du flux ou bien à son opposé pour s'en éloigner. À force de répétition, une coordination se crée entre les premières réactions toniques archaïques et celles plus récentes. « Ces interactions sont spécifiées par les modalités sensori-motrices et permettent que se forment des habitudes » (Bullinger, 2007, p. 31). L'enfant s'habitue donc aux flux, peut se réguler de mieux en mieux et se préparer toniquement à des conduites d'explorations ou de manipulations. Au travers de la répétition des flux puis de leur variation, l'enfant construit donc des conduites instrumentales de plus en plus organisées, c'est-à-dire des compétences sensori-motrices lui permettant d'utiliser son corps comme outil pour agir sur l'environnement. C'est ensuite dans la répétition du geste que l'enfant peut affiner le contrôle et susciter « “ici et maintenant” un ensemble de sensation qui permettent de constituer, pendant l'acte lui-même, une configuration sensori-tonique qui est une première représentation de l'organisme en action » (Bullinger, 2007, p. 32).

Enfin, le milieu humain joue également un rôle très important dans la régulation tonique de l'enfant. Dans cette interaction, l'adulte « métabolise » les réactions toniques de l'enfant et leur donne du sens afin qu'il ne se sente pas complètement désorganisé. Bullinger nous dit que c'est « ce qui va constituer la face externe de l'enveloppe corporelle » (2007, p. 36). Par exemple, si un objet tombe au sol et que l'enfant sursaute, l'adulte peut venir le rassurer au travers de ses paroles et de ses gestes.

Toutes ces interactions répétitives avec son environnement vont permettre à l'enfant de construire des premières représentations, sensori-motrices, qui lui serviront ensuite d'appuis pour construire ses conduites instrumentales, ses possibilités d'actions et d'expressions.

4.2 En tant qu'étape du développement psychique

Nous venons de le voir au travers des apports de Bullinger, le milieu humain est d'une importance certaine dans le développement moteur et psychique de l'enfant. Cependant, la construction de son enveloppe corporelle ne se fait pas seulement par le biais de la maîtrise de sa régulation tonique.

Au tout début de sa vie, le bébé est dans une situation de dépendance absolue vis-à-vis de son entourage. Il n'a conscience ni de ses limites corporelles ni de celles des autres. De plus, il est sujet à de nombreuses angoisses principalement liées à ses états physiologiques. Selon Winnicott (1956/2007), la mère va répondre aux besoins de son enfant par « la préoccupation maternelle primaire », c'est-à-dire au travers de sa capacité à être en résonnance avec son enfant, à s'identifier à lui pour le comprendre et répondre à ses besoins. Autour de cette préoccupation, Winnicott identifie trois fonctions maternelles qui vont venir nourrir la dyade mère-enfant et l'existence psychosomatique de celui-ci :

- le *holding* ; elle désigne tous les soins que la mère porte à son enfant et sa capacité à apaiser ses angoisses physiques (portage, bercements) mais aussi psychiques dans sa capacité à penser les émotions de son enfant. Par cette fonction, couplée au développement sensori-moteur, l'enfant apprend à reconnaître ce qu'il ressent. Cette fonction est donc fondamentale dans l'intégration de son Moi.

- le *handling* ; elle désigne la manipulation physique du bébé et participe à la délimitation de son enveloppe corporelle. La répétition et la régularité des soins donnés par la mère viennent faire trace à la surface de la peau et s'inscrire dans la mémoire corporelle de l'enfant. Chaque manipulation fait alors apparaître à la conscience la partie manipulée.

- l'*object presenting* ; c'est la manière dont la mère présente le monde à l'enfant. En étant là au bon moment, elle permet à l'enfant d'attribuer une existence réelle de l'extérieur mais aussi d'éprouver l'illusion qu'il crée l'objet.

Ainsi, ces trois fonctions viennent construire progressivement un sentiment d'existence en favorisant l'émergence d'un vrai-self (Winnicott et al., 1956/2007). Cependant, elles viennent également soutenir la construction d'un sentiment d'intériorité en servant de support à l'émergence du Moi-peau développé par Anzieu (cité par Cupa, 2006) dont la fonction première est de proposer une première forme de délimitation entre le Moi

et son environnement. La peau forme un « sac » qui l'unifie mais qui permet aussi des échanges entre son environnement extérieur et ses vécus internes. Ainsi, Anzieu décrit huit fonctions au Moi-peau : la maintenance, la contenance, la pare-excitation, l'individuation, l'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et l'inscription des traces. Je vais ici développer celle qui nous intéresse le plus pour ce mémoire (Cupa, 2006) :

- la fonction de maintenance du psychisme : cette fonction est en lien avec le *holding* de Winnicott. La manière dont la mère porte son enfant va influencer la possibilité pour lui d'intérioriser un sentiment d'unité et de solidité. La peau enveloppe ses os et ses muscles, l'enfant peut alors petit à petit comprendre que son psychisme n'est pas lié à celui de sa mère mais complètement en lui ;

- la fonction de contenance : la peau contient aussi les organes et, en lien avec le *handling* de Winnicott, elle contient des pulsions (pensées, émotions, affects) que sa mère traduit et transforme dans son propre monde interne avant de les restituer au bébé de manière plus représentable au travers de gestes et de vocalises. Elle donne le sentiment de continuité du Soi ;

- la fonction de pare-excitation : la mère protège l'enfant contre les agressions physiques et l'excès de stimulation jusqu'à ce que celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction ;

- la fonction d'individuation : cette fonction permet à l'enfant de se voir comme un sujet unique avec ses propres caractéristiques intrinsèques (couleur de la peau, texture, odeur) ;

- la fonction d'intersensorialité : le Moi-peau est une surface qui relie les diverses sensations et permet de faire du lien entre elles, de leur donner un sens commun, en grande partie à travers le touché ;

- l'inscription des traces : en lien avec l'*object presenting* de Winnicott, cette fonction permet l'enregistrement de la trace des interactions entre l'environnement de l'enfant et son corps. La peau en garderait une trace plus ou moins réelle.

Toutes ces fonctions sont régies par le principe de la répétition de l'expérience. L'enfant subit dans son environnement des éléments, des stimulations trop fortes qu'il n'est

pas encore en capacité de contenir ou de transformer. C'est alors la mère, dans son rôle de « mère suffisamment bonne » de venir s'accorder avec son enfant et d'élaborer pour lui ses vécus. Ce mouvement est nommé par Bion « identification projective » (cité par Bronstein, 2012). Pour lui, il est non pathologique. C'est un transfert vers la mère des vécus psychiques bruts de l'enfant qui, par la « rêverie maternelle », par sa capacité à lui offrir compréhension, bienveillance et amour, accepte de recevoir ces vécus, de les transformer et les traduire pour lui (Bion cité par Bronstein, 2012).

Ensuite, lorsque l'enfant sera lui-même capable de transformer et de comprendre les situations environnementales, c'est toujours au travers de la répétition qu'il procèdera. Par exemple, pour Wallon, l'activité de répétition « retire à l'émotion la part du réel représenté » (cité par Bullinger, 2007, p. 51). Par cette phrase, il nous explique que, tant que le geste qui provoque l'émotion n'a pas été suffisamment effectué, l'enfant ne peut s'en faire une représentation solide et stable pour élaborer de nouvelles actions.

4.3 Qui alimente une mémoire pour le corps

La mémoire du corps est appelée mémoire procédurale. C'est une forme de mémoire non-déclarative, à long terme, inconsciente, qui ne concerne que les mouvements. C'est principalement en cela qu'elle se différencie de la mémoire déclarative qui est, elle, une mémoire explicite qui permet le stockage et la restitution d'informations qu'un sujet peut faire émerger consciemment. La mémoire procédurale correspond donc à la mémoire des savoir-faire, des habiletés gestuelles, des habitudes sensori-motrices et des automatismes inconscients. Ceux-ci sont « soit de programmes moteurs (programmations de la marche, de la natation...), soit des programmes cognitifs (procédures mises en œuvre pour comprendre, pour lire...) » (Rossi, 2005). Ils correspondent donc aux schèmes sensori-moteurs de Piaget. Ils ont fait l'objet d'apprentissages au travers de la répétition puis sont devenus des automatismes qui peuvent être déclenchés et se dérouler sans l'intervention de l'attention consciente. Selon Rossi (2005), ces programmes, moteurs ou cognitifs, n'ont pas besoin d'être verbalisés pour être stockés.

Selon Schore (cité par Tonella, 2010), seule la mémoire procédurale est présente au cours de la première année au travers de processus de maturation neurologique. La mémoire déclarative ne commence à se développer qu'à partir de la deuxième année de vie de l'enfant.

Ainsi, dans cette première année, « les expériences sensori-perceptives, émotionnelles, motrices, interactionnelles sont encodées [...] sans représentations mentales associées ». Ces expériences, ces « états », ne peuvent donc être que viscérales, sensorielles ou émotionnelles.

Ainsi, la mémoire procédurale inscrit dès la naissance les expériences du bébé. Les sensations répétitives sont progressivement encodées sous forme de perceptions au niveau de l'hémisphère droit, spécialisé dans le traitement des informations corporelles. Elles donnent alors au sujet « le sentiment d'habiter un Soi corporel personnel et/ou l'impression diffuse d'être habité par des constellations non-Soi, non intégrées et aliénantes » (Tonella, 2010). La mémoire procédurale est donc un des maillons de la chaîne sensation-perception-mouvement qui permet au sujet d'être acteur dans son environnement.

Lorsque l'enfant grandit, de nouvelles expériences, de nouveaux apprentissages, de nouveaux schèmes sensori-moteurs continuent d'être encodés dans la mémoire procédurale mais les anciennes expériences peuvent elles aussi resurgir dans une situation propice. En effet, l'empreinte de ces expériences a été conservée dans des systèmes sous-corticaux et, cela, pour la vie entière : le corps se souvient. La répétition est alors un soutien au retour du familier tout comme elle peut être une défense face aux traumatismes marquant de la vie. Face à cela, la répétition peut donc, en lien avec la créativité, le jeu, le travail psychothérapeutique, « participer de la construction ou reconstruction identitaire de la personne » (Costantino et al., 2017).

5 La mémoire motrice dans la pathologie

Gros (2017) relate l'histoire d'Henry Molaison, américain de vingt-sept ans, qui souffre d'amnésie antérograde et d'amnésie rétrograde, à la suite d'une opération destinée à soigner son épilepsie en 1953. Celui-ci est incapable de former de nouveaux souvenirs, de savoir s'il a faim, sommeil ou mal et il ne se souvient pas des onze dernières années de sa vie. Lors de l'opération, le chirurgien a retiré des foyers épileptiques au niveau des hippocampes et dans des tissus environnants des lobes temporaux. Il devient ensuite le sujet de nombreuses études sur la mémoire car Henry Molaison ne peut mémoriser des informations de manière explicite mais peut mémoriser des informations implicites, notamment motrices. Il peut par exemple retenir le plan de sa nouvelle maison, se reconnaître dans un miroir ou se souvenir du décès de ses parents. Les chercheurs attribuent cette

possibilité au fait que ces informations soient répétitives et/ou associées à une forte charge émotionnelle. De plus, une partie de sa mémoire à court terme est conservée mais nécessite une répétition constante.

Cette étude a permis une grande avancée dans la compréhension du fonctionnement et des structures impliquées dans la mémoire mais elle nous intéresse ici car, malgré les lésions causées par l'opération, c'est la mémoire procédurale, la première qui naît en même temps que le bébé, qui a été la mieux conservée. Il semblerait donc qu'elle n'implique pas les mêmes processus que la mémoire explicite.

Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles de la mémoire sont parmi les symptômes les plus précoces et fréquents. C'est pourquoi de nombreuses études se sont portées vers cette démence afin de comprendre comment se développent ces troubles et comment nous pouvons y pallier. À l'heure actuelle, la seule certitude des neuropsychologues est que tous les systèmes de la mémoire ne sont pas affectés de la même manière par la maladie et leur déficit serait en lien avec un dysfonctionnement des fonctions exécutives (Desgranges et al. cité par Giffard et al., 2001).

Ainsi, le vieillissement normal et le vieillissement pathologique « semblent affecter de façon préférentielle les mêmes systèmes mnésiques, à savoir la mémoire épisodique et la mémoire de travail » (Giffard et al., 2001). Même si le degré et la nature de l'atteinte est bien différente dans le vieillissement pathologique, les auteurs s'accordent à dire que les mémoires déclaratives semblent davantage affectées que les mémoires non-déclaratives dont la mémoire procédurale fait partie, surtout en ce qui concerne les processus perceptifs et moteurs simples.

D'autres études sur le syndrome amnésique (Jouhet, 1993) montrent que des sujets qui ne peuvent plus rien mémoriser sont « paradoxalement [...] capables d'apprentissages, de fixations ». Par exemple, des sujets étaient capables d'apprendre la poterie, la fabrication de vitraux mais déclaraient ne jamais avoir appris ces savoir-faire. Ils ne semblaient pas garder « le souvenir (conscient) de leurs apprentissages, du contexte temporel et spatial de leurs acquisitions ». L'auteur nous apporte aussi un autre exemple avec le rappel d'une liste de mots : lorsqu'il est demandé à un sujet de rappeler cette liste, il ne se souvient pas l'avoir vu. Pourtant, lorsqu'il lui est demandé de compléter les trois premières lettres de mots avec les premiers termes qui lui vient à l'esprit, le sujet les complète avec les premiers mots de la

liste. Pour l'auteur, « la recherche consciente est dans ce cas un obstacle à la restitution du matériel ». Le sujet montre davantage de possibilité de rappel mnésique lorsque l'attention est détournée de l'objectif principal et des processus de remémoration habituels.

6 Conclusion

Le travail thérapeutique en psychomotricité ne consiste donc pas forcément à construire de nouvelles connaissances mais plutôt à entretenir ou à remobiliser la sphère sensorielle, les schèmes moteurs premiers et de la construction du sentiment d'unité. En supposant que ceux-ci créent leurs racines au sein de la mémoire procédurale, il semblerait que nous ayons la possibilité de compenser des pertes liées à la maladie en la réactivant. La répétition serait alors un support à l'élaboration des moyens de connaissance dont la place et l'importance varient selon les tâches auxquelles le sujet est engagé.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Après la présentation clinique du cas de Dominique et des apports théoriques qui me semblaient étayant pour ce cas, je vais ici tenter de transmettre le cheminement de ma réflexion de la manière la plus exacte possible. Pour cela, je m'appuierai sur la manière dont nous nous sommes servies de la répétition avec ma maître de stage, tant sur le versant du cadre thérapeutique que du contenu des séances pour permettre à Dominique de pouvoir prendre appui sur ses capacités, stockées dans sa mémoire procédurale. Je tenterai ensuite de montrer comment nous avons progressivement apporté des variations qui lui ont permis de progresser légèrement dans ses perceptions corporelles et environnementales mais aussi dans sa possibilité de se rendre actrice dans son environnement. Dans cette prise en charge, Dominique semble doucement réinvestir un corps qui, selon elle, la rend « embêtante » vis-à-vis de ses proches.

1 D'une répétition à l'autre

Tandis que les séances avec les enfants du cabinet nous amène à proposer une diversité extraordinaire d'activités pour travailler autour d'un même projet thérapeutique, j'ai l'impression de reproduire sans cesse la même chose avec Dominique. Pourtant, pour elle, nos propositions semblent toujours nouvelles. Alors, qu'est ce qui est répétitif pour elle et qu'est ce qui l'est pour moi ?

En fait, j'ai réalisé que le terme de « répétition » supposait davantage une comparaison de ce qui est déjà connu. Piaget (cité par Thomas & Michel, 1994) parle lui des « réactions circulaires tertiaires » du stade sensori-moteur où l'enfant a acquis un comportement moteur stable et cherche à le développer davantage pour en acquérir de nouveaux plus complexes. Le sujet met donc un système de comparaison entre ce qui lui est familier et la situation nouvelle afin de pouvoir se l'approprier. Lorsque nous répétons les axes de travail avec le même type d'exercice chaque semaine et que nous tentons de répéter les expériences passées de Dominique, nous mettons en place ce système inconscient de comparaison. Nous entrons alors à la fois dans la répétition du même qui serait plutôt

synonyme de ressemblance et la répétition de l'identique qui serait, elle, synonyme d'objet semblable.

De plus, selon le principe de plaisir développé par Freud, la répétition du même serait davantage rattachée à la pulsion de vie et la répétition à l'identique à la pulsion de mort. Elles seraient toutes deux mêlées pendant la vie adulte mais qui sembleraient se délier à l'approche de la crise de la fin de vie (cité par de M'Uzan, 2017). En permettant à Dominique de faire ses propres comparaisons sur ses expériences, nous tentons donc de l'amener à retrouver une certaine homéostasie pulsionnelle, c'est-à-dire son élan vital.

Comme nous l'avons vu dans la deuxième partie au travers de la théorie piagétienne, de la théorie dynamique des systèmes ou encore au travers de la répétition des flux sensoriels de Bullinger, la répétition de l'identique est indispensable au processus de développement cognitif et affectif de l'enfant. En étant liée à la pulsion de mort, elle permet de diminuer l'excitation générée par l'élaboration de la répétition du même qui, elle, donne accès à de nouveaux comportements, de nouvelles possibilités d'actions sur l'environnement une fois qu'ils ont été suffisamment pratiqués pour être automatisés. Ensemble, elles permettent donc au sujet de franchir les étapes de la vie. Le passage d'une répétition à l'identique à une répétition du même peut se faire par l'intervention externe de la mère pendant l'enfance ou bien du thérapeute, au travers de la surprise ou de la variation, lorsque le sujet n'a pas les ressources pour effectuer ce processus seul.

Cependant, cette répétition de l'identique peut être pathologique et enfermante car « totalement invariante, [...] synonyme de stérilité sans appel » (Danon-Boileau, 2017). Par exemple, il n'est pas rare de voir des comportements répétitifs dans la démence qui sont tout autant enfermants que les comportements stéréotypés de l'enfant autiste. Au travers de sons, de gestes, d'un mot, d'une question, le sujet se décharge inlassablement d'un traumatisme qui surgit à la conscience mais que son appareil psychique ne peut pas traiter.

Dominique semble vivre cette répétition chaque nouvelle semaine lorsqu'elle arrive en séance ou au sein d'une même séance lorsqu'elle découvre ma présence dans son dos. Elle semble vivre chaque moment comme identique au précédent, ayant perdu conscience de l'existence de l'instant d'avant.

Afin de retrouver un équilibre entre ces pulsions, il est donc nécessaire de revenir à une répétition de l'identique pour que Dominique puisse retrouver en elle des appuis stables,

des expériences qu'elle a déjà acquises dans son enfance et qu'elle retrouve en elle la solidité de l'ancien, de l'archaïque. C'est ensuite à nous, en tant que thérapeute, de l'accompagner dans une remémoration de ses vécus puis dans leurs variations. Elle pourrait ainsi retrouver une pensée et un corps en action.

2 Le corps se souvient si la situation thérapeutique l'y incite

2.1 Le cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique est ce qui régit le processus soignant. Nous le construisons tout d'abord à partir de notre formation de psychomotricien où il nous est donné la possibilité d'intégrer notre propre corps, nos éprouvés corporels, nos mouvements ou encore notre investissement spatial et temporel. C'est sur ces connaissances que nous avons de nous-même et par la relation avec nos patients que se construit une première base d'un cadre qui se veut thérapeutique.

Il s'élabore également selon des invariants qui sont, eux, dépendants de la structure d'accueil et de nos patients. Cependant, ces invariants se doivent d'être perméables afin de ne pas rendre l'espace complètement fermé et que les possibilités d'évolution du sujet ne soient pas seulement contenus à la salle de psychomotricité.

2.1.1 Des invariants

Selon Potel (2019), le cadre s'élabore avec des conditions d'espace : « pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices [pour] se vivre dans son corps ». Il se doit donc d'être suffisamment sécurisant afin que nos patients puissent découvrir et explorer de nouvelles expériences sensori-motrices, cognitives ou encore affectives.

Pour Dominique, c'est d'autant plus important, car lorsqu'elle vient en séance de psychomotricité accompagnée de sa fille, il s'agit chaque semaine d'un nouveau lieu pour elle, d'une nouvelle découverte. C'est alors souvent au cours du suivi que je l'accompagne

à mon bras sur le chemin de la salle d'attente jusqu'à une chaise du bureau afin qu'elle puisse se distancer de ses difficultés dans la marche pour trouver ses repères spatiaux dans la salle.

Aussi, au cours de la séance, nos propositions mettent souvent Dominique en déséquilibre, il est alors nécessaire qu'elle puisse repérer les différents lieux de la salle comme le coin bureau ou les tapis au sol qui sont des espaces délimités et fixes afin de pouvoir se construire des repères stables et l'esquisse d'un sentiment de sécurité.

Pour se construire des repères, il est également nécessaire que le cadre s'appuie sur un socle temporel. Pour Dominique, venir chaque lundi matin en séance est un invariant qui peut lui permettre de se situer dans le temps. Même si elle ne se souvient généralement pas d'être venue d'une semaine sur l'autre, il est arrivé que Dominique nous exprime un sentiment de déjà vu et de reconnaissance des lieux. En sortant de la voiture avec sa fille, elle avait pu reconnaître le bâtiment et le fait d'être déjà venue à plusieurs reprises dans ce lieu.

Pour que Dominique puisse se saisir de cette prise en charge, la régularité est un facteur très important. Aussi, avoir découpé les séances avec des temps distincts permet de ne pas instaurer trop de surprise. Cette dernière pourrait être trop déconcertante et désorienter Dominique. Ainsi, passer de la salle d'attente au bureau, du bureau aux exercices d'équilibre au centre de la pièce puis aller se mettre au sol sur les tapis pour un temps de toucher thérapeutique avant de fournir un effort final pour retrouver la verticalité sont tous des temps forts dans les séances sur lesquels Dominique peut s'appuyer. Cet enchaînement est aussi rythmé sur des temps de repos afin qu'elle puisse retrouver une homéostasie qui lui est propre sans être trop sollicitée par nos propositions. Ce sont également des temps d'échanges qui nous permettent de lui annoncer la suite de nos propositions. C'est alors à nous de mesurer la somme d'informations, de détails que nous lui transmettons. En effet, du fait de ses troubles de la mémoire, Dominique ne peut retenir que des consignes simples et courtes. En donnant trop d'informations sur la suite de la séance, nous sentions que Dominique avait tendance à se tendre, à être inquiète de ne pas pouvoir tout retenir.

En ce qui concerne le matériel que nous utilisons en séance, Potel (2019) nous dit que « le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets [...] qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire ». J'ajouterais également que le corps du psychomotricien est lui-même un objet sur lequel le

patient va pouvoir s'appuyer. Dans le cas de Dominique, il me semble que c'est sur nous qu'elle vient s'appuyer en premier lieu plutôt que sur le matériel que nous pouvons utiliser. Lorsque, avec ma maître de stage, nous tentions au début du suivi de comprendre, d'écouter ce qu'elle semblait vivre dans son corps, de trouver ses préférences entre une balle à picot et une balle lisse, entre un toucher direct plus ou moins profond ou un toucher par le biais du drap, c'est d'abord sur nous qu'elle semblait s'appuyer pour se sentir suffisamment en sécurité pour s'ériger et se mouvoir.

Enfin, pour qu'un cadre thérapeutique soit solide, il nécessite des règles. Elles sont propres à chaque professionnel et instaurées avec le patient pour le bon déroulement d'une séance et le maintien d'un climat sain de confiance. Avec Dominique, il était souvent nécessaire de lui rappeler de nous dire si un toucher ou une mobilisation lui provoquait une douleur afin que nous puissions adapter la situation pour son confort. En effet, elle avait tendance à grimacer pendant le toucher thérapeutique si nous passions sur une zone douloureuse mais elle ne s'autorisait jamais à nous communiquer verbalement cette douleur. Ce rappel se faisait généralement avec un peu d'humour mais il n'enlevait pas toute l'importance de cette règle. De plus, l'aborder sur ce versant semblait permettre à Dominique de se sentir plus libre, plus spontanée et donc moins dans un souci de bien faire pour les autres.

Ainsi, par sa solidité, sa contenance et sa permanence, le cadre thérapeutique permet à Dominique de trouver des repères précis, rassurants et une certaine continuité dans cet environnement qui l'amène souvent à se confronter à ses difficultés. Cependant, ce cadre se doit également de garder une capacité d'ouverture, d'être malléable.

2.1.2 La perméabilité du cadre

Pour que le cadre reste un soutien, la capacité d'attention et d'écoute du patient de la part du psychomotricien est essentielle. Ainsi, nous avons pu, certains jours, changer nos axes de travail si Dominique était trop fatiguée, si elle présentait des douleurs et même parfois selon les envies qu'elle pouvait nous exprimer.

La perméabilité du cadre a par ailleurs permis que je puisse rapidement quitter ma place d'observatrice et parfois amener mes propres propositions, idées, sans que Dominique

n'en soit déstabilisée. Cela lui a, au contraire, permis un soutien supplémentaire. Je devenais au fur et à mesure un pilier supplémentaire sur lequel Dominique pouvait prendre de plus en plus appui. De plus, par la relation chaleureuse que nous étions en train de construire, elle nourrissait chez moi le besoin d'être contenante. J'acceptais de lui prêter mon appareil à penser afin qu'elle puisse intégrer petit à petit ses propres représentations, selon le principe de l'identification projective développée par Bion (cité par Bronstein, 2012). Cependant, chez l'adulte, l'identification est un mécanisme de défense souvent utilisé pour protéger son Moi des angoisses. Il est donc nécessaire de l'en écarter doucement afin de ne pas provoquer de cassures ou de désorganisations psychiques chez le patient.

Je pense également à la crise sanitaire que nous traversons actuellement et la pause dans le suivi qu'elle engendre. Sans cette perméabilité du cadre, la coupure nette du suivi aurait pu être extrêmement dommageable pour Dominique, avec des conséquences physiques et psychiques potentiellement graves. Cependant, nous avons pu nous adapter et nous appuyer sur les capacités que Dominique avait déjà acquises au cours du suivi. En ayant pu se représenter une partie de ses expériences, elle avait moins besoin de soutien. Il s'agissait alors ensuite de pouvoir les maintenir.

Pendant cette crise sanitaire, c'est son entourage qui a spontanément pris ce rôle en se montrant très stimulant pour Dominique. Au travers des balades quotidiennes, ils ont alors continué le travail sur l'intégration de la canne dans le schéma de marche, nous signalant une évolution très positive. Sa fille a pu nous dire qu'ils étaient moins dans l'appréhension d'une chute.

De plus, la régression de ses capacités que nous avons constaté au mois de janvier ne s'est pas poursuivie. Françoise décrit sa mère comme bien présente à ce qui se passe autour d'elle et les troubles de la marche et de l'équilibre ne s'aggravent pas.

Le cadre thérapeutique se doit donc d'être perméable tout d'abord à l'évolution du patient dans le suivi mais également pour être remodelé et adapté à l'émergence d'événements imprévisibles sans que cela ne provoque une forte phase de régression ou de désorientation chez le sujet. Les repères et la souplesse que Dominique peut trouver dans ce cadre lui permettent ainsi de pouvoir s'investir corporellement et psychiquement dans ses perceptions, ses mouvements et vers une certaine revalorisation narcissique de son identité.

2.1.3 Les fonctions du cadre solidifiées par la répétition

Le cadre thérapeutique est une nécessité pour chacun de nos patients. Pour Dominique, il est une base solide sur laquelle elle peut s'appuyer, se sentir en confiance et dans une certaine continuité tandis que ses troubles morcellent ses repères spatiaux, temporels et corporels. Il est un support de la mémorisation et un garant de la réalité nécessaire pour lui apporter un minimum de repères.

Sa construction fait émerger des fonctions que j'aimerais développer ici. Elles sont non sans rappeler les fonctions de la mère dans le développement psychique de son enfant.

En effet, la contenance et la maintenance du cadre, que nous pouvons mettre en parallèle aux fonctions du Moi-peau de Anzieu (cité par Cupa, 2006), permettent de « contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoqué dans nos espaces thérapeutiques » (Potel Baranes, 2019). Le cadre, couplé au psychomotricien, se voudrait alors comme une seconde peau qui viendrait soutenir, combler les défaillances du Moi-peau du patient. Il le protège des agressions extérieures mais aussi internes. Ainsi, dans un espace sécurisé, Dominique peut avoir la possibilité de faire ses propres expérimentations, d'y déposer ses angoisses, sa problématique mais également les bons éléments. Le psychomotricien serait un soutien à ces expériences comme la mère au travers du *handling* de Winnicott (1956/2007). Il ne reste pas immobile, il s'engage corporellement et psychiquement avec le patient.

La fonction limitante du cadre, que nous pourrions mettre en parallèle avec la fonction de pare-excitation du Moi-peau (Anzieu cité par Cupa, 2006) permet de trouver des repères spatio-temporaux notamment dans la délimitation de l'espace thérapeutique et la vie à l'extérieur, c'est-à-dire entre le dedans et le dehors d'un point de vue général mais aussi en ce qui concerne les limites du corps. Elle permettrait de remplir la fonction de tiers afin que le patient puisse se séparer, s'individualiser.

Le cadre permet également ici la reviviscence du processus de symbolisation et donc la possibilité de représentation pour Dominique. En effet, en mettant du sens sur ce qu'elle nous renvoie de sa posture ou encore de son état de tension corporelle, nous pouvons l'accompagner dans l'accès à la symbolisation. Le manque de perception de son propre corps ne lui permet pas de se représenter les stimulations internes et externes qui l'assaillent ; c'est

donc au travers de l’alliage des deux fonctions précédentes que Dominique peut se saisir de cette troisième.

Selon le même principe montrant que la répétition permet l’acquisition progressive d’une pensée et par extension d’une action sur l’environnement, elle permet également d’étayer les fonctions du cadre thérapeutique. Chaque patient se saisit différemment de ces fonctions et selon une intensité qui leur est propre. Ici, la stabilité et la progression de Dominique s’appuient sur une répétition forte et solide de la maintenance et de la contenance du cadre. Un des objectifs est qu’elle puisse alors s’en détacher de plus en plus car elle aura retrouvé en elle la maintenance et la contenance suffisantes pour se sentir en sécurité.

2.2 La répétition de l’expérience

Comme je l’ai développé dans la partie théorique, le sujet se construit corporellement et psychiquement au travers des différents processus de développement et par la répétition de chacun. Celle-ci lui permet de se construire une mémoire corporelle et psychique qui va le suivre tout au long de sa vie et sera le lieu de nombreux automatismes corporels et émotionnels. Nous savons, par exemple, porter une fourchette à notre bouche sans devoir réfléchir à toutes les étapes du mouvement ou encore réagir à une stimulation de manière adaptée car nous l’avons déjà perçue par le passé et que nous en maîtrisons les impacts sur notre intégrité.

Avec Dominique, nous tentons de réactiver sa mémoire corporelle afin qu’elle puisse retrouver des automatismes de perception et d’action en venant répéter des stimulations sensorielles. Ainsi, nous avons espoir de ralentir la régression de ses capacités qui l’amène doucement vers une transformation en statut de pierre qui ne sent plus, ne perçoit plus et ne se bouge plus.

2.2.1 Reproduire des schèmes antérieurement acquis

Lors des premières séances avec Dominique, j’ai été particulièrement surprise par l’absence de réactions parachutes et de réflexe postural. Ces réflexes archaïques sont normalement ce qui nous empêche de tomber ou de nous faire trop mal lorsque nous sommes

déséquilibrés. Je repense par exemple à ce moment où, assise sur le gros ballon, Dominique penche dangereusement sur le côté mais ne repère pas ce changement de position dans l'espace qui risque de l'amener involontairement au sol.

En débutant le suivi, ma maître de stage s'est rapidement rendue compte que l'absence de ces réflexes chez Dominique n'était pas directement causée par les lésions neurologiques des AVC mais plutôt à des difficultés pour se percevoir et orienter son attention sur les stimulations proprioceptives envoyées par son organisme. Il semblait cependant plus que nécessaire que Dominique entre dans un nouveau processus d'apprentissage mais les atteintes cérébrales des fonctions mnésiques le rendait impossible.

Ensuite, au travers de nos observations, nous avons pu constater que Dominique ne faisait preuve d'aucune spontanéité motrice. La rigidité dans ses déplacements comme dans l'immobilité me laissait grandement dubitative sur le type d'activité que nous pourrions lui proposer et sa possibilité de s'en saisir.

C'est sur ces réflexions que, dans un cadre suffisamment sécurisant et contenant pour Dominique, nous avons doucement mis en place des propositions de déséquilibre sur le principe de la répétition circulaire primaire du stade sensori-moteur de l'enfant de Piaget. Ainsi, nous avons espoir qu'en nous appuyant sur des expériences sensori-motrices que Dominique avait déjà expérimentées et acquises dans son développement, un élément viendrait refaire surface et réveiller sa mémoire motrice. Cela viendrait alors compenser ses défaillances mnésiques liées à sa démence vasculaire.

Nous avons tenté de créer un espace stimulant et contenant afin de venir travailler en premier lieu autour des conduites sensori-motrices, c'est-à-dire autour des fonctions instrumentales au travers des flux visuels, tactiles, proprioceptifs et vestibulaires.

Cependant, nous avons progressivement repéré que Dominique se servait peu des informations environnementales. Elle s'appuyait davantage sur notre présence à ses côtés, sur la relation, pour garder l'équilibre, se sentir ou se mouvoir. En effet, dans les exercices d'équilibre, de relever du sol ou les temps de conscience corporelle, Dominique cherchait souvent notre regard. Je percevais cette accroche comme une recherche d'approbation de sa part dans la tâche et vis-à-vis de sa recherche de « bien faire ». Cependant, je l'ai rapidement mis en lien avec son état de tension corporelle au même moment. Il m'a alors semblé

comprendre que Dominique ne cherchait pas une confirmation de sa capacité à bien faire mais un soutien dans la représentation de ses éprouvés à l'instant t.

Je fais ici référence à la notion d'identification projective développée par Bion (Bronstein, 2012) et le mouvement de *holding* de Winnicott (1956/2007) qui en a découlé et que j'ai développé précédemment. Notre regard, nos échanges verbaux, corporels et émotionnels, notre toucher qui viennent délimiter les contours de son corps, sa solidité, sont chacun des soins qui se sont naturellement mis en place pour répondre à un besoin que Dominique ne pouvait satisfaire seule : apaiser ses angoisses de chute, d'oubli et ses angoisses liées à sa désorientation spatio-temporelle. Nous avons maintenu cette fonction maternante tout au long du suivi. Dominique ne pouvait s'en éloigner sans qu'un sentiment d'insécurité ne réapparaisse. Même s'il s'agissait pour moi d'une forme de dépendance, ce mouvement lui a cependant permis de porter son attention vers ses sensations internes lors de nos différentes stimulations.

Lorsque nous demandions à Dominique de se tenir en équilibre sur un pied, de s'asseoir sur le gros ballon pendant que nous le faisons légèrement bouger ou encore de se relever du sol, notre but était de venir stimuler intensément les récepteurs vestibulaires, lui indiquant des changements de position. Ces mises en déséquilibre venaient alors étayer ses limites corporelles et la recherche d'appuis internes stables.

À travers le toucher thérapeutique direct ou avec une balle lisse, nous venions là créer une sensation proprioceptive qui, sur le mode de la fonction de *handling* de Winnicott amenait Dominique à percevoir les limites externes de son corps. Lors des premières propositions, ces stimulations avaient principalement lieu dans l'immobilité, Dominique étant soit allongée sur les tapis soit assise sur une chaise.

Ensuite, lorsque nous incitions Dominique à chaque fin de séance à se relever en passant par les NEM, nous tentions de reproduire le sentiment de sécurité qui traverse l'enfant et s'ancre de plus en plus à chaque nouvelle expérimentation réussie. De plus, si je m'appuie sur la TDS décrite précédemment, réveiller sa mémoire motrice au travers de cette séquence permettrait à Dominique de redécouvrir chaque position dans un espace différent. Aussi, en considérant que le développement se base sur de nouveaux apprentissages, apprendre à se relever du sol serait un moyen pour elle de continuer à se développer. Cela lui permettrait d'avoir un certain contrôle sur son environnement.

Au travers de cette répétition à l'identique, ou ce qui s'en rapproche le plus possible, Dominique a pu en quelques mois retrouver des appuis internes relativement stables et une capacité à se percevoir dans l'immobilité et les mouvements passifs, c'est-à-dire initiés par le drap. Sa rigidité corporelle s'était amoindrie et les retours sur ses perceptions corporelles devenaient un peu plus riches et précises.

2.2.2 Intégrer de la nouveauté afin d'enrichir les perceptions corporelles

Une fois que Dominique semblait avoir pris conscience des sensations qui affluent en dedans et en dehors de son corps, qu'elle semblait maîtriser la réponse à ses perceptions à travers le mouvement, le changement de position, l'abaissement de son tonus, il est de notre rôle en tant que thérapeute de l'accompagner afin de s'éloigner de la répétition à l'identique pour s'orienter vers une répétition du même. Nous voulions ouvrir le champ de ses perceptions à d'autres propositions pour instaurer de la variation et élargir son champ d'action. C'est ce qui lui permettrait de s'adapter plus facilement à son environnement en ayant un panel important de possibilités d'action basées sur l'acquisition d'une invariance.

Le passage d'une répétition de l'identique à une répétition du même n'a cependant rien d'évident. En effet, dans le développement normal de l'enfant, celui-ci fait lui-même la comparaison entre ce qui est acquis, stable et la nouveauté sur laquelle il aimerait désormais agir. En séance de psychomotricité avec Dominique, celle-ci n'a pas la capacité de nous exprimer lorsqu'une stimulation a été suffisamment répétée pour être intégrée dans sa nouvelle organisation psychique et motrice ; par l'observation, c'est à nous de percevoir où elle se situe dans ses acquisitions. Il est également nécessaire que l'alliance thérapeutique soit suffisamment sécurisée pour le sujet. En effet, passer d'une répétition de l'identique à une répétition du même signifie que nous allons venir repousser un peu plus les limites de Dominique. La répétition des nouvelles propositions lui permettrait alors d'accroître ses moyens de compréhension et d'action sur son milieu interne et externe.

Ainsi, nous avons tout d'abord commencé à faire varier les flux proprioceptifs. Grâce au drap et aux déplacements dans l'espace des parties de son corps que nous pouvions induire, Dominique pouvait porter son attention sur ses perceptions en mouvement.

À cette même période, les travaux pratiques que je suivais au sein de mon établissement scolaire m'initiaient à la méthode de conscience corporelle Feldenkrais. Après en avoir discuté avec ma maître de stage, cette dernière m'a permis de reproduire une séance que j'avais pratiquée dans ce cours. Dans cette séance, je souhaitai proposer à Dominique un toucher direct en initiant un mouvement tandis qu'elle était assise sur une chaise. Pour cela, assise au sol, j'ai placé mes mains tout d'abord au niveau de son genou droit. En venant mobiliser directement son genou d'avant en arrière, sa hanche était, elle, mobilisée indirectement, tout comme sa colonne vertébrale. Mon intention était ici de lui faire percevoir du mouvement dans l'ensemble de son corps et qu'elle tente de m'en indiquer les endroits. Cependant, Dominique a été complètement parasitée par l'aspect visuel du mouvement au niveau de son genou. Elle ne saisissait alors pas les subtilités de cette induction. Voyant qu'elle ne faisait « pas bien » ce qui était demandé, Dominique s'est montrée de plus en plus angoissée, cherchant mon regard et son corps traduisait un état de tension important. C'est par un accompagnement verbal et de la nomination des parties de son corps que je voyais se mettre en mouvement que Dominique a pu se sentir rassurée et faire abstraction des stimulations extérieures pour porter son regard sur les stimulations internes. La redécouverte de ce corps en mouvement, même passif, n'a pas eu l'effet désorganisant que je redoutais et Dominique n'a montré aucun signe d'angoisse. Lorsque j'ai pratiqué le même mouvement au niveau de son genou gauche, Dominique a montré les mêmes réactions, comme si je le faisais pour la première fois.

Lors de cette première tentative Dominique n'a pas su m'indiquer d'elle-même ses perceptions, mais lorsque je lui demandais si elle sentait quelque chose, elle pouvait me répondre « Ah oui ça bouge ». Elle semblait alors sentir le mouvement mais ne pouvait pas en indiquer sa provenance. Nous étions donc passées à un stade supérieur, lui permettant de percevoir du mouvement sans encore être capable d'affiner suffisamment son regard interne pour en trouver l'origine.

Dans notre recherche de variation, nous sommes aussi venues jouer sur de nouvelles stimulations vestibulaires et proprioceptives à travers les parcours psychomoteurs associant tantôt les « montagnes » tantôt des dalles sensorielles et parfois même les deux. Au lieu d'évoluer sur le sol dur de la salle, Dominique devait s'adapter à un nouveau terrain qui lui n'était pas toujours stable. Cela venait donc remettre en jeu ses réflexes posturaux.

Dans ces nouvelles propositions, Dominique a su s'adapter rapidement dans la maîtrise de ses déséquilibres et des réactions toniques nécessaires au maintien de son équilibre. L'attention portée à toutes ces informations internes et externes étaient très coûteuse en énergie pour elle et le nombre de répétitions du parcours en était alors très limitée.

En fait, il semblerait qu'en ayant expérimenté à nouveau des sensations et des mouvements types stables, Dominique ait pu redévelopper une possibilité de se percevoir et de se mouvoir en prenant appui sur la reviviscence de ses premiers schèmes sensori-moteurs, de notre rêverie maternelle et des fonctions du cadre thérapeutique.

2.3 Le thérapeute dans la redondance

2.3.1 Investissement

Au cours de ce suivi, je suis moi-même passée par plusieurs états. En effet, je me suis rapidement rendu compte de l'aspect répétitif des séances et du peu d'évolution de Dominique au fil des semaines. Je me suis aussi longuement questionné sur l'intérêt pour elle de venir en séance de psychomotricité alors que le travail que nous y faisons ne semblait pas s'ancrer. Les séances se répétaient les unes après les autres, avec le même investissement, la même volonté de « bien faire » de sa part et de la nôtre mais il fallait à nouveau recommencer la semaine suivante.

Je m'ennuie ? Je suis trop impatiente ? Pas assez investie ? Et si nous changions les propositions cette fois, comment le vivrait-elle ?

Toutes ces questions ont longtemps tourné en boucle dans ma tête. Elles se sont répétées elles aussi. J'ai ensuite réalisé que je cherchais absolument dans les séances une trace de notre travail en elle. Il me semble que je n'avais pas encore moi-même fait le deuil d'une possible guérison chez Dominique. Je fantasmais sur le retour vers un vieillissement normal.

Cette prise en charge venait me chercher profondément dans ma propre capacité de rêverie. Lors de notre rencontre, elle s'est présentée à moi dans un état d'indifférenciation corporelle et psychique avec son environnement si important que j'ai été confrontée à ma

propre peur du vide, peur de l'inactivité et par conséquent de la mort. En venant me chercher dans les séances dans des mouvements de *holding*, de *handling* et dans l'étayage d'une enveloppe corporelle solide, Dominique a fait naître mon besoin d'être « suffisamment bonne » pour elle et donc de lui permettre de continuer à se développer. L'absence immédiate de progression est alors venue remettre en cause la possibilité de lui apporter un quelconque bénéfice.

La prise en charge avec les personnes vieillissantes peut en effet nous mettre face à ces difficultés : elles sont plus fragiles, leur avenir est incertain. Les troubles de la mémoire chez Dominique accentuaient d'autant plus ces ressentis : son passé s'effaçait progressivement et le futur n'était plus entrevu. Cependant, j'ai réalisé que ces contraintes l'amenaient à vivre dans le présent, à vivre une unique seconde avant qu'elle ne disparaisse. C'est alors ce qui m'a permis de me remobiliser activement, n'étant alors plus dans l'attente mais dans le mouvement de l'instant, en relation avec elle.

2.3.2 Ne pas tomber dans l'infantilisation

L'infantilisation de la personne âgée est un phénomène qui est souvent rencontré, même dans le soin. Il a d'ailleurs tendance à y être fortement accentué lorsque nous nous trouvons face à une personne âgée dépendante.

L'infantilisation peut prendre plusieurs formes ; je pense notamment au non-respect de la parole, des envies du sujet mais également au travers de la communication verbale et non-verbale. Elle peut être très nocive pour la personne âgée, leur renvoyant une image d'eux peu valorisante.

J'aimerais ici alerter mon lecteur. Même si je m'attache à décrire le développement de l'enfant, Dominique n'est pas un enfant et nous ne la considérons pas comme tel. Elle a cependant été un enfant qui a fait ses propres expériences, elle s'est construit une mémoire corporelle qu'elle a étayé tout au long de sa vie. C'est sur ce principe que nous nous appuyons avec ma maître de stage pour lui permettre une forme de remémoration de ses expériences passées comme tremplin vers leur réapprentissage et l'instauration de nouveaux comportements.

Lorsque je prête mon appareil à penser à Dominique comme la mère le fait dans le développement de l'enfant, je le fais car elle m'en montre le besoin, la nécessité sur l'instant. Elle ne peut réguler ses angoisses seule. Il serait pour moi impossible de la laisser dans cette situation, de ne pas l'accompagner dans la symbolisation de ses angoisses, de ne pas lui donner les outils et l'aider dans la manière dont elle peut s'en saisir pour les contrôler.

De plus, lorsque la personne âgée repasse par la position schizo-paranoïde et la position dépressive théorisées par Klein (1952/2013), il me semble que le terme de « position » est particulièrement important à prendre en compte. Par-là, elle semble exposer une période où le sujet peut revenir, dans une forme de va et vient entre sa réalité psychique et des positions archaïques antérieures. Ces dernières ont été plus ou moins intériorisées, représentées. Elles ont également pu être mises à mal par l'effraction dans la vie du sujet de traumatismes psychiques ou corporelles. Pour Dominique, il s'agirait ici de ses lésions neurologiques qui viennent désorganiser sa structuration. Ainsi, la prise de positions archaïques est essentielle pour permettre au sujet dépendant de retrouver une base solide sur laquelle il peut s'appuyer afin de mettre en place un travail de réorganisation, de réaménagement psychique et corporel.

3 Soutenir un sentiment d'identité

La boucle sensation-perception-action est la racine de la conscience de soi et de la construction de l'identité. Dans le vieillissement pathologie et notamment pour les sujets ayant des troubles mnésiques, il est important de leur permettre d'intégrer les différents changements, de pouvoir les investir pour se réapproprier ce corps troublé mais qui n'en reste pas moins le support de leur identité. Pour cela, la répétition de l'expérimentation est un processus central.

Pour illustrer cette nécessité, il n'est pas rare de voir dans la maladie d'Alzheimer la mise en place instinctive des comportements compulsifs de répétition. Ils sont le signe d'une recherche de défense face à leurs angoisses de perte, face à l'incapacité de leur Moi à faire des liens. La compulsion de répétition leur donne l'apparence d'un contenant où le sujet vient déposer ses angoisses mais celles-ci ne peuvent y être transformées. Elles leurs reviennent alors aussi durement que le vécu brut et viennent casser ce sentiment d'être unique, d'avoir une identité.

Selon Potel (2010), pour que l'acte moteur devienne un acte d'expression de son identité, le sujet doit avoir pu déposer ses vécus dans un contenant psychique extérieur qui peut, lui, en entendre le sens profond. Cela permet alors au sujet la création d'impressions, de traces. Selon l'auteur, « l'acte d'expression corporelle – dont dépend l'harmonisation, la coordination, l'équilibrage, la latéralisation, tous ces paramètres si nécessaires à l'investissement libidinal du corps – va dépendre de ces impressions primordiales » c'est-à-dire la marque laissée par l'autre.

3.1 Un ré-investissement corporel

En travaillant autour de la perception et de la mise en mouvement, nous venons aider Dominique à se centrer sur elle-même. Elle peut ainsi prendre conscience de ce « soi » dans l'ici et le maintenant. Plus largement, à travers l'expression d'identité psychocorporelle, j'entends parler de cette perception interne, à la fois consciente et inconsciente, à travers des éprouvés, des sensations, des fantasmes, qui permet de se sentir sujet individualisé, unique et permanent, à partir d'un modelage entre corps et psyché.

La « mise en jeu » corporelle peut permettre cette évolution mais cela demande au sujet âgé d'investir un corps vieillissant, un corps troublé, ce qui peut parfois être difficile. Il me semble que Dominique ait rencontré ces difficultés au début du suivi. En effet, devoir faire face dans un lieu inconnu à ses troubles a pu produire un mouvement dépressif léger qui s'est traduit par davantage de rigidité.

Puis, au fur et à mesure des séances, par la répétition des propositions, Dominique semble avoir pris confiance dans le cadre, en nous. Elle a alors pu se saisir d'appuis extérieurs pour doucement prendre confiance en son corps, devenant lui aussi un lieu sécurisant. Dominique est alors devenue de plus en plus attentive dans l'immobilité puis, dans la deuxième partie de l'année, attentive à son corps en mouvement.

Pour mieux se connaître, mieux se repérer dans l'espace et dans le temps, la prise de conscience de ses capacités réelles et de ses limites est essentielle. La répétition de l'expérience consiste alors à donner sa place au corps comme un lieu de sensorialité, d'expressivité motrice et de symbolisation. Elle aide aussi à s'y sentir à l'aise ; l'investir devient plus facile et le sujet âgé peut même le faire avec et dans le plaisir.

3.2 Un corps plaisir

Comme nous l'avons vu plus tôt, la répétition du même est régit par le principe de plaisir de Freud (J.-M. Quinodoz, 2004). C'est donc ce qui permet au sujet de maintenir une certaine valorisation corporelle par la satisfaction de ses besoins. La remise en route du processus de prise de sens et d'action sur l'environnement s'apparente au processus de remise en route du processus de vitalité. Celles-ci prennent appuis sur le plaisir du sujet dans la découverte de son corps. Pour rester dans le mouvement il faut maintenir l'envie d'aller vers !

Pour Dominique, nous sommes passées par le toucher thérapeutique afin de lui donner l'accès à la détente, de percevoir son corps dans un autre état qu'un état de tension. Un corps qui souffre moins est un corps qui donne davantage envie d'être investi. Cela fait également naître une certaine curiosité qui favorise la recherche de nouvelles sensations et la prise d'initiative.

Nous sommes également passées par la notion de *challenge*. Par exemple, dans les moments où Dominique devait se mettre en équilibre sur un pied, nous fixions parfois un nombre de seconde à atteindre. Nous soutenions alors cette réussite à laquelle Dominique pouvait parfois répondre « Ah oui, c'est bien ça. Bon, ça suffit maintenant ». Dans cette phrase, nous la sentions satisfaite et bien décidée à passer à la suite, c'est-à-dire le temps du toucher thérapeutique. A cet instant, je me suis plu à imaginer que Dominique savait que nous allions aller au sol pour un temps qui serait agréable pour elle. Dans tous les cas, il s'agissait d'un moment où Dominique a exprimé un souhait, où elle s'est montrée capable d'agir selon sa volonté sur son environnement.

CONCLUSION

L'écriture de ce mémoire me semble être le reflet du fil de ma pensée au cours du suivi de Dominique. En effet, c'est d'abord cette répétition de la rencontre qui m'a marquée. Puis j'ai réalisé que la répétition se trouvait également dans la forme et le contenu des séances. Nous continuions de reproduire les mêmes exercices et de mettre Dominique face à ses difficultés chaque semaine plutôt que de lui proposer un accompagnement davantage orienté sur « vivre l'instant présent comme agréable ». Et puis, en prenant du recul sur l'ensemble de ce suivi, j'ai pu constater une progression. C'est de là que j'ai cherché à comprendre ce que la répétition avait pu permettre à Dominique pour répondre en partie à sa problématique.

Dans cette recherche de réponse que j'ai réalisé que le travail en psychomotricité avec l'enfant et avec la personne âgée ne diffère principalement que par le décalage temporel. L'enfant d'aujourd'hui est la personne âgée de demain et l'enfant développe sa motricité et sa capacité à penser sur la base de la répétition de ses expériences. De là, il se construit sa propre mémoire et sa propre histoire.

En répétant la forme et le contenu des séances de psychomotricité avec Dominique, nous sommes venues réveiller une forme de mémoire inconsciente qui persistait en elle : sa mémoire motrice. Cela a alors été un tournant dans sa prise en charge : nous ne faisons pas que répéter, nous lui permettons de ré-apprendre à se vivre dans un corps touché par la maladie et à s'en servir pour interagir avec son environnement.

Peu importe l'âge de notre patient, nous nous attachons à observer ses compétences, ses difficultés et à écouter son histoire. Pour Dominique, il s'agissait de lui remémorer ses expériences passées, de les lui traduire et de les étayer dans un climat de sécurité et de contenance. Pour redonner un sens à sa vie malgré la maladie il semblait nécessaire de redonner vie à ses sens. C'est donc par la répétition de la sphère sensori-motrice, la mise en jeu corporelle mais aussi au travers de la permanence de la relation et du cadre que Dominique pouvait de nouveau s'ériger et agir sur son environnement.

Cette capacité de l'être humain à percevoir les différentes stimulations de son environnement interne comme externe, à pouvoir en donner une réponse adaptée par l'intermédiaire du mouvement est alors ce qui construit la subjectivité de chacun et le sentiment d'être soi, à la fois différent et identique aux autres.

Lorsque nous perdons cette capacité à nous sentir comme un être à part entière, comme un être en mouvement, il semble que nous perdions également notre identité. Nous n'arrivons à vivre qu'en dépendant de l'autre, de sa capacité à nous porter et du choix de ses actions sur nous. L'amnésie corporelle ne serait-elle alors pas une manière de se distancier de cette perte trop lourde à porter pour la conscience ?

BIBLIOGRAPHIE

- Albaret, J.-M., & Aubert, E. (2001). Chapitre 1 : Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In *Vieillesse et psychomotricité*. Deboeck supérieur.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi, P. Boyer, C.-B. Pull, & M.-C. Pull, Trad.). Elsevier Health Sciences France.
- Arbuz, G. (2007). La vie après soixante ans : Une nouvelle frontière ? *Le Journal des psychologues*, n° 249(6), 67-72.
- Berthoz, A. (2013). *Le Sens du mouvement*. Odile Jacob; Oeuvre originale publiée en 1997.
- Bonnet, C. (2014). Les trois étapes de la perception. In J.-F. Dortier, *Le cerveau et la pensée : Le nouvel âge des sciences cognitives* (p. 213-221). Editions Sciences Humaines.
- Bronstein, C. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), 769-778. <https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. ERES.
- Calso, C., Besnard, J., Calò, C., & Allain, P. (2015). Étude des fonctions frontales dans le vieillissement cognitif normal. *Revue de neuropsychologie*, 7(4), 257-268. <https://doi.org/10.3917/rne.074.0257>
- Charazac, P. (2015a). 3. Le corps. *Aide-Memoire*, 2e éd., 33-56.
- Charazac, P. (2015b). 4. La vie psychique. *Aide-Memoire*, 2e éd., 57-76.
- Collège national des enseignants de gériatrie. (2000). *Corpus de gériatrie. Tome 1*. 2M2 Edition et communication.
- Costantino, C., Ducarre, C., Fourques, C., Platiau, J., & Veilleux, M. (2017). Introduction. *Cliniques*, 14(2), 14-19. <https://doi.org/10.3917/clini.014.0014>
- Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité : Le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, 29(1), 83-100. <https://doi.org/10.3917/rfps.029.0083>
- Danon-Boileau, L. (2017). Répétition et liaison de l'excitation : De la répétition de l'identique à la répétition du même. *Cliniques*, 13(1), 40-58. <https://doi.org/10.3917/clini.013.0040>
- de M'Uzan, M. (2017). Le même et l'identique. *Cliniques*, 13(1), 24-38. <https://doi.org/10.3917/clini.013.0024>
- De Reuck, J., Leys, D., & Bousser, M. (2001). La démence vasculaire. *Revue neurologique*, 157(3), 338-343.

- Denis, P. (2020). *Œdipe médecin* (Presses Universitaires de France, Éd.).
- Derouesné, C. (2005). La démence vasculaire : Un cadre incertain. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 3(2), 89-96.
- Duquenoy Spychala, K. (2005). *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. ERES. <https://www.cairn.info/comprendre-et-accompagner-les-malades-ages--9782865868970.htm>
- Escourolle, F., Hauw, J. J., & Duyckaerts, C. (2001). Neuropathologie du vieillissement cérébral. *Gerontologie et société*, 24 / n° 97(2), 19-31.
- Fantini-Hauwel, C., Gély-Nargeot, M.-C., & Raffard, S. (2014). Chapitre 3. Vieillesse cognitive et neuropsychologie des syndromes démentiels. In *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante* (p. 73-114). Dunod.
- Fournier, M. (2009). Jean Piaget et les stades de l'intelligence. In Editions Sciences Humaines (Éd.), *L'intelligence de l'enfant* (p. 19-24). Editions Sciences Humaines. <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/l-intelligence-de-l-enfant--9782912601896-page-19.htm>
- Giffard, B., Desgranges, B., & Eustache, F. (2001). Le vieillissement de la mémoire : Vieillesse normale et pathologique. *Gerontologie et société*, 24 / n° 97(2), 33-47. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/g.s.097.0033>
- Gros, A. (2017, mars 13). *L'image de la semaine : «Henry Molaison, l'homme qui ne pouvait plus se souvenir»*. CNRS Le journal : Donner du sens à la science. <https://lejournel.cnrs.fr/nos-blogs/aux-frontieres-du-cerveau/limage-de-la-semaine-henry-molaison-lhomme-qui-ne-pouvait-plus>
- Joly, F. (2002). À quoi jouait donc le petit Ernst avant la bobine ?... *Spirale*, 24(4), 157-173. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spi.024.0157>
- Jouen, F., & Molina, M. (2007). Chapitre 5. La théorie de la dynamique des systèmes. In *Naissance et connaissance* (p. 81-90). Mardaga.
- Jouhet, P. (1993). Le syndrome amnésique. In *Mémoire et conscience* (p. 51-66). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/memoire-et-conscience--9782130456018-p-51.htm>
- Klein, M. (2013). Chapitre VI - Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. In W. Baranger (Trad.), *Développements de la psychanalyse* (p. 187-222). Presses Universitaires de France; Oeuvre originale publiée en 1952. <https://doi.org/10.3917/puf.kein.2013.01.0187>
- Krolak-Salmon, P., & Thomas-Antérion, C. (2010). Fonctions exécutives, attention et mémoire de travail au cours du vieillissement. *Revue de neuropsychologie, Volume* 2(5), 3-6.
- Lotstra, F. (2003). Quand le cerveau vieillit. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 31(2), 111-119. <https://doi.org/10.3917/ctf.031.0111>

- Minder, M. (2008). Chapitre 1 Les variables psychomotrices. In Boeck Supérieur (Éd.), *Champs d'action pédagogique : Une encyclopédie des domaines de l'éducation: Vol. 2e éd.* (p. 395-435). De Boeck Supérieur.
- OMS. (2002). *Vieillir en restant actif: Cadre d'orientation*. Organisation Mondiale de la Santé.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67758/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf?sequence=1
- OMS. (2008). *CIM-10. Chapitre V Troubles mentaux et du comportement (F00-F09)*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F00-F09>
- Peeters, J.-C. (2009). Chapitre 4. Bilan neuropsychologique diagnostique des démences. In J.-E. Vanderheyden & B. Kennes, *La prise en charge des démences* (p. 51-68). De Boeck Supérieur.
- Potel Baranes, C. (2010). « Quand le corps parle trop... ! ». Un groupe thérapeutique À médiation corporelle. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 54(1), 109-121. <https://doi.org/10.3917/rppg.054.0109>
- Potel Baranes, C. (2019). 19. La question du cadre thérapeutique. La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien* (p. 357-381). ERES. <https://www.cairn.info/etre-psychomotricien--9782749264264-p-357.htm>
- Quinodoz, D. (2008). Chapitre 3. Le travail de la mémoire. In *Vieillir : Une découverte* (p. 31-44). Presses Universitaires de France.
- Quinodoz, J.-M. (2004). Au-delà du principe de plaisir, S. Freud (1920). In Presses Universitaires de France (Éd.), *Lire Freud : Découverte chronologique de l'œuvre de Freud* (p. 209-219). Presses Universitaires de France.
- Rossi, J.-P. (2005). Chapitre 1. Les mémoires. In *Psychologie de la mémoire : De la mémoire épisodique à la mémoire sémantique* (p. 15-36). De Boeck Supérieur.
<https://www.cairn.info/psychologie-de-la-memoire--9782804149499-p-15.htm>
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Vol. Tome 1*. Solal.
- Thomas, R. M., & Michel, C. (1994). 10. La théorie du développement cognitif de Piaget. In *Théories du développement de l'enfant* (p. 265-316). De Boeck Supérieur.
- Tonella, G. (2010). Une mémoire pour le corps. In *Réminiscences* (p. 53-76). ERES.
<https://doi.org/10.3917/eres.ain.2010.01.0053>
- Toupet, M., Ohresser, M., Branchereau, B., L'Héritier, A., & Matha, N. (1999). Vertiges et troubles auditifs chez l'adulte. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris)*, 1-10.
- Tran-Thong. (1992). *Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine* (Vrin, Éd.). J. Vrin.

- Van der Linder, M., Colette, F., & Juillerat, A.-C. (2001). Chapitre 4 : Une approche cognitive de la démence : Implications pour l'évaluation et la prise en charge des patients déments. In E. Aubert & J.-M. Albaret, *Vieillesse et psychomotricité*. Deboeck supérieur.
- Williams, G. (2008). Pensées sur la position dépressive. *Le Carnet PSY*, n° 128(6), 53-57.
- Winnicott, D. W., Kalamantovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (2007). *La mère suffisamment bonne*. Payot; Oeuvre originale publiée en 1956.

Vu par le maître de mémoire,

Floriane FAUCHERE psychomotricienne D.E.

Le 13 mai 2020, à Bourges

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and a long, sweeping horizontal stroke extending to the right.

Auteur : Amandine GALCAT

Titre : La répétition : un outil pour se (re)-sentir et agir lorsque les troubles neurocognitifs entravent les capacités du sujet âgé.

Mots – clés : Démence – Répétition – Mémoire motrice – Développement / Dementia – Repetition – Body's memory - Development

Résumé : De manière générale, le sujet âgé voit ses capacités diminuer mais ce processus est d'autant plus important dans le vieillissement pathologique. Chez Dominique, ses perceptions et ses mouvements se réduisent de plus en plus du fait de troubles de la mémoire, de l'équilibre et de sa conscience corporelle, en lien avec une démence vasculaire. Dans ce mémoire, je cherche à comprendre en quoi la répétition a pu aider Dominique à enrichir ses perceptions et à se souvenir d'une séquence motrice. Pour cela, je m'appuie sur la répétition au sein du développement psychique et corporel de l'enfant qui serait un soutien dans la réactivation de processus mnésiques et des capacités sensori-motrices de la personne âgée ayant des troubles neurocognitifs majeurs.

Abstract : In a general way, the capacity of the elderly can be reduced, but this process is even more significant in pathological aging. For Dominique, his perceptions and movements reduce increasingly because of memory, balance and body consciousness troubles, related to vascular dementia. In this thesis, I seek to understand how repetition helped Dominique to enrich his perceptions and to remember a motor sequence. For this, I rely on repetition within the psychic and corporal development of the child, which would be a support in the reactivation of memory processes and sensory-motor capacities of the elderly person with major neurocognitive disorders.