



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

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



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

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

=====

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

Professeur Yves MATILLON

Je sens donc je suis

La médiation par les sens au soutien du sentiment d'identité
chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer

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

par

MATKOVIC Laura

Juin 2015

N° 1278

Directeur du Département Psychomotricité

Eric PIREYRE

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CS
M. GILLET Germain

1.1 Secteur Santé :

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

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

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

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

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

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

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

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

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

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

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

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

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

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

Sommaire

INTRODUCTION	p4
Partie 1 : Théorie	p5
1) Les sens et le sentiment continu d'exister, les fondements du sentiment d'identité	p6
I- Les sens	p6
1-Définition.....	p6
2-Aspect physiologique.....	p7
a-Développement et fonctionnement des sens.....	p7
b-Les différents récepteurs sensoriels.....	p7
c-Les sens et organes des sens.....	p8
3-Sensorialité.....	p10
a- Appuis théoriques d'André Bullinger : Des flux sensoriels à la base du sentiment d'individuation.....	p11
b-Appuis théoriques de Suzanne Robert-Ovray : De la sensorialité à la pensée en passant par la construction de la personnalité.....	p11
II- Le sentiment de continuité d'existence	p12
1-Le sentiment continu d'exister, un terme « Winnicottien ».....	p12
2- La continuité d'existence, un support identitaire ?	p14
2) La maladie d'Alzheimer	p16
I- Généralités	p16
1-Définition.....	p16
2- Diagnostic.....	p17
3-Signes cliniques caractéristiques de la maladie d'Alzheimer et démences associées.....	p18
a- Symptômes cognitifs.....	p18
b- Symptômes psycho-comportementaux.....	p19
c- Qu'en est-il de la sensorialité dans tout cela ?	p20
II- Involution dans la maladie d'Alzheimer	p21
1- Évolution et dissolution chez Hughlings Jackson	p21
2- Application à la mémoire.....	p22

<u>III- Vers un sentiment de discontinuité</u>	p24
1- Liens entre sentiment continu d'exister et notion d'identité dans la démence.....	p24
2- Démence et notion d'identité.....	p25
<u>3) Conclusion</u>	p27
 <u>Partie 2 : Présentation de mon lieu de stage & étude de cas</u>	p28
 <u>I- Mon lieu de travail, leur lieu de vie l'Unité protégée (UP)</u>	p29
1- Présentation générale.....	p30
2- Une architecture particulière	p31
3- Rôle et place de la psychomotricité.....	p32
4- La salle de bien-être, un lieu à part au sein même de l'UP.....	p33
<u>II- Madame D</u>	p34
1-Retour sur notre première rencontre.....	p34
2-Première séance en salle de bien-être.....	p35
3- Son histoire de vie.....	p37
4- Habitudes de vie au sein de l'UP.....	p38
5- Observations psychomotrices.....	p39
6- Projet de soin.....	p40
7- Évolution du suivi avec Madame D, deux phases distinctes dans le soin : Avant & Après son hospitalisation.....	p40
<i>a- Avant son hospitalisation.....</i>	<i>p40</i>
<i>b- Une rupture dans la prise en charge : Son hospitalisation.....</i>	<i>p45</i>
8- Bilan-Analyse.....	p46
 <u>Partie 3 : théorico-clinique</u>	p48
 <u>I- La démence, une problématique identitaire</u>	p49
<u>II- Le corps, facteur initial du processus de soin</u>	p50
<u>III-Soutien du sentiment-continu d'existence à travers la mémoire</u>	p51
1- La mémoire du corps.....	p51
2- Inscription dans l'Ici et Maintenant, émergence d'une continuité du soin..	p52

IV – Vers la re-construction d'une enveloppe corporelle unifiée,	
introduction à la notion de contenance	p53
V- Au fil des sens ...	p54
1-Voir pour s'animer.....	p54
<i>a- Le regard, ce miroir de l'âme.....</i>	<i>p54</i>
<i>b- Dans le regard de l'autre ... soutien de l'image du corps.....</i>	<i>p55</i>
2- La musique, une bulle pour se mouvoir.....	p57
<i>a-L'enveloppe sonore.....</i>	<i>p57</i>
<i>b Porter son attention pour donner de l'intention.....</i>	<i>p58</i>
3-Perception tactile.....	p58
<i>a- Toucher et dialogue-tonique.....</i>	<i>p59</i>
<i>b- Un contact englobant.....</i>	<i>p59</i>
4- Définition et propriétés des perceptions.....	p60
VI- Réflexion autour du travail en psychomotricité avec les personnes malades d'Alzheimer et démences apparentées	p62
CONCLUSION	p63
Références Bibliographiques	p65

INTRODUCTION

Avant de réaliser mon stage au sein d'un EHPAD, ma vision de la personne âgée se limitait à l'image de mes grands-parents coulant une retraite active et paisible chez eux. Auprès de personnes très âgées et malades, aux comportements souvent étranges et vivants dans un lieu fermé pour leur sécurité, mes repères se sont trouvés chamboulés, bouleversés. Leurs troubles si importants m'ont très vite interpellés et parfois même choqués. Dans leurs regards si particuliers j'y ai croisé du vide, de l'absence, de l'effroi... Autant de mots qui reflètent malheureusement bien la problématique de ces personnes démentes. Une pathologie démentielle qui se caractérise par la dégénérescence, la perte, la destruction neurologique et psychique et finalement arriver à une déconstruction identitaire source de grande souffrance chez la personne.

Alors, j'avais dans l'idée de vouloir comprendre, essayer de mettre du sens dans ces maladies, là où l'insensé paraît dominer. Puis, c'est une rencontre, mon premier jour de stage, avec l'utilisation en psychomotricité d'une salle qui sort de l'ordinaire au sein de l'unité, dans une situation de grande angoisse chez une personne qui me permettra d'affiner mon questionnement. Outre le fait d'approfondir la question de la maladie d'Alzheimer, je me suis demandée **comment nous pouvions, dans une approche par la médiation des sens, inscrire la personne malade d'Alzheimer dans une continuité d'existence lui permettant alors de soutenir son sentiment d'identité ?**

Ainsi, je me suis tout d'abord attachée à développer la question des sens et de la sensorialité ainsi que les notions de continuité d'existence et d'identité dans le développement normal de l'individu pour ensuite aborder la pathologie. Nous verrons alors quels impacts a cette maladie sur les notions précédemment développées. Dans une deuxième partie j'aborderai les spécificités de mon stage et de ma rencontre clinique avec Mme D. Enfin, je développerai, dans une dernière partie, comment j'ai trouvé à travers la sensorialité, matière à travailler avec ces personnes dans un objectif de se sentir Être et de se retrouver dans ce qu'elles ont été, dans leur histoire de vie et dans leur personnalité.

Partie 1 : Théorie

1) Les sens et le sentiment continu d'exister, les fondements du sentiment d'identité

I- Les sens

Avant d'aborder la maladie d'Alzheimer et une approche psychomotrice basée sur les sens et leur perception, il me semblait nécessaire dans cette première partie d'aborder la question de la sensorialité et de son importance dans la construction et le développement de l'individu. Pour cela, il me semblait aussi important de définir et d'approcher chaque modalité sensorielle et ses spécificités.

I- 1- Définition

Le mot « sens » vient du mot latin « *sensus* » qui signifie percevoir par les sens, ressentir. Je retrouve dans la langue française une définition très générale du mot « *sens* » : « *faculté d'éprouver le monde par les sensations* ». D'un point de vue physiologique, les sens se définissent comme des systèmes de récepteurs, (ou cellules sensitives), capables de capter et de traduire plusieurs formes d'énergies (stimuli) et de les transmettre au système nerveux central sous forme d'influx nerveux. Ces influx nerveux, les sensations à proprement dites, sont alors traités par l'encéphale pour en permettre la perception. L'influx nerveux est ensuite codé sous forme de potentiels d'actions et l'information est transmise à des régions spécialisées du cerveau. Selon le type de stimulation, les centres de traitement du cerveau diffèrent. Il existe en effet des zones spécialisées dans le traitement des stimuli olfactifs, visuels, tactiles, etc.

Dans tous les cas, on y retrouve cette capacité de ressentir en soi et sur soi des informations venant de l'intérieur ou de l'extérieur de notre corps. Ainsi, les sens comme les sensations seraient un moyen de communication entre le corps de l'individu et de son milieu externe environnant. Alors il me semble important de comprendre comment le cerveau traite ses informations et par quels moyens.

I-2- Aspect physiologique

I-2-a- Développement et fonctionnement des sens

Les stimuli sensoriels sont des informations reçues en permanence par l'individu lui permettant d'être en interaction avec son environnement. L'organisme reçoit alors ces informations (sons, contact, odeur...) produites par de multiples sources. Ces stimuli touchant les diverses modalités sensorielles sont alors traduits en terme de **localisation** (selon la direction d'où ils proviennent), **d'intensité** (c'est à dire s'ils sont forts ou bien faibles), et de leur **propriétés temporelles** (plutôt rapide ou plutôt lent). Ils peuvent se présenter sous la forme d'un signal bref et discontinu ou sous forme de flux avec des informations globales, continues et orientées. Ces informations, captées par des récepteurs sensoriels sont ensuite codées. Leur énergie est alors transformée en potentiels d'action qui seront véhiculés par les neurones vers le système nerveux central. Ce dernier les traite et déclenche un ensemble de réponses adaptées : réflexes, comportements, émotions... Le traitement de ces informations sensorielles dans le développement de l'individu s'organise autour du **cerveau limbique** (en lien avec la dimension émotionnelle, il traite des aspects qualitatifs des stimulations) et du **cortex préfrontal** (traite des aspects spatiaux et permet l'ajustement corporel suite aux informations).

Au fur et à mesure de ces expériences sensorielles et des acquisitions qui seront liées aux informations, les réponses instrumentales et comportementales solliciteront tantôt le système récent du cerveau et donc la zone préfrontale, tantôt le système émotionnel, plus archaïque, présent dans la zone limbique, afin d'assurer un arrière fond tonique et donc l'état tensionnel de l'individu.

I-2-b- Les différents récepteurs sensoriels

La sensibilité est la capacité d'un organisme à être informé des paramètres physiques et chimiques du milieu extérieur ou intérieur. En effet, les informations **intéroceptives**, venant de l'intérieur du corps (organes et viscères) se distinguent des informations **extéroceptives**, c'est-à-dire somesthésiques superficielles (touchant la peau) ou profondes. Cette dernière, en lien avec les capteurs des muscles, des tendons, des articulations, et gérant l'équilibration et

les postures constitue la proprioception.

Pour apprêhender les sensations, le système fonctionnel humain est équipé de différents capteurs appelés récepteurs sensoriels. Ces récepteurs sont des neurones spécialisés et différenciés qui permettent de détecter les différents stimuli produit par l'environnement. Les **mécanorécepteurs** sont en relation avec les informations liées aux mouvements, pressions, étirements, équilibre et s'articulent autour de la peau, des muscles, des ligaments, des articulations et également de l'oreille interne. Les **photorécepteurs** traitent la luminosité, les variations de lumière par le biais des cônes et bâtonnets de la rétine. Les **chémorécepteurs** permettent de traiter l'olfaction, le goût et les informations chimiques qui y sont liées et enfin les **viscerorécepteurs** traitent la sensibilité des organes et des viscères, donc les sensations internes.

I-2- c- Les sens et organes des sens

On entend souvent de l'Homme qu'il possède cinq sens. On distingue parmi ces cinq sens, trois sens de proximité (odorat, goût, toucher) et deux sens, dits, télé-orientés (qui captent les informations à distance) : la vision et l'audition.

L'odorat : Les odeurs, étroitement liées à la respiration sont donc inévitables tout au long de la journée et de la vie de l'individu. Elles sont d'emblée jugées par la personne en bonnes ou mauvaises, en connues ou inconnues, sans toujours pouvoir les identifier. Il lui faut pour cela retisser les liens établis autour de la première information ou prendre appui sur des objets concrets. L'odeur sollicite d'emblée l'imaginaire liés aux expériences vécues, teintées d'affectif et d'émotions. Chaque personne constitue son propre répertoire d'odeurs associé à des représentations mentales alors stockées dans le système limbique (cerveau émotionnel). Ainsi lorsque la personne rencontre une odeur ou un parfum, les émotions mémorisées reviennent au premier plan, avant le traitement cognitif (reconnaissance, identification, nomination). Elles déclenchent alors des réactions de plaisir ou de déplaisir et sollicitent en conséquence l'organisation tonique de l'individu. L'enveloppe olfactive corporelle ou ambiante provoque chez la personne attrait ou répulsion et conditionne ses relations aux autres (ouverture ou replis). L'odeur sentie l'inscrit dans un vécu immédiat, dans le temps présent de l'instant.

Le goût : De la même façon, il est perçu en bon ou mauvais, connu ou inconnu. Il demande à la personne d'être dans une démarche plus active liée au plaisir ou déplaisir potentiellement éprouvé afin de se constituer un registre à partir des quatre saveurs existantes : sucré, salé, acide, amer. Cette classification du goût en quatre saveurs va alors s'élargir pour constituer un continuum gustatif, perçu sur l'ensemble de la langue. Le rapport à l'aliment est porté par la culture de l'individu et de sa relation à l'autre qui conditionne alors le plaisir de manger. Les préférences et aversions sont donc très liées au contexte affectif et social. Avec les personnes démentes, l'expérience gustative est principalement développée dans les activités de la vie quotidienne, en associant les personnes à l'élaboration, la confection et la dégustation des aliments.

Le toucher : Le toucher est un contact corporel direct ou indirect avec l'autre. Mais nous pouvons aussi « être toucher » psychiquement par l'autre. C'est pourquoi le toucher se distingue des autres sens : il est dépendant de l'autre (d'un autre corps) et annule la distance entre ces deux corps. La peau (organe du toucher) a la particularité d'envelopper le corps et les autres organes des sens. Peau et sens du toucher sont donc étroitement liés. Lorsque nous touchons, nous percevons d'abord la sensation produite par le contact de la main (texture, chaleur, pression...) puis nous ressentons sur quel mode affectif ce toucher raisonne dans notre corps. Il peut alors être vécu comme intrusif, séducteur, érotisé, agressif, avec des ressentis de plaisir ou de déplaisir. Cela illustre bien sa double dimension : Toucher l'autre c'est toucher sa peau et donc son corps et plus profondément son psychisme. Le corps se touche de façon biologique, sensorielle mais aussi dans sa profondeur imaginaire, émotionnelle et fantasmatique.

La vue : C'est le sens dont la personne se sert le plus pour percevoir le monde qui l'entoure. Avec la vue, elle perçoit l'espace, les mouvements, les formes, les luminosités, les couleurs... Le regard, premier contact avec l'autre, est le support de l'échange des émotions et informe sur l'état interne de la personne. Il est conditionné par la posture de la personne, de la tenue de son axe corporel ce qui détermine alors ses attitudes relationnelles d'évitements ou de rencontres. Mais il est important de noter que le rôle de la perception visuelle déborde de la simple fonction de la prise d'informations ou de guidage de la conduite. La perception visuelle crée l'expérience des sens, elle est le support de la communication et contribue de façon importante à la symbolisation. Elle est grandement soumise aux contraintes des affects et émotions mais aussi des intentions et intérêts portés à l'objet, la personne ou à la situation.

L'audition : L'ouïe est une activité physiologique dans laquelle le son est perçu involontairement et déclenche une réaction émotionnelle. Une dimension affective du son est ensuite traduite en agréable ou désagréable. L'oreille, organe de l'audition est l'intermédiaire entre le monde objectif des vibrations et le monde subjectif des représentations. Chez l'enfant, l'audition devient un moyen de connaissance affectif de l'extérieur. Ces empreintes, constituent la base de la mémoire perceptive et nous accompagne alors tout au long de notre vie.

Nous voyons bien là, que la perception du monde extérieur par les sens influence grandement la construction psychique de l'individu. Il garde alors des « traces » de ces expériences sensorielles passée tout au long de sa vie.

« Chaque modalité sensorielle, à partir du fonctionnement physiologique, a des effets sur les niveaux tensionnel, émotionnel, sur l'humeur, la réactivité comportementale et la mobilisation des facultés cognitives (attention, intention, liaison, éveil...)»¹

I-3- Sensorialité

Dans le dictionnaire Larousse, la sensorialité est définie comme étant *la caractéristique d'un être vivant pourvu d'un système sensoriel*. Une définition très générale pour un terme qui est finalement très peu défini dans les dictionnaires français. Il fait pourtant parti intégrante de notre vocabulaire de psychomotricien tant il est lié à la *perception* et aux *sensations*. Ces deux notions sont très importantes dans notre pratique. La perception est *l'action de percevoir liée aux organes des sens*. La sensation est d'avantage définie comme un *phénomène qui traduit, de façon interne chez un individu, une stimulation d'un de ses organes sensoriel*.

¹ O. QUENTIN, B. GODDERIDGE, P. D'ARFEUILLE, *Snoezelen un monde de sens*, 2010

I-3- a- Appuis théoriques d'André Bullinger : Des flux sensoriels à la base du sentiment d'individuation²

A. Bullinger qui a énormément travaillé sur le sujet de la sensorialité, nous parle de flux sensoriels comme d'apports continus et orientés d'agents susceptibles d'être détectés par un système sensoriel. Ces flux qui sont en fait un ensemble de stimuli sont captés par des récepteurs spécifiques qui entraînent une modulation de l'état postural et tonique de l'organisme. Une stimulation sensorielle stable et continue peut donc conduire à un phénomène d'habituation du récepteur. La modification de l'orientation du capteur provoque alors, une modification des signaux perçus par la surface réceptrice (il en est de même si le flux est modifié et que le capteur reste statique). C'est à partir de ces différentes explorations, de ses vécus et des sensations procurées, que l'enfant va se différencier de l'autre en intégrant progressivement une conscience entre le dedans et le dehors. Les flux sensoriels sont donc à la base de l'individuation de l'enfant, et donc de son affirmation en tant que sujet. Cette construction identitaire fondée sur les sens me paraît essentielle à retenir pour la suite de ma réflexion.

Cependant, il ne faut pas oublier que, d'après A. Bullinger, cette activité psychique de représentation et de symbolisation ne peut se dérouler que si un équilibre sensoriel et tonique est atteint. H. Wallon parle d'un état interne de l'organisme permettant, sans désorganisation, de recevoir les signaux issus des interactions avec le milieu, ce que A. Bullinger appelle « *l'équilibre sensori-tonique* ». Ce dernier est constitué par le milieu physique, biologique et humain et garantit à l'individu le sentiment d'exister de façon stable. Cet équilibre sensori-tonique est nécessaire pour qu'ait lieu l'interaction adaptée de l'organisme et son milieu.

I-3-b- Appuis théoriques de Suzanne Robert-Ovray : de la sensorialité à la pensée en passant par la construction de la personnalité³

En référence aux travaux de S. Robert-Ouvray chacun des niveaux tonique, sensoriel, affectif et représentatif (T.S.A.R.) s'étayent l'un sur l'autre et permettent le passage progressif du corps vers la pensée. Il a été remarqué que peu importe la modalité sensorielle concernée,

2 A. BULLINGER *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* -2007-

3 S. ROBERT-OUVRAY. *Intégration motrice et développement psychique* -2004-

il est nécessaire qu'il y ait des contrastes pour que les stimulations soient perçues comme dissociées et intégrées par l'individu. Les couples d'opposés se situent au niveau sensoriel où l'on retrouve par exemple, le chaud-froid, mou-dur, rapide-lent... Dans son développement le bébé vit ces informations en terme d'éprouvés corporels dans la répétition de ses vécus. Il va associer progressivement ses sensations à des états de tension (hyper ou hypotonique) liés à son rythme de veille et de sommeil qui coïncident avec la présence ou l'absence de sa mère. Plus tard l'enfant associera progressivement ces éprouvés corporels à des ressentis affectifs de plaisir ou de déplaisir. Ce n'est qu'en accédant à la représentation mentale et à la symbolisation qu'il pourra alors qualifier ces états en terme de bien-être ou mal-être.

Nous voyons donc que c'est par le développement de la sensorialité que l'être humain construit progressivement, au travers de ses éprouvés corporels, sa relation et son appréhension au monde environnant. Le développement sensoriel permet d'appréhender par étape le passage du corps et des éprouvés à la pensée et à la représentation. Il participe ainsi à l'intégration du soi et à la différenciation entre soi et l'autre et donc à l'identité propre de l'individu.

II- Le sentiment de continuité d'existence

Il me paraissait important de définir ce que j'entends par le « *sentiment continu d'exister* » terme souvent employé en psychomotricité. Nous verrons alors que cette continuité d'existence est à la base du sentiment identitaire, lui-même mis à mal dans les pathologies démentielles et notamment dans la maladie d'Alzheimer.

II-1-Le sentiment continu d'exister, un terme « Winnicottien »⁴

D. Winnicott, dans sa conception du « soi » (ou Self), assume le fait d'unifier la personnalité et la pensée avec la dimension corporelle. Il porte une grande importance au corps qui pour lui ne peut se détacher du psychisme. Je m'appuierai donc ici, sur les concepts développés par Winnicott pour parler d'une construction identitaire qui prend en compte l'unité psyché et soma. Pour lui, la somme des expériences sensorimotrices, possible grâce à

⁴ D.W. WINNICOTT *Le corps et le Self* in NRP n°3-1971

un environnement maternel favorable, forme ce qu'il appelle le Self. Pour comprendre comment Self et sentiment continu d'exister sont étroitement liés, il faut revenir aux premiers développements de l'enfant.

Pour Winnicott, un enfant seul n'existe pas. Il veut dire par là, qu'un bébé ne peut avoir d'existence viable en soi, s'il ne reçoit pas les soins maternels. Il faut comprendre que pour Winnicott, l'ispéité du sujet (c'est à dire sa mémété) est un état prépsychologique qui n'est pas acquis à la naissance. Il s'acquiert au cours du développement de l'enfant dans des conditions favorables à sa maturation de Self. Il faut donc au bébé un environnement stable (qui puisse assurer les notions de holding, handling et d'object presenting) pour assurer un sentiment continu d'exister. Il insiste alors beaucoup sur l'importance de la peau, donc du corps, comme limite contenante qui soutient ces fonctions. D'un point de vu psychique, cette continuité repose sur l'identification primaire à un lieu qui est celui de l'espace psychique de la mère. C'est cela qui garantie alors à l'enfant l'existence possible d'un Self, dans cet espace que Winnicott nomme « environnement parfait ».

Plus tard, des défaillances « raisonnables » entre les réponses de la mère et les demandes du bébé, permettent à ce dernier que ses besoins corporels se transforment en besoin du Moi. Il y a une légère attente du bébé dans les soins qui lui sont procurés permettant alors l'émergence de la pensée. C'est le début de l'intégration psyché-soma et donc les prémisses d'un sentiment d'identité. L'existence de ce que Winnicott appelle « les empiétements » est donc nécessaire sans que soit perturber la continuité d'existence. C'est cela qu'il nomme « l'environnement suffisamment bon ».

Le sentiment continu d'existence, terme introduit par Winnicott est donc un sentiment qui s'acquiert peu après la naissance grâce à l'environnement maternel mais aussi grâce aux expériences sensori-motrices. En effet, il ne faut pas oublier que la motricité intervient dans le processus d'intégration, de constitution puis de maturation du Self. Le bébé sent, éprouve et agit. Il est un corps sensori-moteur immergé dans un environnement.

I-2- La continuité d'existence, un support identitaire ?

A peine abordée plus haut, il me paraît important d'approfondir cette question afin de poser complètement les jalons de ma réflexion. On a vu jusqu'à présent que la continuité d'existence chez l'enfant lui permet d'accéder à l'émergence de sa pensée en appuie sur sa motricité et donc sa perception (liée donc à sa sensorialité) de son environnement. Peu à peu, il se différencie de sa mère, s'individue et se construit alors une subjectivité. Winnicott parle alors d'un « self » qui mature, résultat de l'intégration psyché-soma qu'a permis l'environnement maternel.

Selon A.BULLINGER, « *la constitution d'une subjectivité est un long processus qui s'appuie sur les interactions que l'organisme entretient avec son milieu. Il ne faut pas considérer que la présence matérielle de l'organisme assure de facto une subjectivité stable.* »⁵ Au départ, le bébé naît avec un organisme mais il doit se construire un corps. En effet, à la naissance, le nouveau-né n'a pas conscience qu'il est un sujet.

Le Moi de la topique Freudienne, lieu de l'identité personnelle, du contrôle du comportement, du rapport aux autres et de la confrontation de la réalité extérieure et des désirs inconscient est avant tout un moi corporel. Il est dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps.

« *Le sentiment d'identité s'appuie ainsi sur ceux de continuité temporelle et de singularité. Il permet qu'une personne se considère comme une unité, avec, selon les cas, plus ou moins de cohérence, ou plus ou moins de fragilité, et cela quelle que soit la succession d'expériences accumulées au fil des ans.* »⁶ C. Maintier

D'après ces divers auteurs, la subjectivité d'un individu forme son support identitaire. Si l'on suit le cheminement depuis le départ, ce sentiment identitaire se constitue sur la base d'un sentiment continu d'exister, qui naît dans la sensorialité, donc dans la perception des sensations du milieu sur le sujet. L'accès au sentiment d'identité est donc possible grâce à de nombreux processus psychocorporels en jeu dans le développement de l'enfant.

Ce sentiment continue d'exister fait que le sujet perçoit qu'il est le même qu'hier et

⁵ A. BULLINGER, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, 2007 p 23

⁶ C. MAINTIER, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, 2011, p34

restera probablement le même demain, même si quelques changements sont possibles et acceptables. La psyché travaille à ce sentiment de continuité existentielle. Alors, tout ce qui menace se sentit suscite chez la personne de l'inquiétude, de l'angoisse, de la panique, un effondrement ou de l'effroi, c'est selon. Ainsi, « *si cette menace se fait envahissante, la psyché doit alors trouver un scénario, même factice. [...] Tuer le corps, tuer la pensée peuvent être deux stratégies pour survivre dans l'illusion* »⁷ Cette réflexion de Marcelli me pose alors la question de l'entrée dans la démence. En effet, d'après certains auteurs, notamment C. Balier, le dément serait fondamentalement un déprimé. La personne ne pense plus, comme si le fait de « ne pas penser » faisait que « ça n'arrivera pas ». Selon J. Maisondieu, ne plus penser lui permettrait de ne plus avoir à penser à la mort. Ainsi, le dément serait d'abord une personne envahie par l'angoisse de la mort.

Cette explication psychanalytique de la démence met en évidence l'étroit lien entre l'attaque de la pensée et l'existence d'un sentiment de **discontinuité** à l'origine d'importantes angoisses chez la personne.

⁷ D. MARCELLI, *Psychose à l'adolescence* in Adolescence, 2005

2) La maladie d'Alzheimer

I- Généralités

I-1- Définition

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune de démence. Le terme de démence est issu du mot latin *dementia* qui signifie la folie, au sens d'un dérèglement mental et de l'égarement de la raison.

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

Le terme de « maladie d'Alzheimer » n'est apparu qu'en 1906, après les travaux du psychiatre et neurologue allemand Aloïs ALZHEIMER. Il décrit les symptômes d'une femme âgée de 51 ans, qui présente des anomalies cérébrales, aujourd'hui caractéristiques de la maladie, ainsi qu'une désorientation temporo-spatiale et des hallucinations. Il présente à ses confrères les symptômes de la dégénérescence corticale et confirme son hypothèse quelques années plus tard avec un second cas. C'est le psychiatre Emil KRAEPELIN qui propose de donner à cette maladie le nom de son collègue.

La démence de type Alzheimer est aujourd'hui souvent associée à la vieillesse, parfois même confondue avec celle-ci. Aujourd'hui, la maladie d'Alzheimer correspond à une démence présénile c'est-à-dire avec un début d'apparition des premiers symptômes entre 40ans et 65ans. La démence de type Alzheimer réunit quant à elle la maladie d'Alzheimer et les démences séniles dont l'apparition des premiers symptômes se situe après 65ans.

I-2- Diagnostic

Le diagnostic est très souvent posé plusieurs mois ou plusieurs années après le début de l'évolution démentielle. Les patients ne consultent que lorsque les troubles deviennent inquiétants ou/et surtout, lorsqu'ils indisposent l'entourage. De sorte que les renseignements sur les premiers signes ne peuvent être fournis que rétrospectivement par la famille. Parmi ceux-ci, on note les modifications de la personnalité, de l'humeur et surtout les « oublis ». La famille trouve la personne de plus en plus distraite et désordonnée, jusqu'au jour où la désadaptation devient si manifeste qu'elle consulte. Dans d'autres cas de figure, ces troubles peuvent survenir de façon plus massive, suite à un épisode confusionnel, lui-même dû à un grand bouleversement chez l'individu : Un traumatisme psychologique, le réveil après une anesthésie, un accident vasculaire cérébral ...

Pour poser le diagnostic, le médecin se repose sur des signes cliniques spécifiques à chaque type de démence définis dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV, 4^{ème} version), ou la Classification Internationale des Maladies (CIM 10, 10^{ème} édition), réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces deux classifications ont en commun certains critères de diagnostic de la démence de type Alzheimer telles que la présence de **troubles cognitifs**, une **entrée dans la maladie progressive**, une **détérioration lente**. Elles soulignent aussi l'importance d'éliminer les causes médicales du déclin cognitif telles que les affections toxiques, cérébrales ou somatiques.

La Haute Autorité de Santé recommande pour le diagnostic de démence de réaliser un entretien avec le patient et un proche suivi d'un examen clinique complet pour évaluer l'état général, le degré de vigilance du patient et dépister d'éventuels déficits sensoriels ou moteurs qui pourraient gêner la réalisation des tests neuropsychologiques. Le Mini Mental State Evaluation (MMSE) permet une évaluation cognitive globale. Un score inférieur à 24/30 est considéré comme pathologique. D'autres tests cognitifs peuvent être proposés au patient si cela paraît utile pour affiner le diagnostic. L'échelle simplifiée des activités instrumentales de la vie quotidienne permet de mettre en évidence le retentissement des troubles ainsi que la nécessité d'aides à domicile. Les examens para-cliniques recommandés sont des examens biologiques ainsi qu'une imagerie morphologique par IRM afin d'éliminer les diagnostics différentiels.

I-3-Signes cliniques caractéristiques de la maladie d'Alzheimer et démences associées

Cliniquement la maladie d'Alzheimer est caractérisée par une altération lente et progressive de la mémoire et des facultés développées par apprentissage telles que les savoirs faire, les capacités de reconnaissance, le langage, les opérations mentales...

I-3-a- Symptômes cognitifs

Les troubles de la mémoire: La personne présente une incapacité, totale ou partielle, à encoder de nouvelles informations ou événements (mémoire à court terme ou antérograde). Elle présente aussi des difficultés, voire une impossibilité à se rappeler de faits antérieurs ou d'informations déjà apprises (mémoire à long terme ou rétrograde). C'est d'abord la mémoire à court terme et épisodique qui est touchée.

La désorientation temporo-spatiale : Elle s'ajoute aux troubles mnésiques assez tôt dans l'évolution. En effet, ces derniers en sont à l'origine. Les troubles touchent d'abord le temps, puis l'espace. Les situations complexes sont les premières à être touchées : s'orienter dans un nouvel espace extérieur ou lire l'heure devient compliqué. Puis les troubles touchent l'identité propre de la personne, tel que la remémoration de son année de naissance ou le souvenir de sa maison.

Les troubles du langage : La personne démente peut présenter un trouble du langage oral et/ou écrit. On distingue l'aphasie de Wernicke qui affecte la compréhension, de l'aphasie de Broca qui affecte l'expression. La personne parle peu, cherche ses mots ou à l'inverse elle peut être logorréique. Il lui est difficile de formuler une phrase, il est souvent observé un manque du mot ou des néologismes.

Troubles praxiques : Les praxies sont l'ensemble des mouvements coordonnés pour la réalisation des gestes volontaires. La personne présente une incapacité à effectuer de manière volontaire un mouvement ou une série de mouvements alors que ses fonctions motrices et sensitives sont intactes. Elle présentera d'abord des troubles lors des praxies volontaires tandis que les praxies automatiques seront préservées plus longtemps.

Troubles gnosiques : La gnosie est la faculté de reconnaissance d'un objet via les sens. La personne présente une incapacité partielle ou totale à reconnaître ou identifier un objet alors que ses canaux sensoriels sont intacts. Ses troubles exacts dépendent du canal perceptif touché. Ainsi il existe des agnosies visuelles, tactiles, auditives, gustatives et olfactives. La prosopagnosie (incapacité à reconnaître des visages familiers par le canal visuel) est souvent

retrouvée dans le tableau clinique de la démence de type Alzheimer. Parfois la personne ne se reconnaît pas elle-même dans son miroir. Aussi, il se peut qu'elle présente une anosognosie, c'est-à-dire une incapacité à être conscient de ses troubles.

L'ensemble des fonctions exécutives peuvent également être touchées. L'attention, la planification, le raisonnement sont difficiles voire impossible à réaliser pour la personne. Elle aura tendance à abandonner les tâches complexes, diminuant ses activités sociales et ses loisirs, l'entraînant dans une certaine solitude.

I-3-b- Symptômes psycho-comportementaux

On distingue dans la maladie d'Alzheimer et démence de type Alzheimer, quatre syndromes caractéristiques faisant partie des symptômes psycho-comportementaux: les **troubles apathiques, affectifs, psychotiques et hyperactifs**.

Les troubles apathiques : La personne démente est enclue à des comportements passifs, un désintérêt des activités appréciées auparavant, un désinvestissement affectif et une perte d'initiative. De par l'inaction et la perte d'intérêt qui en découle, elle perd l'appétit et mange de moins en moins.

Les troubles affectifs : Ces troubles regroupent les troubles dépressifs et anxieux. Ils sont parmi les premiers à apparaître dans la maladie puisqu'ils vont de pair avec une prise de conscience de la perte des capacités. Les troubles anxieux s'expriment à travers des agitations nocturnes, des préoccupations incessantes, des déambulations, des conduites d'opposition, ou encore un désarroi important. Les états (ou syndromes) dépressifs sont fréquents mais la personne présente rarement une réelle dépression. Ces troubles peuvent s'exprimer par une grande demande affective et un manque de contrôle des réactions émotionnelles.

Les troubles psychotiques : La personne démente peut présenter des troubles du sommeil, des délires ou des hallucinations. La plupart du temps, elle présente une grande difficulté à s'endormir, une somnolence diurne, des réveils nocturnes ou tôt le matin. Elle peut également avoir des idées délirantes (de vol, d'abandon, de persécution, d'intrusion...) envers son entourage, souvent associées à une grande agitation motrice et une agressivité. Les hallucinations sont moins fréquentes que les idées délirantes. Elles sont principalement visuelles et auditives. Parfois les hallucinations sont d'ordre corporel et peuvent faire apparaître des angoisses de morcellement avec la sensation d'avoir un corps non-unifié.

Les troubles de l'hyperactivité: derrière ce trouble il y a : les troubles de l'agitation, de l'excitation psychomotrice, de l'irritabilité, de la désinhibition, des comportements moteurs aberrants et d'euphorie (déambulation, piétinements, activités répétitives sans but, ou encore des fugues.)

Avec l'évolution de la maladie d'autres troubles peuvent s'ajouter à cela, comme divers dysfonctionnements psychomoteurs (troubles de l'équilibre, de l'image du corps, du schéma corporel etc).

I-3-c- Qu'en est-il de la sensorialité dans tout cela ?

Malgré les nombreuses pertes, difficultés et troubles qui apparaissent et qui s'aggravent avec l'avancée de la maladie, il est important de noter que certaines capacités, en lien avec le sentiment de se sentir, de s'apprécier et de se reconnaître sont conservées. En effet, les personnes démentes ont rarement une atteinte sensorielle. Les sens, les organes des sens ainsi que les circuits neuronaux permettant leur transmission au système nerveux central sont préservés. Elles sont donc toujours capables de sentir des stimuli internes ou externes. Alors, même si dans certain cas l'agnosie altère leurs capacités de perception (action de percevoir liée aux organes des sens), leurs canaux sensoriels restent intacts (autant qu'ils le seraient avec le vieillissement normal.) Néanmoins si elles ne sont pas « stimulées », ces capacités s'effritent et disparaissent au tréfond de leurs possibilités.

Par ailleurs, la mémoire procédurale (habiletés et automatismes moteurs), sensorielle et la mémoire émotionnelle ne sont pas touchées par la maladie. La personne aura toujours la possibilité de garder des informations en mémoire si celles-ci sont connotées positivement ou négativement par des traces affectives. On peut d'ores et déjà imaginer que les affects, et donc les émotions, sont d'une grande importance et à ne pas négliger dans le travail auprès de ces personnes. Ainsi, lorsque l'esprit s'absente, il est nécessaire d'aller chercher le sujet là où il se trouve, dans l'archaïque, le sensori-moteur, l'émotionnel et le fantasme. Il faut donc comprendre et connaître les « incapacités » de la personne mais aussi et surtout connaître ses capacités et ses possibilités pour tenter d'entrer en relation et de l'accompagner au mieux dans sa maladie démentielle.

II- Involution dans la maladie d'Alzheimer

Sur les bases de recherches d'Hughlings JACKSON (neurologue anglais du 19ème siècle qui s'appuie lui-même sur la philosophie évolutionniste d'Herbert SPENCER), Pauline DEBOVES (psychologue clinicienne) et Jean-Michel VIVES (professeur de psychopathologie) proposent d'entrevoir l'évolution de la maladie d'Alzheimer comme une involution du système de représentation du sujet dément. En effet, ils partent du constat simple que « *l'activité perceptive, sensorielle, domine largement la vie du sujet atteint de maladie d'Alzheimer à un stade sévère [...] les méthodes de soin non médicamenteuses, proposant une sensorialisation de l'environnement (musicothérapie, luminothérapie, aromathérapie, massages ...) diminuent largement l'intensité des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* ».⁸ Ils repèrent donc une involution (qui est le contraire d'une évolution) vers un monde perceptif et sensoriel repéré chez la personne démente à un stade avancé de la maladie.

II-1- Évolution et dissolution chez Hughlings Jackson

H. Jackson, dans ses recherches sur l'épilepsie, montre que les troubles moteurs dûs à une lésion cérébrale désorganisent les aspects les plus complexes, les plus volontaires et les plus différenciés de la fonction motrice. Cette dernière s'en trouve alors réduite à ses aspects les plus simples, les plus automatiques et les moins différenciés. Il propose alors d'appliquer cette théorie évolutionniste aux maladies nerveuses et mentales pour les apercevoir comme des « *régression de l'évolution* » qu'il appelle aussi « *dissolution* ». La régression, qui n'est pas totale, n'atteint pas les structures les plus organisées, les plus simples et les plus automatiques.

Pour comprendre cela, il s'appuie sur trois principes : Le premier est celui de la hiérarchie des fonctions nerveuses qui s'organise dans un certain ordre dans le développement de l'individu et qui alors, se désorganise dans l'ordre contraire. « *L'évolution consiste ainsi en un passage du plus organisé au moins organisé ; du plus simple au plus complexe ; et du plus automatique au plus volontaire. La dissolution suit la marche inverse en allant du plus complexe, du plus volontaire et du moins organisé vers le plus simple, le plus automatique,*

⁸ P. DEBOVES et JM. VIVES « Maladie d'Alzheimer et involution », *Le Carnet PSY*, 2014 N° 184, p35

et le mieux organisé. »⁹ Le deuxième principe met en évidence la différence entre une atteinte locale ou générale du système nerveux central. L'une ou l'autre ne toucheront pas les mêmes centres nerveux, qui ne seront alors pas également affectés. Enfin, le troisième et dernier principe est de relever une différence entre les symptômes positifs ou négatifs. « *La perte du moins organisé, du plus complexe et du plus volontaire, implique la rétention du plus organisé, du moins complexe, et du moins volontaire.* »¹⁰ Dans ce principe difficile à cerner, je comprends que s'il y a disparition d'une compétence, cela suppose qu'elle était présente avant, il ne peut pas y avoir de perte sans un gain préalable.

Nous voyons que, dans l'involution de la maladie, la déliaison psychique qui s'opère touche les liens, les limites et les contenus du psychisme. On assiste progressivement à un retour en arrière du développement psychique. Ce sont d'abord les représentations de mots (niveau le plus évolué d'élaboration psychique) qui se voient en premiers touchées, laissant beaucoup plus longtemps subsister les représentations de choses et l'affect. Enfin, dans un niveau plus avancé de la maladie, les représentations de choses visuelles finiront elles aussi par céder et laisser place uniquement au perceptif externe déconnecté des inscriptions internes désormais dissoutes. C'est ainsi que selon une lecture psychanalytique de la démence que les liens et l'effacement des limites et des contenus psychiquement définissent la dégénérescence de la maladie d'Alzheimer.

II-2- Application à la mémoire

Sur la lancée de Spencer et Jackson, Théodule RIBOT explique que la mémoire suit une marche logique, une loi, sur le principe fondamental que le nouveau, meurt avant l'ancien. Aussi, les recherches neurobiologiques ont mis en évidence la destruction progressive des associations cérébrales ou de la communication interneuronale entraînant la mort des neurones.

9 P. DEBOVES et JM. VIVES « Maladie d'Alzheimer et involution », *Le Carnet PSY*, 2014 N° 184, p36

10 Ibid, p36

« Elle descend progressivement de l'instable au stable. Elle commence par les souvenirs récents qui, mal fixés dans les éléments nerveux, rarement répétés et par conséquent faiblement associés avec les autres, représentent l'organisation à son degré le plus faible. Elle finit par cette mémoire sensorielle, instinctive, qui, fixée dans l'organisme, devenue une partie de lui-même ou plutôt lui-même, représente l'organisation à son degré le plus fort »¹¹.

La rupture psychique des chaînes associatives ou des liens, que nous venons de voir précédemment, fait étrangement écho, d'un point de vue neurologique, à la rupture des liaisons cérébrales: l'atteinte des circuits cérébraux, tant à l'intérieur des neurones (accumulation de protéines Tau qui empêche le transport axonal) qu'à l'extérieur des cellules (dépôts d'amyloïdes entravant la transmission entre neurones), porte atteinte à la communication.

« Fruit de lésions histopathologiques, la dégradation des neurones et des synapses casse l'interrelation entre neurones et donc la communication – ce qui correspondrait, sur le plan psychique, à cette rupture du lien qui détruit la mémoire(...) »¹²

Ribot nomme cette loi la « loi de régression ». Ainsi, nous comprenons pourquoi dans la maladie d'Alzheimer et les démences associées, l'amnésie est en premier lieu antérograde (touche les informations les plus récentes) jusqu'à devenir rétrograde (touchant les informations encodées dans le passé). Ainsi, les perceptions s'embrouillent et les souvenirs se floutent.

11 Ibid, p37

12 M. PERUCHON, « La maladie d'Alzheimer Perspectives », *Le Journal des psychologues*, 2012 n° 297

III- Vers un sentiment de discontinuité

III-1- Liens entre sentiment continu d'exister et notion d'identité dans la démence

Nous avons vu dans une première partie que le sentiment d'identité se construit sur la base d'un sentiment continu d'exister. Identité et sentiment continu d'exister sont donc très liés entre eux, puisque l'un ne va pas sans l'autre. E.ERIKSON, psychanalyste qui théorise le développement psychosocial de l'individu, aborde le sujet de l'identité. Pour lui, « *le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle repose sur deux observations simultanées : la perception de la similitude avec soi-même et de sa propre continuité existentielle dans le temps et dans l'espace et la perception du fait que les autres reconnaissent cette similitude et cette continuité.* »¹³ Selon lui, l'identité se compose donc bien d'une reconnaissance de soi dans une continuité temporelle et spatiale, donc dans un sentiment de continuité d'existence. Alors, la personne va se construire des souvenirs, une histoire personnelle, lui permettant de se sentir soi au fur et à mesure, par l'accumulation de représentations et de perceptions à la fois de lui-même et de son environnement. La mémoire et les souvenir engrammés tout au long de la vie du sujet, sont donc fondamentalement importants dans la construction identitaire de celui-ci. C.Maintier, parle d'une capacité qui dépend à la fois de la perception et de la mémoire.

Or nous venons de voir que lorsque la démence évolue, la personne malade involue psychiquement. L'identité qui se construit tout au long de la vie sur la base d'un sentiment continu d'exister est la première à être mise à mal. C. Maintier écrit ainsi que lorsque la maladie d'Alzheimer touche le sujet, la confusion s'installe, l'image du corps unifié s'efface. Des sentiments d'indifférenciation entre soi et autrui (caractéristiques du début de la vie psychique) ou des sensations de morcellement de soi peuvent réapparaître. Cela crée chez la personne un climat d'incertitude et d'insécurité. Le sentiment de discontinuité remplace celui de continuité. Un sentiment d'étrangeté naît chez l'individu. La réassurance qu'apportait la reconnaissance des objets, de l'environnement et la reconnaissance de soi disparaît peu à peu. L'installation d'une dépersonnalisation conduit la personne à s'interroger et à interroger son entourage. L'environnement et le Soi se noient dans l'inconnu, le besoin de réassurance s'amplifie.

13 C. SIMARD, *La vieillesse, l'identité, l'affectivité : préserver la valeur du quotidien*, p.13. 2005

III-2- Démence et notion d'identité

Le dictionnaire Larousse définit l'identité comme étant le « *caractère permanent et fondamental de quelqu'un ou d'un groupe qui fait son individualité, sa singularité* ». L'identité se définit aussi comme « *l'ensemble des données de faits et de droits qui permettent d'individualiser quelqu'un (date de naissance, nom, prénom, filiation...)* ».

L'identité est donc d'abord ce qui représente l'individu, ce qui fait qu'il est Lui, un être unique et différent des autres dont il est capable de définir les frontières. Pourtant, la société « étiquette » la personne selon son nom, sa nationalité, son métier et la rattache à des catégories sociales auxquelles elle se sent appartenir. A travers la question de l'identité, chacun pose la question de ses limites, de sa place par rapport à autrui dans un mouvement constant d'assimilation et de différenciation. L'identité apparaît alors comme une notion très complexe qui lie l'individu à lui-même comme à son environnement. En effet, pour reconnaître son sentiment d'unicité, il est nécessaire que l'autre le reconnaisse dans son identité propre.

« *Non seulement les autres ont à voir avec mon identité, mais sans « Autrui », « Je » n'existerait pas* »¹⁴ Cette réflexion de Dominique Picard montre l'importance de l'autre dans l'étayage identitaire de l'individu, puisque sans l'autre, le sujet n'existe pas. Alors n'en serait-il pas de même avec le sujet dément ? Cela m'amènera à réfléchir sur l'importance de notre propre lien à l'autre, de notre regard, de notre posture, contact, dialogue tonique... donc de notre relation à l'autre pour que lui-même se « sente exister », pour qu'il puisse « être ».

De nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il existerait une identité sociale en lien avec notre place et nos statuts au sein de nos groupes d'appartenance et une identité plus archaïque, qui s'enracinerait dans le corporel, devançant ainsi l'identité dite sociale. Dans tous les cas, l'identité est un processus, un « objet » qui se construit petit à petit, dans le contact avec autrui, par identifications et différenciations successives à ce qu'ils sont, à l'image qu'ils ont de l'autre et à ce que l'autre perçoit d'eux-mêmes. Georges Herbert Mead dira « *Nous prenons conscience de notre identité en adoptant le point de vue que les autres ont de nous : le « séducteur » a été entouré de regards admiratifs et le « raté » s'est vu*

14 D. PICARD, « Quête identitaire et conflits interpersonnels », *Connexions*, 2008 n° 89

constamment confronté à ses échecs. »¹⁵

Aussi, il est important de préciser que l'identité se construit à travers les relations précoces en appui sur le développement du sentiment continu d'exister (défini par Winnicott). Cette construction identitaire se forge donc en même temps que la relation avec l'environnement et s'appuie sur elle.

Dans la démence, les observations montrent que l'atteinte de la pensée et de la mémoire entraîne inexorablement une atteinte de l'identité. C. Balier va même jusqu'à émettre l'hypothèse que la principale spécificité de la démence est avant tout le trouble de l'identité de la personne. Il cite ainsi Henry Hey : « *le dément perd conscience de lui-même, de sa situation, de la continuité et de l'unité de sa personne sous la multiplicité des événements* »¹⁶. Il s'agit donc d'une perte de la perception et de la conscience de soi, dans une continuité spatio-temporelle, base du sentiment d'identité, ce que je décrivais plus haut. Jacques Messy aborde lui aborde cette perte d'identité comme une destruction de « *l'idéal du Moi* »¹⁷ du sujet et un effondrement de ce qui s'était mis en place durant le stade du miroir (stade auquel le sujet prend conscience de son individualité, donc de son identité propre). En effet, il observe que le dément ne reconnaît plus son image dans le miroir, comme il perd le langage ... il perd son identité.

« *Les dysfonctionnements mnésiques peuvent induire des problèmes de différenciations entre intérieur et extérieur. L'image du corps unifié s'efface. La sensation de morcellement de soi peut réapparaître, créant un climat d'incertitude et d'insécurité pour l'individu concerné. Le sentiment de continuité est remplacé par celui de discontinuité.* »¹⁸ C. Maintier

Or, comme nous l'avons vu plus haut, le sentiment identitaire se constitue sur la base d'un sentiment continu d'exister, qui naît dans la sensorialité, donc dans la perception des sensations du milieu sur le sujet. Donc si le sentiment continu d'exister devient discontinu, la personne démente est mise à mal dans son individualité, dans son identité propre.

15 G.H. MEAD *Le Moi, le Soi et la société*, 1994, Paris, PUF.

16 C. BALIER, *Pour une théorie narcissique du vieillissement*, 1979, p111

17 A. BRANDILY « Interview de Jacques Messy » *Thérapie psychomotrice et recherche*, 1996 n° 106

18 C. MAINTIER, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, 2011, p41

3) Conclusion

Nous venons de voir que le sentiment de continuité d'existence, l'identité, la mémoire, les sensations, la perception et les émotions sont des notions fondamentalement liées entre elles. Elles forment en quelque sorte cette unité psycho-corporelle qui définissent et caractérisent l'être humain.

« Posséder une identité est une double expérience. C'est une expérience affective, celle de l'investissement de soi, et c'est une expérience cognitive, celle de la représentation de soi. »¹⁹ Cette représentation mentale repose sur une connaissance de soi accumulée et mémorisée au cours de la vie. La personne retrace dans sa mémoire, les événements et parcours de sa vie et entretient ainsi la conscience de sa propre identité et de son sentiment de continuité d'existence. Or dans la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées, les déficiences cognitives sont majeures. Donc quand la personne ne se souvient plus, quand elle vit dans la discontinuité comment soutenir son identité propre ? Nous voyons ainsi dans quelles difficultés anxieuses se trouve la personne malade : elle perd ses repères personnels historiques, elle perd son identité.

Par ailleurs, nous avons vu que les premières expériences qui posent les jalons de l'identité de l'individu sont des expériences sensori-motrices teintées d'affectivités. Aussi, nous avons vu que la perception et les sens restent (plus ou moins) intacts dans la maladie d'Alzheimer. Ne pourrions-nous pas alors, en tant que psychomotricien, proposer une approche centrée sur le corps et sur les sens pour tenter de retrouver chez ces personnes un sentiment continu d'exister et donc soutenir leur identité propre ? C'est la question à laquelle je vais tenter de répondre dans ma réflexion qui va suivre.

¹⁹ E. KILEDJIAN, « Le désir rapproche de l'autre et les relations nourrissent le désir d'être », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2014 n° 117

Partie 2 : Présentation de mon lieu de stage & étude de cas

I – Mon lieu de travail, leur lieu de vie l'Unité protégée (UP)

« Lorsque je franchis les portes de l'UP, les couleurs vives, les plafonds et des espaces immenses me sautent aux yeux, m'impressionnent. C'est très lumineux, il y a partout, de grandes baies vitrées donnant sur l'extérieur, rien ne laisse l'impression d'entrer dans une unité fermée. Tout est propre, contemporain et de couleurs flachy, même les tenues des soignants que j'aperçois au loin. La décoration se limite à une affiche du film « Amour » de Michael Haneke exposée dans l'entrée, ailleurs, il n'y a ni cadre, ni photo, ni tableau... Je ne vois pas « d'âme » entre ces murs. Seul le mobilier d'apparence ancien me rappelle que je me trouve dans le lieu de vie de personnes âgées.

Lors de ma traversée, sans même me regarder, un monsieur dans son fauteuil roulant me coupe la route. Je suis surprise et m'excuse. Plus loin dans le salon, le silence qui règne me surprend tout autant que l'architecture. Dans cette pièce, tous les résidents sont attablés, certains avec un bol de café devant eux. Il n'est pas loin de 10h30 et il ne se passe rien. Personne ne se parle. La plupart d'entre eux sont assis dans leur chaise, comme fondus dedans, figés dans un assoupiissement ou bien le regard comme perdu dans leurs pensées, semblant chercher à l'intérieur d'eux-mêmes. Il n'y a pas de télé, pas de musique, tout me paraît calme, trop calme même... presque « mort » et cela commence à m'angoisser. Peu de personnes semblent avoir noté ma présence. Seules quelques dames me regardent intriguées, vérifient de temps en temps ma présence et paraissent vite m'oublier.

Quelques raclements de gorge et une toux étouffée viennent interrompre ce silence. De façon plus lointaine et sourde, je distingue les bruits de pas du personnel, des claquements de portes, des échanges entre les soignants qui s'affairent dans les chambres. Mais ici, rien, pas de bruit ni de mouvement dans cette salle principale, « lieu de vie » des résidents... »

C'est la toute première visite de mon lieu de stage, une toute première rencontre avec ma maître de stage, mais surtout avec des personnes âgées et démentes. Ainsi, je porte sur elles un regard encore extérieur. C'est aussi pour cela que je porte une attention toute particulière à ce que je peux voir, entendre, ressentir à cet instant-là. À part l'aspect très contemporain de l'architecture, l'ambiance qui règne dans les locaux ne me paraît pas si différente de l'image qu'il me reste des personnes âgées rencontrées. Il me reste une impression de manque, de vide, un vide croisé dans leur regard mais aussi dans cette décoration, quasi inexistante. Je ressors de cette rencontre avec l'envie de percevoir de la vie chez ces personnes qui sont comme inanimées dans leur chaise et sur leur table.

I-1- Présentation générale

L'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) dans lequel je réalise mon stage est un établissement public autonome, avec une capacité d'accueil de 82 résidents. Il est doté de 54 chambres individuelles et de 14 chambres doubles réparties sur deux étages du bâtiment. Au rez-de-chaussée sont situés les services administratifs, la cuisine, un salon de coiffure, une salle à manger climatisée et une cafétéria, les locaux du PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés). Mais surtout, dans une annexe au bâtiment principal, on accède à l'Unité Protégée (UP). Cette dernière, qui est une unité fermée, a une capacité de 24 places pour des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou démences apparentées. Sa construction est toute récente, elle date de janvier 2014. Elle se trouvait auparavant, au centre du bâtiment principal dans l'EHPAD.

L'objectif principal de cette unité fermée est d'apporter une sécurité aux résidents présentant un risques de fugue et un accompagnement adapté à leur pathologie. Les entrées ou les sorties au sein de l'UP sont étudiées par la Commission Pôle Soins (directeur, médecins, psychologue, infirmiers) qui décide des mouvements envisagés. Ainsi, l'intégration de l'unité protégée se fait au vu des symptômes que présentent les personnes. On y retrouve des personnes présentant une désorientation temporelle et spatiale, un risque de fugue (avec un résident qui cherche à sortir hors de l'enceinte de l'EHPAD, ouvre les sorties de secours, profite de l'entrée de visiteurs pour sortir par la porte du hall d'entrée...), un besoin de déambulation dans un espace sécurisé, des troubles du comportement incompatibles avec la vie au sein de l'EHPAD ou le besoin d'une présence et surveillance continue par le personnel. Il s'agit donc d'une unité pour les personnes ayant besoin d'un espace fermé pour leur sécurité physique.

A l'inverse, le retour d'une personne au sein du pôle EHPAD est envisagé si le résident ne peut plus se déplacer seul (alitement), donc que la maladie se trouve à un stade très avancé (critère qui n'est pas respecté à la lettre sur mon lieu de stage dans le but de limiter les désorientations dû à un nouveau changement de lieu de vie.) Un retour peut-être aussi envisagé pour un résident en fin de vie qui demande un accompagnement spécifique (soin et confort) et si il se trouve qu'il y ait besoin de libérer une place pour un résident prioritaire.

I-2- Une architecture particulière

L'architecture très particulière de cette unité protégée permet de répondre au besoin de déambulation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de démences apparentées dans un espace sécurisé. Ainsi, la déambulation est possible dans les couloirs, autour d'un pôle central (office, cuisine...) et à l'extérieur sur un chemin donnant accès sur le jardin fermé. Plusieurs parcours de déambulation sont donc possibles à l'intérieur comme à l'extérieur. Le positionnement central du poste de soins permet aussi une surveillance permanente des résidents par les soignants. La surface large, plate et en rez-de-chaussée limite les chutes ou les risques de chutes. Il semblerait que les couleurs vives et contrastées (jaune-orange et vert pomme) favorisent la lisibilité de l'espace et facilite le repérage des espaces de déambulations. La couleur aurait pour fonction une signalétique des lieux. Les lumières naturelles à travers les grandes baies vitrées (au quatre coins de l'EHPAD) influencent sur la perception des couleurs et limite l'impression « d'enfermement » mais dans une problématique démentielle, où les personnes sont comme « éclatées » dans l'espace-temps, n'auraient-elles pas plutôt besoin de se sentir contenues entre des murs bien présents ? Cette question me viendra à l'esprit quand en hiver, à la tombée de la nuit (très tôt le soir) plusieurs dames se trouvent très angoissées de rester dans le salon, tout proche des baies vitrées. Les chambres individuelles ont elles aussi un accès direct sur l'extérieur. Mais restent aménagées à la guise des résidents et de leur famille. Ainsi, on peut voir de nombreux effets personnels, des photos, frises chronologiques pour leur donner un maximum de repères. Chaque résident possède la clé de sa chambre, qu'il décide lui-même de fermer ou non. Sur les portes numérotées des chambres se trouve le nom du résident qui l'occupe.

Toute l'architecture, de l'organisation spatiale aux détails techniques et « décoratifs » (sols, couleurs, signalétique...), est pensée pour faciliter le travail des soignants et améliorer la qualité de vie des résidents dans le but de préserver au maximum l'autonomie et leur vie sociale. Le projet architectural reflète le projet de vie de l'établissement. En effet, tout au long de mon stage, je remarque que la direction a vraiment à cœur le bien-être de ses résidents qui va de pair avec le travail fourni par les équipes. Dans cette optique, toutes les équipes suivent de nombreuses formations comme celle de l'Humanitude. Cette dernière aborde des notions de bientraitance et de « Règles de l'Art » dans le soin dans le but de réhabiliter les personnes âgées dans leur dignité et améliorer les relations entre patients et soignants. Le projet de l'établissement est donc une volonté permanente d'améliorer la qualité de l'accompagnement et se dirigeant vers des thérapies non médicamenteuses.

I-3- Rôle et place de la psychomotricité

Les principales indications pour lesquelles un psychomotricien est le plus fréquemment sollicité en gériatrie sont la prise en charge des troubles des fonctions psychomotrices (troubles dans l'utilisation du corps, douleurs, somatisation, du schéma corporel, de l'image du corps, désorientation spatio-temporelle...), la prévention de la détérioration (prévention des risques de chute, entretien des capacités motrices, sensorielles, mémoriales...) et de l'accompagnement de fin de vie (soins de confort physiques et psychiques). La psychomotricité, en tant que thérapie non médicamenteuse et prenant en compte la personne dans sa globalité, possède une place fondamentale au sein d'un EHPAD, elle est au cœur de l'accompagnement de ces personnes dans leur dernière trajectoire de vie.

Dans cette unité tout particulièrement, l'objectif principal de la psychomotricienne est de ramener de la vie chez ces personnes malades qui oublient comment vivre. A l'aide de l'équipe soignante présente auprès des résidents (aides-soignants principalement), elle a instauré des activités de la vie quotidienne à des horaires réguliers. Tous les matins vers 11h, un soignant se détache pour entreprendre de lire le journal (hebdomadaire local) avec les résidents présents dans le salon, leur lieu de vie. Après le repas du midi, un petit groupe de dames (volontaires) viennent essuyer de la vaisselle en écoutant de la musique dans la cuisine thérapeutique (se trouvant au centre de l'unité, en face de la salle de relève). D'autres ateliers (plus occasionnels) sont pensés en équipe (cuisine, poterie, musical...) parfois avec l'appui de la psychomotricienne qui va alors aider à fixer des objectifs, choisir les résidents... et qui offre donc un autre regard sur ces personnes. Par ailleurs, durant son temps de présence au sein de l'UP, la psychomotricienne assiste aux relèves afin d'être à l'écoute des difficultés et des besoins des soignants et des résidents. En effet, l'accent est mis sur les personnes qui posent « problème » d'une manière ou d'une autre (maladie, troubles du comportement qui « dérangent » etc.) Elle donne son avis sur la situation et lance des pistes de réflexions (plus ou moins entendues par l'équipe) pour tenter d'améliorer la situation. Ses suivis s'orientent davantage vers les personnes qui font « symptôme » dans l'unité. En effet, en étant dans cette unité qu'une seule journée par semaine, elle ne peut malheureusement pas voir tout le monde. Elle oriente donc son choix en fonction de la demande de l'équipe, de la psychologue voir du médecin (mais cela reste rare). Alors, c'est souvent une difficulté particulière, une aggravation de l'état physique ou psychique, ou même un changement dans les habitudes chez l'un des résidents qui motive sa prise en charge. Le matin, elle effectue des prises en charge

individuelles qui nécessitent un suivi régulier. L'après-midi, nous expérimentons un groupe en salle de bien-être consacré aux personnes qui semblent en avoir besoin ce jour-là. Les temps de repas où résidents et soignants sont présents et mangent ensemble, sont un bon moyen d'observer les difficultés des équipes et l'état général des résidents.

La psychomotricienne a donc une place centrale dans cet établissement pour personnes âgées dépendantes. Elle coordonne les activités d'animation et réalise des prises en charge individuelles ou groupales selon les demandes de l'équipe et ses observations cliniques. On peut souligner ici un fonctionnement particulier dans le fait que les médecins ne sont pas prescripteurs. C'est un aspect qui m'a beaucoup questionné et interpellé étant donné l'accent mis sur ce point dans notre formation. J'ai cherché davantage de renseignements et il se trouve que selon la Haute Autorité de Santé (HAS), ces prescriptions peuvent être « inscrites sur ordonnance » ou « énoncées seulement oralement sous la forme de conseils »... Cependant, il apparaît que l'Ordre des médecins nie toute obligation de prescription en raison du caractère « non médicamenteux » de la psychomotricité²⁰. De ce fait, il réside le même « flou » sur le terrain, comme ici dans cet EHPAD.

I-4- La salle de bien-être, un lieu à part au sein même de l'UP

Au sein de l'UP, la psychomotricienne dispose d'une salle multi-sensorielle, pensée et construite sur l'idée d'une salle Snoezelen, tout en restant sensiblement différente afin de ne pas dépendre du concept Snoezelen et de pouvoir s'en détacher si besoin est. Cette salle est appelée « salle de bien-être » dans l'unité par les résidents et le personnel soignant. Il est peut-être vrai qu'il s'agit là de jouer sur les mots, car l'idée de base du concept Snoezelen reste notre ligne directrice dans l'utilisation de cette salle avec ma maître de stage. L'idée est de proposer une démarche d'accompagnement relationnel de la personne basée sur les sens afin d'apporter de la détente, un état de mieux-être de la personne. Malgré les réserves que l'on pourrait avoir avec l'utilisation d'un tel matériel (que l'on pourrait qualifier de high-tech) avec des personnes âgées, ce travail psychomoteur basé sur les sens à l'avantage offrir une approche « pure », sans détour de chaque modalité sensorielle et de leur perception. Lorsque l'esprit s'absente, n'est-il pas nécessaire d'aller chercher le sujet là où il se trouve, dans

²⁰ Document source : « Thérapies non médicamenteuses : le banc d'essai » *Le mensuel des maisons de Retraite* n°162, 2013

l'archaïque, le sensori-moteur, l'émotionnel et le fantasme ? Cette salle est donc utilisée comme un outil à part entière, une médiation qui permet d'aller chercher la personne démente là où elle se trouve dans l'involution de sa maladie.

Alors les objectifs principaux de soin avec les personnes démentes accueillies dans la salle de bien-être pour la psychomotricienne sont

- De prendre le temps : Dans la salle, il n'y a pas d'horloge, pas de contraintes avec des horaires à respecter. Du temps est laissé à la personne pour vivre ses expériences sensorielles et les assimiler.
- De découvrir ses ressentis et de lui permettre de vivre et revivre des expériences archaïques primaires, et donc d'aller là où il se trouve dans l'instant présent et dans l'avancée de sa maladie.
- D'apporter à la personne un état de détente et de bien-être.

Dans cette salle de 40m², on y trouve du matériel de relaxation : fauteuil, banquette traversée par une colonne à bulle lumineuse, fibres optiques lumineuses sortant d'un petit fauteuil, un lit chauffant et vibrant au son de la musique, une baignoire légèrement cachée par des rideaux lumineux, une roue à effets, un diffuseur d'huiles essentielles, une chaîne stéréo avec divers CD de musique (classique, musiques du monde, relaxation...) et du matériel commun à toutes les salles de psychomotricité : des coussins, couvertures, tissus de différentes matières, des instruments de musique, des balles, ballons...

II- Madame D

II-1-Retour sur notre première rencontre

Il est midi, soignants et résidents se retrouvent dans le salon pour manger ensemble. La psychomotricienne vient de me faire un point rapide sur chaque résident ce matin mais il me faut maintenant mettre des visages sous chacun de leur nom. Dans cet objectif nous allons les saluer un par un, puis avec l'accord de ces dames, nous nous installons à une tablée uniquement féminine. Je remarque, comme la première fois, que le silence règne en maître. Il n'y a aucune parole et aucun échange entre elles. La psychomotricienne engage alors la

conversation et se met à parler de nourriture, de la pluie et du beau temps et même de l'actualité. Inquiète, je me demande si cela ne va pas les mettre en difficulté de leur poser autant de questions avec les troubles mnésiques caractérisant leurs pathologies démentielles. Mais d'un seul coup, surprise, je vois leur visage s'animer et leur langue se délier. Mme P à ma gauche, me confie sa recette de grand-mère, Mme M nous soutient qu'avec ce beau temps hivernal nous allons avoir un printemps désastreux et Mme D de son côté, partage avec nous des souvenirs de son travail et de sa vie passée. Petit à petit la salle s'anime. Les autres soignantes se prennent au jeu et alimentent les conversations. Le silence a laissé place à la vie. Pendant quelques instants j'oublie où je me trouve, dans une unité fermée avec des personnes qui « perdent la tête ».. .

II-2-Première séance en salle de bien-être

Durant cette première séance qui fait suite à un besoin urgent de réassurance chez Mme D, je vais tenter de vous faire percevoir à travers mes observations psychomotrices et de façon globale, son attitude, ses difficultés, ses possibilités, tout ce qui me motivera ensuite à lui proposer un suivi régulier sous l'égide de la psychomotricienne, base de mes questionnements sur une approche par la sensorialité avec les personnes démentes.

En début d'après-midi, nous voyons Mme D debout proche de l'entrée, le regard perdu, parlant à mi-voix et retournant inlassablement la clé de sa chambre dans ses mains. Son visage est fermé, sa mine grave. Sa posture, sa tenue, tout son corps laisse transparaître une grande tension. Elle me donne l'impression d'être explosée dans l'espace, elle regarde partout, ses gestes sont désorganisés, elle n'a plus d'ancre, elle piétine... « *Qu'est-ce que je fais là ? Et où je suis ?* » Ce sont là les premières questions qu'elle nous pose quand on se présente à elle. Quel changement par rapport au temps de midi ! Elle est là, devant moi, complètement perdue, cette même dame avec laquelle nous avons échangé sur son passé une heure auparavant. Malgré une posture très rassurante et contenante de la psychomotricienne, Mme D continue inlassablement de poser les mêmes questions, interrogeant sa situation actuelle et son identité propre. Son regard fuit les notre, rien de ce qu'on lui dit pour tenter de la rassurer ne fait trace en elle. Elle n'entend pas. Sa voix monte dans les aiguës, tout son corps se tend, il me semble que son angoisse monte d'un cran, je retiens mon souffle. Comment l'aider ? Comment lui faire entendre nos paroles qui tentent désespérément de la rassurer ?

Dans un besoin urgent, la psychomotricienne lui propose d'aller discuter dans un espace plus calme. Elle décide de la prendre en séance individuelle dans l'espace de la salle de bien-être espérant ainsi la rassurer, la calmer dans un environnement neutre, afin de tenter de contenir cette angoisse qui l'habite. Auparavant, nous avons installé de manière « classique » la salle : Toutes les sources de lumières sont allumées (colonne, roue à effet, rideaux, fils ...) et une musique douce constitue un fond sonore. L'idée étant alors de diminuer au fur et à mesure de la séance les flux sensoriels pour apporter calme et apaisement chez Mme D.

Recroquevillée sur elle-même, sa posture change instantanément à la vue de l'intérieur de la salle. C'est la première fois qu'elle y vient. Elle se redresse et il me semble lire sur son visage toute une flopée d'émotions qui la traverse coup sur coup : surprise, crainte puis curiosité. La psychomotricienne l'accompagne jusqu'au fauteuil le plus confortable au fond de la salle. Pour mon premier jour de stage, je me place en position d'observatrice, je me laisse éprouver la rencontre entre la psychomotricienne et Mme D dans cet environnement particulier. Son regard s'est adoucit, il papillonne ici et là au gré de ses découvertes avec les différents éléments de la salle. La psychomotricienne lui propose alors de toucher les fils, les tissus, la boule lumineuse... Elle lui montre le matériel au fur et à mesure qu'elle y porte son intérêt. Une scène alors me marque : Mme D regarde défiler au mur les animaux de la forêt projetés par la roue à effet. Elle s'écriit « *Oh ! Un lapin !* ». Puis elle s'étonne de la même manière lorsqu'elle le voit pour la seconde fois quelques minutes plus tard. Puis encore et encore, elle le redécouvre comme la première fois à chaque fois. A cet instant et à nouveau, la maladie m'interpelle, me frappe, me choque. Je me demande comment peut-elle continuer à vivre en oubliant si vite ce qu'elle voit, entend, écoute? N'y a-t-il pas un autre moyen d'accès autre que l'intellectualisation ou l'encodage mnésique pour l'inscrire dans l'instant présent, dans une continuité de temps et d'espace ?

A la fin de la séance, nous la raccompagnons à sa chambre qu'elle s'inquiète de ne pas trouver jusqu'à se retrouver devant et d'y lire son nom. Elle semble encore désorientée, mais son attitude a radicalement changé. Son visage est détendu, ses gestes plus fluides, elle comme plus unifiée dans son corps et dans son esprit. Vers 16h nous la verrons assise calmement en train de prendre le goûter dans le salon.

Ce changement qui s'opère chez elle entre son état d'« avant », son état « pendant » la séance et immédiatement ensuite, sont à l'origine de mes questionnements. En effet, le passage si rapide de Mme D, d'une situation d'extrême désorientation et d'angoisse à un retour au calme, avec à nouveau des réminiscences de souvenirs, m'impressionne. C'est comme si l'ensemble des stimulations sensorielles proposées lui avait permis de retrouver des ressources en elle, une accroche corporelle à ses sensations pour diminuer son tonus, se calmer et enfin d'accéder à une détente. Comment expliquer cela ? Quelle a été l'importance de l'accompagnement verbal et corporel de la psychomotricienne ? Aussi, la scène du lapin qu'elle redécouvre chaque fois, m'oblige à reprendre contact avec la réalité de la maladie. L'étendue de ses troubles mnésiques est si importante qu'elle ne peut encoder de nouvelles informations. Dans cette situation où la pensée ne fait pas trace chez Madame D, qu'en est-il de son sentiment de continuité d'existence ? Comment peut-elle alors s'emparer des expériences proposées ?

II-3- Son histoire de vie

Madame D est née le 28 juin 1922, elle va sur ses 94ans cette année. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants (un frère et une sœur), son père très estimé, apparaîtra beaucoup dans nos séances. Elle semble profondément attachée à lui ce qui la met beaucoup à mal lorsque ses souvenirs de lui sont trop flous. Sa mère, qui quitte brutalement le domicile familial en 1935 à ses 13ans, sera aussi évoquée mais d'une façon plus agressive dans nos échanges. Suite à cela, Mme D se retrouve dans l'obligation d'arrêter ses études après l'obtention de son certificat d'étude pour s'occuper de son frère et de sa sœur. A 17ans, Madame D se marie et obtient le divorce une dizaine d'années plus tard suite à des violences conjugales. Elle travaille alors comme couturière (elle voyage dans toute la France) puis devient responsable d'un atelier de confection. Pour ses 46 ans en 1968, elle se marie avec Mr D, lui-même divorcé et père de trois garçons nés d'une précédente union.

En 2007, Mme D entre en foyer logement. Son époux décède en 2008 et des premières difficultés mnésiques sont rapportées. C'est à cette même période qu'un premier diagnostic de syndrome démentiel est posé. Une atteinte globale de ses fonctions cognitives rend alors le maintien en foyer logement difficile. En 2012, le diagnostic d'une **atteinte de maladie d'Alzheimer** est posé par le médecin. Mme D est accueillie à l'EHPAD en avril 2013. Elle change alors complètement de région pour se rapprocher de son beau-fils et sa femme (le

dernier qu'il lui reste, les deux autres étant décédés). Très présent, il gère tout l'administratif qui la concerne depuis le décès de Mr D. A son arrivée à l'EHPAD, Mme D présente une très grande angoisse (avec d'importantes plaintes mnésiques) et une désorientation conséquente qui perdure. Un suivi avec la psychologue se met très vite mis en place mais un mal-être profond persiste chez elle. Dans son dossier il est question d'un **syndrome anxio-dépressif**. Accueillie au PASA (Pôle d'Activité et de Soin Adapté) trois jours par semaine pendant 2ans, elle rencontre la psychomotricienne durant les temps d'activité. En février 2014, suite à l'aggravation de sa maladie, elle intègre les nouveaux locaux de l'unité protégée.

II-4- Habitudes de vie au sein de l'UP

Mme D apparaît comme une femme plutôt solitaire. Très peu bavarde avec les autres résidents, elle peut être dans l'échange avec le personnel sitôt qu'il prend le temps avec elle. Au quotidien, elle dort bien et fait régulièrement des grasses matinées. Les temps de repas sont compliqués pour elle. Elle se montre très susceptible et facilement grincheuse au sujet de la nourriture. Sinon, elle a beaucoup investi sa chambre, pleine de repères de sa vie passée (meubles, bibelots), qu'elle ne peut quitter sans fermer à clé de peur de se faire voler. Lors des activités, elle apprécie les jeux de réflexion de type quiz, ateliers mémoire ou les activités manuelles (peintures, dessins, ateliers créatifs...) mais refuse de participer aux activités de cuisine et autres tâches de la vie quotidienne. Elle nous répète souvent avoir « *bien assez travaillé dans sa vie* ». Aussi, elle reçoit très régulièrement la visite de son beau-fils et sa femme, tous deux bénévoles à l'EHPAD.

Au cours de la journée, Mme D peut se montrer très anxieuse. Elle présente d'ailleurs de nombreux facteurs anxiogènes c'est-à-dire des objets ou situations, qui déclenchent chez elle de l'anxiété. Par exemple, si elle ne trouve pas ses clés de chambre (le principal facteur anxiogène chez elle), l'anxiété éprouvée devient insupportable et se transforme en importante angoisse. Alors, comme dans un ultime recours Mme D se met à déambuler. Elle peut alors se montrer très agitée, jusqu'à crier et se débattre, dans une sorte d'explosion motrice et verbale.

II-5- Observations psychomotrices

Physiquement, Mme D ne fait pas son âge. Elle paraît beaucoup plus jeune. De taille et de corpulence moyenne, elle a les cheveux châtais, les yeux marron, un visage lisse avec peu d'expressions mimiques paraissant plutôt fermé de prime abord. Jamais maquillée, elle apparaît cependant toujours soignée avec ses longues robes habillées pleines de couleurs qu'elle porte chaque jour.

D'après mes premiers éléments sur Mme D, j'observe qu'elle a conservé de très bonnes capacités motrices globales du haut de ses 94ans. Autonome dans ses déplacements, elle marche légèrement courbée vers l'avant mais se déplace aisément et sans aide technique (déambulateur ou canne), elle n'en a jamais exprimé le besoin. Elle garde aussi de très bonnes capacités perceptives : le goût, la vue, l'audition, l'odorat et le toucher sont encore très performants chez elle. Du coté cognitif, Mme D a conservé de bonnes capacités verbales. Elle est audible et intelligible dans sa façon de parler. Elle trouve facilement ses mots, ne fourche pas, mais ne parle que si elle est par ailleurs stimulée. Par contre Mme D présente une importante désorientation temporo-spatiale quotidienne, qui me semble-t-il, est en lien avec ses importants troubles mnésiques. Elle se montre dans l'incapacité totale d'encoder de nouvelles informations (ou événements) et même de se rappeler de fait antérieurs, ce qui accroît davantage son anxiété quotidienne.

Du coté des équipes je perçois comme un désinvestissement de cette dame. Plutôt discrète voire presque transparente, même dans ses moments d'angoisse, elle ne gêne pas les autres résidents et ne perturbe pas vraiment la vie de l'unité. Aussi, elle est bien plus autonome que la plupart des résidents du l'unité : elle s'habille seule, mange seule, se déplace seule, parle intelligiblement, donc présente finalement peu de « travail » pour le personnel soignant. Elle est d'ailleurs décrite comme solitaire par ce dernier. Pourtant je ressens chez elle un besoin et une demande constante d'accompagnement. Sans la présence de l'autre à ses côtés, elle s'éteint ne parle plus. Elle me laisse transparaître beaucoup de tristesse et de désarroi. Cela m'interpelle. D'ailleurs, nous verrons que ses « crises » ne feront qu'augmenter au fil du temps, motivant, entre autres, sa prise en charge régulière. Lors de cette première rencontre, j'ai envie de la connaître davantage, de découvrir sa personnalité, l'aider à trouver des réponses à ses questions et ainsi l'aider à exister aux yeux des autres

II-6- Projet de soin

Au sein de l'unité, Mme D se montre de plus en plus anxieuse quotidiennement. Ses « crises » d'angoisse se multiplient et elle reste dans ces moments là difficilement canalisables. Par ailleurs, elle se trouve de plus en plus renfermée sur elle-même, à ruminer contre les « autres » et dans l'opposition aux soins (toilettes, médicaments...). Nous envisageons les semaines qui suivent de la rencontrer de façon régulière en psychomotricité. Dans un objectif de professionnalisation, nous décidons avec la psychomotrice que je me chargerai de ses séances, seule sous son regard attentif. Dans la continuité du travail amorcé durant cette première séance pour Mme D et voyant les résultats immédiats et sa réceptivité à travers cette médiation par les sens, je propose de la suivre dans le cadre de la salle de bien-être à fréquence d'une fois par semaine avant le temps du déjeuner le midi.

Mon objectif de soin est alors de proposer à Mme D, à travers des expériences sensorimotrices, de sentir et ressentir son corps dans sa globalité et dans l'Ici et Maintenant de la séance afin qu'elle continue d'exister avec cette tête qui l'abandonne et ce corps qui vieillit. A plus long terme, dans une problématique identitaire mon objectif est aussi à travers une prise de repères corporels suffisamment structurants et dynamisants, d'agir son anxiété quotidienne et améliorer sa qualité de vie au sein de l'unité.

II-7- Évolution du suivi avec Madame D, deux phases distinctes dans le soin : Avant & Après son hospitalisation

II-4-a- Avant son hospitalisation

Après un temps de réflexion sur sa prise en charge et quelques difficultés « techniques » dans le fonctionnement de la salle (problèmes de chauffage) et une réorganisation au niveau des soignantes (afin de préparer Mme D suffisamment tôt le matin pour sa prise en charge avec moi) nous débutons un suivi régulier début décembre seulement.

Les premières séances, une prise de repères nécessaire.

Durant les deux premières séances, qui se déroulent avant Noël, je réalise mes premiers pas dans la peau d'une psychomotricienne. Il me faut alors penser mon engagement corporel avec Mme D, à travers les notions d'accompagnement et de contenance. Ces séances seront l'occasion de m'ajuster dans cette rencontre intersubjective où nous apprenons à nous connaître, mais surtout où je tente d'affiner mon observation de ce qu'elle me montre à voir. Durant la première rencontre, nous lui expliquons les modalités de la prise en charge, avec moi la stagiaire apprenant le métier et la psychomotricienne observatrice de notre rencontre. Elle nous dit alors comprendre qu'il est important d'en passer par là pour « bien travailler », elle me rassure et m'accepte volontiers auprès d'elle. Je ne pense pas qu'elle cerne réellement les spécificités du métier, mais cela me fait sourire. Cette intermède, où durant un petit temps les rôles tendent à s'inverser me permet de me rassurer dans ma position de soignante et d'aborder des souvenirs de son travail, de sa vie ainsi de tenter de cerner sa personnalité.

Durant ce premier travail, j'essaie de faire des liens entre ses réactions et les réponses que je lui apporte, je tente de tirer un fil conducteur me permettant de m'ajuster au mieux dans notre rencontre. Je remarque ainsi, un déroulement commun dans les séances : Lorsqu'elle rentre dans la salle, elle me parle d'elle, des autres, de la vie en général. Plusieurs fois des souvenirs de son enfance émergent, alors elle se questionne et je lui propose de trouver elle-même les réponses en la résitant dans son histoire, lui rappelant son âge, quelques éléments de sa vie qui semblent la rassurer et qui nous permet d'entrer dans un travail plus corporel. Ce temps de découverte, d'expériences sensori-motrices est entrecoupé de pauses où Mme D ne dit plus rien, ne fait plus rien, où le lien semble rompu. Je tente alors d'observer, sentir, percevoir ce qui « l'accroche » dans la salle. Avec quel matériel, quelles modalités sensorielles nous pouvons jouer, nous rencontrer, et rester dans le lien à l'autre tout au long de la séance. Ainsi, je lui propose de nombreuses expériences sensori-motrices à travers le toucher, la musique, l'odorat, le regard... A la fin de la séance, lorsque je sens Mme D se remobiliser, j'augmente la luminosité et lui propose de rejoindre sa chambre avant de manger (dans la pièce la plus repérée pour elle dans l'unité). Mais avant elle m'interroge sur sa situation actuelle, où elle se trouve, dans quelle ville. Les réponses qu'elle demande et que je lui apporte semble faire trace chez elle, et je la raccompagne jusqu'à sa chambre qu'elle reconnaît instantanément une fois devant.

Il m'a semblé important de repérer ce fil conducteur, fonctionnement commun de toutes nos rencontres. Ces premières séances ont donc été l'occasion de faire plus ample connaissance avec Mme D, d'observer ses moments d'inquiétude comme de bien-être, les

moments d'interactions comme les ruptures. J'ai ainsi pu affirmer mon positionnement, affiner mon observation et surtout m'apercevoir de son besoin constant de contenance et de réassurance.

Le 13 janvier, après les vacances de Noël

Les vacances marquent une rupture dans la continuité de notre prise en charge. Je n'ai alors aucune idée de l'incidence qu'aura cette parenthèse dans son soin sur Mme D. Je m'informe par l'équipe du déroulement de ses dernières semaines, sans que rien ne me soit rapporté de plus inhabituel dans son comportement ou sur le plan de sa santé. Je la retrouve donc prête pour notre séance en train de terminer son petit déjeuner dans le salon.

Lorsque je vais la chercher, elle ne souvient pas de notre séance, cependant, sans hésitation elle accepte de m'accompagner. Puis arrivée dans la salle, sa mémoire lui revient tout à coup : elle est déjà venue ici. Alors malgré quelques semaines sans se voir, Mme D s'est imprégnée de l'ambiance de la salle qui semble agir alors comme un repère dans la discontinuité de sa maladie. Comme les séances précédentes, après un petit temps de discussion, je commence par faire rouler la balle à picot sur ses mains, ses bras, jusqu'aux épaules. Dans l'idée de lui faire sentir son corps dans sa globalité à travers les limites de sa peau, cela me permet aussi d'entrer en contact corporellement avec elle et, dans un dialogue tonico-émotionnel, de sentir dans quel état tonique elle se trouve aujourd'hui. Peu à peu elle se relâche, ses tensions la quittent. Je roule alors la balle au rythme de la musique dont j'ai volontairement augmenté le son. Mme D me questionne alors sur la langue et les instruments utilisés. Je suis surprise par la pertinence de ses questions et par la curiosité dont elle fait preuve. C'est la première fois que nos échanges se décentrent de sa personne. Je décide alors d'orienter notre séance autour du sonore avec la découverte des instruments. Son choix s'arrête sur les maracas. D'abord attentive au son de son instrument qu'elle rapproche de son oreille, nous les secouons ensuite au rythme de la musique dans de grands puis de petits gestes amples et fluides. Alors, nos regards se croisent, je la vois sourire, rigoler, se mettre en mouvement et je lis alors énormément de plaisir dans son regard, un plaisir partagé.

Je suis très agréablement surprise de cette reprise avec Mme D. Il semble que malgré le peu de séances effectuées jusque-là, Mme D a déjà repéré la salle et construit un sentiment de sécurité suffisant pour lui permettre d'engager le jeu de danse avec les maracas. Comme dans une bulle hors du temps, portée au rythme de la musique aux résonances africaines, elle a quitté une certaine intellectualisation de la situation pour partager ensemble la même activité. Cette séance vient confirmer mes précédentes observations, Mme D privilégie les

perceptions tactiles, visuelles (à travers le regard de l'autre qu'elle recherche) et auditives. À travers ces différentes modalités sensorielles, elle met son corps en mouvement dans un réel plaisir.

Les séances suivantes se déroulent sur le même schéma. Elle reconnaît la salle chaque fois, sans pour autant se rappeler de notre séance ensemble quand je vais la chercher. Après un petit temps de discussion où je resitue Mme D dans le contexte de sa prise en charge, nous alternons entre des séances plutôt dynamiques et des séances plus calmes tournées autour du toucher-massage. Dans ces dernières, je développe une observation plus fine de l'état de tension de Mme D en m'appuyant sur ses mimiques, sa posture et sa gestualité. Cela me permet de mettre des mots sur ses états internes, les affects, les émotions qui la traversent et de lui faire ensuite de justes propositions, là où elle ne peut pas mettre en mots ce qui serait bon pour elle. Je passe ainsi d'un toucher-massage avec une balle, à un toucher-massage peau à peau, pour être au plus proche d'elle, dans un corps-accord, là où je sens qu'elle a besoin d'un soutien, d'un portage, d'une contenance pour se rassurer. Mon positionnement évolue donc au rythme de Mme D, non sans un climat de confiance et de sécurité de plus en plus présent en séance. Les expériences sensori-motrices partagées dans le lien à l'autre font émerger chez Mme D de nombreuses réminiscences d'un plus ou moins lointain passé. Alors elle peut dans une certaine tranquillité aborder des moments forts de sa vie, ce qui n'est pas le cas en début de séance où elle me questionne sur son histoire qu'elle n'arrive pas à se rappeler, ce qui l'angoisse. Après un petit moment ensemble, dans une mise en mouvement de son corps, une perception de ses sensations, Mme D est capable de réaliser un certain travail psychique de reconstruction identitaire. Aussi, elle se fait davantage l'investigatrice de ses activités, qui sont de plus en plus support au plaisir d'être et d'agir ensemble. Les sorties de séances restent quant à elles délicates. Je dois resituer Mme D dans l'espace-temps présent automatiquement avant de partir, sans quoi, elle me questionne, s'angoisse jusqu'à perdre le bénéfice immédiat de la détente apportée dans la séance.

Au cours des semaines qui suivent ce début de prise en charge, j'interroge les soignants pendant les relèves afin de savoir s'ils perçoivent une modification du comportement de Mme D au quotidien. Une aide-soignante me confie qu'elle paraît un petit peu plus éveillée au moment des repas. Une autre me dit la trouver moins « râleuse » après les autres résidents et même moins opposante aux soins. Cependant, l'anxiété quotidienne et ses « crises » de désorientation persistent.

Mme D montre tout de même une belle évolution au fil de nos rencontres. Les ruptures d'une activité sur l'autre sont de moins en moins présentes. Mme D s'inscrit de plus en plus dans une continuité du lien durant les séances. Je l'observe dans le cheminement de nos échanges, mais aussi corporellement dans une accession de plus en plus rapide vers un état de détente, mais surtout dans le rapport qu'elle a à son corps. En effet, il se produit comme un réinvestissement corporel chez Mme D. A ma demande de porter attention à ses ressentis et sensations en début et en fin de séances, Mme D utilise un vocabulaire de plus en plus précis, plus fin et plus imagé. Les « *ça va* » ont laissé place aux « *J'ai senti le calme* », « *je suis détendue* », « *je me sens lourde* »... Aussi, Mme D portera attention, de façon parfois inattendue, à des petits « *bobos* » comme un bouton sur son visage, où à des petits « *tracas* », comme un bas qui lui tombe sur la cheville durant la séance.

La dernière séance avant son hospitalisation (*le 24 janvier*), Mme D se dit et se montre très fatiguée. Pour la première fois en séance, elle s'endort dans le fauteuil, seulement quelques minutes après l'induction de mon massage avec la balle à picots devenu un rituel de début de séance. Auparavant, Mme D n'arrêtera pas de me dire qu'elle se sent de trop, qu'elle aimerait disparaître afin de ne pas nous encombrer. Je suis surprise, je ne la reconnaissais pas dans ce mouvement dépressif qui la submerge. Ses inquiétudes habituelles sur son histoire de vie laissent place à un questionnement très sombre sur sa vie, sa mort, remettant en question sa place au sein même de l'unité. Je reste malgré tout surprise qu'elle puisse mettre des mots sur son mal être, car finalement, à ce moment-là, Mme D se rend compte de sa maladie, du temps qui avance. Elle n'est plus dans le déni qui caractérise sa pathologie. C'est comme si elle avait fait un bond en arrière dans l'évolution de sa maladie, un retour néanmoins douloureux. D'une pertinence que je ne lui avais encore jamais vu jusqu'à présent, Mme D ne se réveillera même pas surprise d'être dans cette salle en ma présence et me dira se sentir « *un petit peu mieux* ». Elle fait même preuve de capacités d'orientation impressionnantes en sortant de la salle. Elle se dirige d'elle même dans le salon car elle refuse de rester seule dans sa chambre.

La semaine suivante, j'apprends que Mme D est fiévreuse depuis quelques jours. Je ne pourrai donc pas faire la séance, une épidémie de grippe a gagné l'unité. Nous passons tout de même la saluer dans sa chambre dans l'après-midi. Sur son lit, allongée sur le dos, son visage est livide, gris et ses yeux mi-clos, elle ne bouge pas. Cette scène me frappe. J'ai tout à coup l'impression de la voir sur un lit de mort. En sortant de la chambre, je suis chamboulée.

Jusqu'à présent presque dans le déni de leur propre finitude, je réalise avec violence, que la fin du soin, la fin de la vie peut très vite arriver avec ces personnes très âgées. Le lendemain, la fièvre ne diminuant pas, Mme D prend le départ de l'hôpital.

II-4-b- Une rupture dans la prise en charge : Son hospitalisation

Cette hospitalisation (dû à une grosse infection des poumons) imprévue interrompt nette la prise en charge, mais surtout je m'interroge quant aux conséquences que cela aura chez Mme D. Sera-t-elle capable de comprendre pourquoi elle a changé de lieu ? Ou même simplement comprendre ce qu'il lui arrive ? Mais avant tout je me demande si je la reverrai...

Mais Mme s'accroche à la vie, elle revient à l'UP après deux semaines d'hospitalisation. La semaine suivante lorsque je m'informe auprès de l'équipe de son état, beaucoup de choses ont visiblement changées. Elle passe une grande partie de la journée à dormir, elle mange peu, ne se déplace plus seule et se plaint de ne plus pouvoir marcher. Elle est de plus en plus dépendante des soignants. Elle se montre très apathique avec les autres, mais surtout très angoissée, elle demande à rester seule dans sa chambre. L'hospitalisation, le changement d'environnement, ont considérablement augmenté les troubles de Mme D. Elle ne cesse de répéter qu'elle se sent mal, qu'elle est fatiguée, mais surtout elle ne comprend pas pourquoi. Ces troubles mnésiques l'empêchent de mettre du sens sur son sentiment de mal être général. Cela accrue considérablement son angoisse, et sa désorientation spatio-temporelle. Mes objectifs de soins s'en retrouvent alors remaniés, repensés. Il me semble alors important d'agir sur cette crainte de la verticalisation (qui peut-être du à son important état de fatigue) tout autant que son importante angoisse quotidienne en continuant à lui offrir des repères corporels structurants et rassurants à travers nos expériences sensori-motrices. Les deux séances qui suivent j'oriente alors le soin autour du toucher-massage avec le ballon, dans l'intention de lui faire sentir son corps dans sa globalité, mais aussi, à travers différents types de touchers comme des percussions, lui faire sentir sa charpente osseuse, son squelette interne qui bel est bien présent pour la soutenir.

Très vite Mme D sort de sa torpeur et s'ouvre de nouveau au monde. Doucement, elle se remet à marcher en restant fermement accroché à l'autre. Lors de la dernière séance (avant le rendu de ce mémoire, donc réalisée toute récemment à l'écrit de ces mots), un mois et une

semaine après son retour d'hospitalisation, Mme D montre une très belle et impressionnante évolution. Pour la première fois elle me reconnaît dès mon entrée dans l'unité. Depuis l'office je la vois me sourire, l'air heureuse. Lorsque je lui parle de notre séance, à la simple évocation de mes mots, elle s'en souvient, c'est une grande première aussi. Dans l'espace de la salle, nous réaliseront une séance autour des instruments de musique, très riche d'instants partagés. Elle reste dynamique, pertinente et en interaction tout au long de la séance. La salle semble de mieux en mieux repérée au sein de l'unité. Elle sait maintenant qu'elle vient y faire des activités pour se détendre. Aussi, elle se montre très philosophique avec la finitude de la vie, en se disant qu'on « *y va tous* ». Elle ne semble pas anxieuse d'évoquer cette fin qui se rapproche, mais plutôt d'en être consciente et dans l'acceptation.

Au quotidien, Mme D est davantage dans l'échange, une soignante me rapporte même qu'elle sourit plus. Elle mange de nouveau normalement, et surtout, elle a lâché tous les facteurs anxiogènes (comme ses clés et la fermeture systématique de sa porte de chambre) sources d'anxiété et d'angoisse habituellement. Elle est toujours désorientée, questionne sa situation aux soignantes, mais n'a plus besoin de sa clé ou de fermer sa chambre à double tour pour se rassurer.

II-8- Bilan-Analyse

Dans cette prise en charge avec Mme D, nous voyons que l'hospitalisation vient rompre une certaine dynamique d'évolution. Cependant elle signe aussi comme le passage d'un cap dans sa maladie. Là, où à un moment donné nous nous sommes demandé si elle n'allait pas partir, il semble que Mme D ait trouvé suffisamment de ressources en elle et de repères stables et sécurisants au sein de l'unité et en psychomotricité pour bien négocier le virage, et remonter peu à peu « la pente » suite à son hospitalisation. Cela se manifeste à travers des facteurs anxiogènes complètement oubliés et des moments de « crises » quasi-inexistantes actuellement. Cependant, il faut garder en tête que rien n'est jamais acquis, Hugette Bucher nous rappelle d'ailleurs que « *dans cet ensemble mouvant, rien n'est "donné" à l'individu, ni jamais acquis une fois pour toutes. La conscience de soi se construit, se remanie, se renforce ou s'affaiblit tout au long de la vie, à travers les multiples aléas des relations affectives et de l'expérimentation humaines.* »²¹

21 H.BUCHER, *Psychomotricité : le « plaisir d'être comme thérapie »* p47

Dans l'espace de la salle, Mme D dépose toutes ses tensions, inquiétudes et me demande des réponses aux questions qu'elle se pose de son histoire de vie. Dans un lien suffisamment sécurisant et dans une attention constante à elle, elle dit me faire entièrement confiance. Il semblerait que la psychomotricité, permet à Mme D de trouver un support à un travail psychique de reconstruction identitaire qui est alors entendu et reconnu. Après son hospitalisation, la salle, la musique, les lumières, les sensations, se rappellent à elle, à son corps comme des souvenirs d'un lointain moment de plaisir. Ancrés dans son corps ils lui offrent un moyen d'accroche à un état antérieur. Elle s'y retrouve, y retrouve un ancrage soutien un certain sentiment d'être. Alors elle relâche tout, sans hésitation, sans crainte, dans le lien à l'autre.

Partie 3 : théorico-clinique

I-La démence, une problématique identitaire

A partir des notions développées dans la première partie et la présentation du travail réalisé avec Mme D, nous voyons que le processus démentiel met à mal ce qui fait l'identité propre de l'individu. On pourrait même faire l'hypothèse que ce qui fait la spécificité de la démence est un trouble de l'identité. Pour certains auteurs comme J. Messy et C. Balier, il est nécessaire d'aborder le syndrome démentiel comme une interrelation entre les différents symptômes cognitifs, psycho-comportementaux et la personnalité de l'individu. J'ajouterais qu'il ne faut pas oublier que « les déments » d'aujourd'hui ont été des personnes tout à fait « normales » hier. Alors je pense qu'il faut garder à l'esprit que « le dément », est d'abord un sujet, une personne avec ses envies, son histoire, son identité, sa subjectivité. Ce sont des personnes qui ont vécu comme vous, comme moi, des expériences uniques fondement de leur personnalité. De ce fait, lorsque la mémoire s'efface, que la désorientation spatio-temporelle s'installe, que la personne n'a plus la permanence d'elle-même dans l'espace temps de son environnement, nous devons, et pouvons, comprendre toute l'étendue et l'importance de l'angoisse qu'elle peut vivre quotidiennement.

Madame D, cherche mais ne trouve pas. Elle ne sait plus si son père, un homme si cher à son cœur, est mort. Elle a oublié. Elle ne sait même plus où elle est née. Elle tente pourtant de se rappeler mais rien n'y fait. Elle angoisse. Alors elle se lève de table et cherche. Elle marche, se perd. Dans un mouvement d'errance incessante, elle tente de se rappeler.

A ce moment-là, Mme D n'a plus d'identité, elle a oublié son histoire et cela l'angoisse. Alors pour y pallier et tenter d'atténuer ce manque, ce trou, elle va déambuler inlassablement dans le service à la recherche de ses souvenirs.

Dans le cas de Mme D, du fait de sa maladie d'Alzheimer avancée, la trace mnésique en tant que toile de fond de son sentiment continu d'existence s'efface peu à peu. Alors la possibilité de se projeter dans l'avenir s'obstrue peu à peu. Dans ce contexte, elle ne peut plus mettre en histoire sa propre vie. Alors c'est sa capacité même de se représenter elle, dans ses souvenirs qui est annihilée, elle n'a plus d'ancre ni dans le passé, ni dans l'avenir. De ce fait le présent ne se retrouve plus rattaché aux autres temps, il n'a plus de continuité. En effet, le sentiment d'une continuité d'existence suppose une mémoire. La notion même d'identité est, de ce fait, mise à mal.

II- Le corps, facteur initial du processus de soin

Nous avons vu dans la première partie que, du corps et de la sensorialité, émergent des processus psychiques. Ainsi, l'être humain passe de la sensori-motricité à l'intégration psychomotrice de l'émotion à l'affect, de l'agir à la pensée. Le corps est donc au centre de la construction psychique de l'être humain. Chez les personnes démentes, la maladie, dans une dynamique d'involution, détruit peu à peu ces processus psychiques. On pourrait même croire qu'il s'agit là d'un retour aux premiers fonctionnements, donc d'une régression de l'individu. Or la personne, dans un contexte particulier, souvent de façon inattendue va faire preuve d'une réminiscence, d'une capacité verbale et cognitive, d'une pertinence surprenante où le cerveau n'est plus « détruit » comme on nous le dit si souvent dans ces maladies neurologiques évolutives. Durant un instant parfois très court, la réciprocité de la relation surgit à nouveau. Cette expérience, je l'ai vécue à plusieurs reprises dans l'espace de la salle de bien-être avec Mme D et avec d'autres résidents. À travers le corps et par divers moyens, la personne va pouvoir à nouveau « Être ». Dans l'instant présent de la relation, le corps du sujet âgé apparaît au cœur du processus de soin. Il devient un véritable moyen d'approche de l'individu, de ses possibilités restantes dans l'avancée de sa maladie.

Michel Personne considère le corps comme une source d'amélioration et de sens. Par une approche corporelle, la conscience du sujet, sa mémoire, peut ressurgir. Ainsi, « *la reconstruction de l'unité du sujet devra partir du corps et de ces fonctions comme lieu d'ancre au réel et d'actions possibles.* »²² Pour lui, il faut alors voir les troubles que la personne montre à voir, comme des moyens de communiquer, des manifestations de son état interne. Cela permet de mettre du sens, de ne pas rester dans l'insensé de la maladie. De la même manière, on peut alors passer par le corps et ses capacités pour entrer en relation, soutenir et étayer l'individu.

« *le corps apparaît comme facteur initial du processus de soin, celui qui permet de construire le processus thérapeutique* »²³. M. Personne

22 M. PERSONNE, Le corps du malade âgé : Pathologie de la vieillesse de relation de soins, 1994, p54

23 Ibid, p53

III-Soutien du sentiment-continu d'existence à travers la mémoire

« *Je suis déjà venue ici, il y a très longtemps mais je me souviens...* ». Mme D, entrant dans la salle de bien-être. Cette phrase, si riche de sens, si extraordinaire à entendre chaque séance, montre que quelque chose s'est inscrit corporellement en elle.

III-1- La mémoire du corps

Lorsque l'individu vit une expérience au cours de sa vie, sa perception, ses sentiments, sa conscience, sa créativité, son environnement, liés à cette situation vécue s'inscrivent en lui. Alors les souvenirs sont teintés d'affects, de sensations, de perceptions, liés au contexte de l'événement. La mémoire est donc le fruit des expériences vécues, elle est le témoignage du sens de la vie de chacun transmis de générations en générations.

« Tout ce que nous vivons devient mémoire, qu'il s'agisse d'oublis ou de souvenirs, de continuité ou de changements. »²⁴

Dans le développement de l'individu, les capacités sensorielles et le corps sont les premiers outils du développement de la mémoire.

« le nouveau-né apprend et mémorise à travers la corporéité ; il distingue déjà dans la phase prénatale les sensations positives et négatives et il apprend mieux les premières; la corporéité représente le premier outil de l'action d'apprendre, de la communication et de la relation, du développement et de la mémoire ; elle devient esprit avant que l'esprit n'arrive. Les mémoires primitives des expériences humaines s'impriment dans la corporéité. »²⁵

Alors le corps est empreint d'une mémoire. Cette mémoire reflète l'identité même de l'individu, de ce qu'il a vécu, de ses expériences bonnes ou mauvaises... Elle mémorise sensations et émotions qui sont le fondement d'un parcours de mémoires. Elle se retrouve tout au long de la vie, du début à la fin de l'histoire humaine, entre la première expérience d'attachement et la dernière expérience de séparation. Ainsi, comme nous l'avons vu dans une première partie, la mémoire corporelle, donc la mémoire procédurale (la mémoire des

24 C. CRISTINI, L. PLOTON « Mémoire et autobiographie », *Gérontologie et société*, 2009 n° 130, p. 78

25 Ibid., p81

habiletés et des automatismes moteurs), sensorielle et émotionnelle perdurent dans la démence. Alors, il semble que la personne aura toujours la possibilité de garder des informations en mémoire si celles-ci sont connotées positivement ou négativement par des traces affectives. Ainsi à travers des expériences sensorimotrices partagées, remplies d'affects, d'émotions de sensations, Mme D se souvient de l'espace de psychomotricité d'une semaine sur l'autre.

III-2- Inscription dans l'Ici et Maintenant, émergence d'une continuité du soin

M. Personne à travers une réflexion sur la perception du sujet malade âgé, nous explique que la perception est une activité purement réflexe présente chez tous les êtres humains. Il la différencie de l'activité perceptive qui, elle, se compose d'une certaine intention de l'individu. Cette dernière demande une attitude dynamique, opposée à la passivité de la routine. En effet, la routine en tant qu'activité automatique, et même parfois stéréotypée ne permet pas de voir l'individu autrement que comme un corps mécanique. Ainsi, pour réinscrire la personne démente dans une continuité de temps, afin qu'elle se raccroche au réel du moment présent, il lui est nécessaire de développer une activité perceptive associée à la richesse de la dimension immédiate par une approche du corps du sujet.

Alors, il me semble qu'à travers les sens, donc dans une approche corporelle de la personne et dans une activité perceptive partagée, la personne peut s'approprier un repère spatial et temporel, lui permettant un ré-ancrage dans le présent. Elle s'inscrit alors dans l'Ici et Maintenant, et dans une certaine continuité de soin d'une semaine sur l'autre. Ainsi, au fil des séances, où elle semble de plus en plus à son aise, Mme D accède de plus en plus rapidement à la détente. Elle se montrera par ailleurs d'avantage attentive à ses propres ressentis, ses propres sensations, qui font éruption dans nos séances par de nombreux rappels au corps, comme la fois où elle perçoit, étonnée, un bouton sur son visage.

IV– Vers la re-construction d'une enveloppe corporelle unifiée, introduction à la notion de contenance

« L'enveloppe psychique n'est pas objet mais une fonction. La fonction enveloppe est une fonction de contenance qui consiste à contenir et à transformer expériences, émotions, pensées, que le moi trop fragile du patient, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut contenir, tolérer et penser... Contenir une expérience c'est la comprendre. »²⁶ A. Ciccone

Dans l'involution de la démence, l'enveloppe psychique se délie, sa limite devient floue, les liens disparaissent et les contenus se perdent. Cette enveloppe qui constitue une surface, un fond, à partir duquel l'identité de l'individu s'appuie pour se déployer, devient poreuse. Sans contenance psychique la personne démente n'a plus la sécurité de base d'un sentiment d'exister. La personne est envahie par des angoisses de disparition, de perte, des angoisses qui touchent son identité même. Son intégrité psychocorporelle est donc mise à mal. Elle est comme explosée dans l'espace et le temps. Elle est assaillie de données émotionnelles et perceptives éclatées de toutes parts, sans lien entre elles, car elle n'a plus la capacités de se les représenter. Son histoire, sa conscience, son sentiment de permanence de Soi s'effilochent et s'étiolent. La personne devient liquide, insaisissable dans ce qu'elle est et dans ce qu'elle a été.

Alors sans pouvoir s'appuyer sur des repères stables, la personne malade doit trouver en psychomotricité des éléments perceptibles et structurants comme un cadre stable et sécurisant, comprenant une unité de lieu, de temps, de rythme dans une ambiance reconnaissable entre toutes. La permanence du cadre offert par la salle de bien-être dans l'unité est donc un premier contenant permettant de développer une relation basée sur la confiance et un sentiment de sécurité. Ensuite vient l'attitude du psychomotricien. Il doit lui-même être contenant pour accueillir l'individu dans ses capacités restantes, mais aussi avec ses angoisses et sa souffrance, dans une écoute active de ce dernier et de lui-même. Le cadre de la salle de bien-être permet à l'individu et au psychomotricien d'être, à travers ses sens, dans un état d'éveil et dans une écoute corporelle attentive à l'autre. Alors le cadre et le psychomotricien offrent une contenance à la personne en souffrance. Les deux protagonistes se retrouvent dans une véritable enveloppe sensorielle à travers, la voix, le toucher,

26 A. CICCONE, « enveloppe psychique et fonction contenante,modèles et pratiques », *Cahier de psychologie clinique* n° 17, 2001

musique, la lumière...

« Ce continuum perceptif, sensoriel restaure une enveloppe corporelle et mentale-Pour reprendre l'expression de D. Anzieu, il redonne au patient "une peau pour les pensées" »²⁷G. Le Goues

V- Au fil des sens ...

A travers nos séances, et à partir de la médiation des sens, un véritable soutien de l'enveloppe psychocorporelle s'est mis en place pour Mme D. Je tenais alors à aborder chaque perception privilégiée (visuelle, auditive et tactile) dans nos échanges et dans l'espace de la salle, afin de comprendre quelles portes se sont ouvertes, comment chaque modalité sensorielle a joué un rôle dans le soutien de l'enveloppe corporelle et psychique de Mme D.

V-1-Voir pour s'animer

Lorsque j'emmène Mme D en salle de bien-être, elle s'anime, ses yeux brillent. La vie brille dans son regard.. Assise dans son fauteuil, le ballet des couleurs qui s'anime sous ses yeux l'éveille, l'intrigue. Elle se penche alors pour toucher les milliers de lumières qui descendent en cascade sur ses pieds.

La perception visuelle, qui est l'action de voir et de regarder, est possible grâce au regard de l'individu. Je ne pouvais pas commencer cette partie sans aborder le regard. Un regard, omniprésent chez Mme D et les autres résidents.

V-1-a- Le regard, ce miroir de l'âme

Dans le regard de chacun on y devine des émotions, une personnalité, une identité. Dans la démence, le regard de la personne donne la plupart du temps une impression de vide, de néant. C'est comme si la personne se trouvait noyée au fin fond de son esprit, de ses pensées. Elle ne voit pas, alors nous ne la voyons pas à notre tour. Qui est-t-elle ? Comment se sent-elle ? Nous ne le voyons pas. Le regard vide il est difficile d'imaginer quelle personne se

²⁷ G. LE GOUES, Le psychanalyste et le vieillard, 1991, p186

cache derrière... Dans l'espace de la salle de bien-être, dans une expérience partagée où nous faisons danser les fils lumineux entre nous, je capte le regard de Mme D. Quelque chose se passe : Son contact visuel est franc, chaleureux et soutient le mien. C'est la première fois que je la regarde comme ça, j'ai l'impression de la découvrir pour la première fois.

« Le regard échangé est chargé d'émotion et il n'est pas possible d'évoquer l'échange du regard sans insister sur l'importance de l'émotion dans la détection du regard d'autrui. »²⁸ Alain Berthoz

En séance, je lis dans le regard de Mme D de la douceur quand elle me regarde. J'y vois de la colère quand elle me parle de sa mère. J'y devine de l'angoisse lorsqu'elle nous demande où elle se trouve. A travers le regard, les émotions circulent, fluctuent, se montrent au grand jour. Alors j'essaie de les comprendre, de les percevoir. Elles me donnent une idée de son état interne. Quand je vois de la peur, je la rassure, quand je vois de la joie, je lui répond avec le sourire. Les émotions circulent de l'une à l'autre dans un flux continu de moments partagés. Puis on en parle, on les aborde :

« Comment vous sentez-vous après ce massage ? »

« Êtes-vous plus reposée maintenant ? »

« Je vous sens tristounette aujourd'hui... je me trompe ? »

Elle porte ainsi attention à elle, je lui propose d'y mettre des mots et si elle ne les trouve pas, je l'aide, j'interprète ce qu'elle me donne à voir. Je tente d'y mettre du sens, pour que cela fasse sens en elle. Mon objectif est ainsi de lui permettre de se sentir dans un accordage avec elle-même, dans une certaine continuité de ce qu'elle vit.

V-1-b- Dans le regard de l'autre ... soutien de image du corps

Je rentre dans la chambre de Mme D. Je suis contente de la retrouver pour notre séance. Je souris. Elle est assise sur son fauteuil. Lorsqu'elle lève la tête et m'aperçoit, elle me rend immédiatement mon sourire. Elle paraît contente de ma venue.

Le regard est aussi le premier contact avec l'autre. Dans le développement du sujet nous voyons que l'intégration psychique est possible grâce au regard de l'autre sur soi. En

²⁸ A. BERTHOZ, « L'échange par le regard », *Enfances & Psy*, 2008 n° 41, p 44

effet, il apparaît alors que le regard d'autrui ouvre le premier lieu de l'existence d'un espace psychique. G. Lavallée écrira : « ***Chez le bébé, la sensation d'incorporer le monde visuel est un premier niveau vital de psychisation.*** »²⁹. Ainsi, le regard fonde les prémisses de l'image du corps, une image de soi imaginaire qui va de plus en plus se nourrir des regards des autres ainsi que de leurs attentes et leurs idéaux. Alors l'image du corps se charge en sens, et rentre dans le symbolique. L'image du corps s'appuie sur le schéma corporel mais elle est plus que la perception de la somme de ses parties du corps, elle met en jeu bien plus qu'une connaissance physique de soi. En appui sur l'imaginaire, elle est inscrite dans un processus d'élaboration psychique permanente.

Dans la démence, l'image de soi s'étoile, l'étrangeté et le jamais vu s'installent. Lorsque dans la maladie, la rencontre entre le corps, la mémoire et l'expérience unificatrice ne se fait pas, se fait moins bien ou ne se fait plus, l'image du corps s'altère. La personne devient dépendante de l'autre pour lui renvoyer une image positive ou négative d'elle-même. Alors le regard d'autrui intervient comme un étayage de cette image en perdition. La maladie empêche le sujet d'être exactement le même qu'avant, mais l'identification, la reconnaissance de soi dans le regard d'autrui lui permet de conserver une image (bonne ou mauvaise selon ce que lui renvoie son interlocuteur) d'eux même. L'autre a donc une place importante dans la possibilité de faire exister le sujet à travers son propre regard. Le regard apparaît là comme un véritable outil de communication, porteur d'affects et d'émotions. Dans la rencontre intersubjective du regard avec le patient, il joue un rôle unificateur et intégrateur des autres modalités sensorielles. Le travail entreprit dans ma clinique avec Mme D autour de la vue et du regard m'a permis de la faire exister, d'affiner mon observation de sa personnalité, de la voir se mettre en mouvement, d'induire et de soutenir une intention de sa part. Il me paraît alors important de souligner que le regard et les expériences sensori-motrices proposées autour de la vision ont joué un rôle primordial au soutien du support identitaire chez Mme D.

Aussi, il est important de saisir que la perception visuelle déborde de la simple fonction de la prise d'information et d'orientation. La vision d'un stimulus nouveau interpelle la personne qui va alors mettre tous ses sens en alerte. Elle fixe tous ses récepteurs sensoriels vers le stimulus, dirigeant son regard, ouvrant les oreilles, reniflant l'air... Elle crée l'expérience des sens, elle permet un état d'éveil généralisé qui n'est alors plus spécifique à une seule modalité sensorielle.

29 G. LAVALLÉE, *L'enveloppe visuelle du Moi*, 1999

V-2- La musique, une bulle pour se mouvoir

V-2-a-L'enveloppe sonore

Dans le développement du sujet, il est important de souligner que le sonore introduit (avant le tactile) les notions d'extérieur et d'intérieur à Soi. Le nouveau-né fait la différence entre les bruits et la voix maternelle qu'il reconnaît et privilégie. Alors le Soi se forme comme une enveloppe sonore dans l'expérience du « bain de son » qui rythme les soins du bébé. L'enveloppe sonore se compose alors alternativement de sons émis par l'environnement et par le bébé lui-même, à travers les babillages. Cette enveloppe sonore qui préfigure le Moi-Peau est composée alors d'une double face, l'une tournée vers le dedans, l'autre vers le dehors. Ce bain d'imprégnations et d'échanges sonores constitue l'un des socles de développement du psychisme.

«Avant que le regard et le sourire de la mère qui allaite ne renvoient à l'enfant une image de lui qui lui soit visuellement perceptible et qu'il intériorise pour renforcer son Soi et ébaucher son Moi, le bain mélodique (la voix de la mère, ses chansons, la musique qu'elle fait écouter) met à sa disposition un premier miroir sonore dont il use d'abord par ses cris (que la voix maternelle apaise en réponse), puis par son gazouillis, enfin par ses jeux d'articulation phonématisante.»³⁰ D. Anzieu

Le bain sonore est indissociable de toutes les modalités sensorielles, des plus centrales aux plus périphériques. Les liens entre les aspects sonores, visuels, tactiles kinesthésiques ou olfactifs, en agissant ensemble créent une sphère plus ou moins cohérente, plus ou moins organisatrice de l'identité du sujet et de son rapport au monde. Ces connexions renvoient à la fonction d'intermodalité du Moi-Peau de D. Anzieu.

Aussi, dans cette bulle sonore affective et émotionnelle qu'offre la musique, la personne se concentre sur le rythme, les tonalités, la langue. Elle peut ainsi aller plus facilement vers un laisser-aller exprimant sa créativité, son mouvement et s'engageant dans le lien à l'autre. Durant les séances avec Mme D, la musique source d'émotions nous a toute deux libérée d'une intellectualisation du moment, pour se porter dans l'instant présent, au plus proche de nos vécus et de nos ressentis. Comme portées par la musique, dans une certaine rythmicité, nous avons été dans un véritable temps de partage émotionnel.

30 D. ANZIEU « *L'enveloppe sonore du Soi* », NRP, n°13, 1976, p.175.

V-2-b Porter son attention pour donner de l'intention

A. Berthoz nous dit que le regard est d'abord orientation, au même titre qu'un son ou qu'une musique attire l'œil. En effet les réactions d'orientation vers une source sensorielle auditive et/ou visuelle entraînent l'individu et son corps dans l'action, pour aller vers l'objet d'intérêt. Le son interpelle la personne puis le regard guide l'action. Il se porte toujours en premier, avant la main, sur l'objet que la personne va saisir. Ainsi, proposer des stimulations visuelles et auditives en salle de bien-être, amène Mme D à porter son attention sur son environnement, aux objets qui l'entourent, mais surtout lui donne la possibilité d'agir, de déclencher et de créer avec ce monde environnant. Elle est placée au centre de l'action, actrice de ses propres expériences.

Alors cette possibilité dans l'espace de la salle, d'offrir à la personne une expérience sensorielle support d'une action et d'une intention ne viendrait-elle pas soutenir son autonomie ? Il semble en effet que laisser le sujet acteur de ses expériences, les soutenir, c'est lui laisser une part d'autonomie dans cet espace. J. Pellissier nous dit que, même si les facultés cognitives de la personne démentes sont altérées, même si elle oublie, elle sent ce qui est bon pour elle et elle reste la personne qu'elle était avant, avec ses habitudes, ses goûts, ses valeurs... Alors lui laisser le choix au quotidien, et, dans l'espace de la salle, en lui donnant l'envie d'agir, c'est soutenir son autonomie et donc lui donner l'occasion de se réapproprier un sentiment d'identité. « *l'autonomie est une faculté qui nous a fait et qui nous fait agir : nous sommes donc le résultat en mouvement de notre autonomie.* »³¹ J. Pellissier

V-3-Perception tactile

Le tactile prend une grande place dans l'accompagnement de Mme D. Dans l'espace de la salle, le toucher-massage, toucher que je veux englobant, enveloppant, contenant, ouvre nos séances. Il est la première approche tactile que j'ai de son corps. Il me permet de prendre contact avec elle, de percevoir déjà ses quelques tensions internes dans un dialogue tonico-émotionnel. Au même titre que le regard, le toucher aborde des notions d'image du corps, de schéma corporel... Je vais me concentrer ici principalement sur mon intention de lui procurer,

31 J. RELLISSIER, *Ces troubles qui nous troubalent*, 2014, p73

à travers cette modalité sensorielle, un contact englobant et structurant de son corps, pour qu'elle se sente entière, unifiée et présente à elle, dans cette problématique de disparition identitaire qui l'anime.

V-3-a- Toucher et dialogue-tonique

Mais tout d'abord, je voulais souligner le fait que le toucher nous permet d'aborder la notion fondamentale qu'est le dialogue tonico-emotionnel. Cette notion introduite par Wallon, introduit l'échange constant d'émotions, de tensions entre soi et la personne à travers le simple fait de toucher et d'être touché corporellement. À travers ce dialogue tonico-emotionnel, la personne âgée, de façon inconsciente et involontaire va moduler et adapter son tonus. Cette composante du toucher est d'autant plus importante avec les personnes âgées malades qu'elles sont de véritables « éponges émotionnelles ». En effet, comme elles se perdent peu à peu en elles, comme dans un puits sans fin, elles deviennent complètement dépendantes de l'autre pour se sentir exister. Ainsi, elles vont se raccrocher à tout ce qu'elles perçoivent de lui, de ses tensions, ses attentions, ses regards portés sur elles... autant de petites choses auxquelles elles se raccrochent et auxquelles il est important de prêter attention en tant que soutien psychocorporel de la personne démente. Ainsi, « **toucher c'est avant tout aller à la rencontre de l'autre, objet privilégié de communication** »³² E. Charpentier

V-3-b- Un contact englobant

Le sens du toucher est en étroite connexion aux autres organes des sens grâce à la surface sensible de la peau. Cette peau avec le vieillissement se transforme : elle s'affine, se dessèche, se ride voire se tache... La personne âgée déjà peu touchée dans notre société en général, devient dans la maladie démentielle, « **un contenant aux limites floues** »³³. Alors le Moi-Peau décrit par D.Anzieu ne peut remplir ses fonctions de cohésion corporelle, de limites, de moyens et de communications. Toucher la personne c'est ainsi tenter de rétablir ses fonctions de contenance de la peau.

32 E. CHARPENTIER, *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, ed SOLAL, 2014, p12

33 Ibid, p10

Ainsi, le psychomotricien, par sa disponibilité corporelle et psychique ainsi que par la qualité de son toucher et de l'intention qu'il y met, permet de donner du sens aux éprouvés de la personne. « *Selon C. Potel, cette capacité "d'impression et d'expression" du psychomotricien est à rapprocher de la fonction contenante de la mère* »³⁴. En effet, cette dernière sait entendre et décrypter le discours infra-verbal de son enfant afin de lui mettre suffisamment de sens et d'émotion dans la construction d'un dialogue. Alors chez la personne âgée malade qui exprime sa souffrance à travers le langage du corps, le psychomotricien revêt cette fonction contenante à travers un véritable échange tonico-emotionnel que permet le toucher.

Avec Mme D qui possède de bonnes capacités de communication verbale malgré sa maladie, il m'a semblé important de lui permettre de mettre en mots et en sens ses vécus perçus à travers le toucher. Ainsi je l'ai beaucoup sollicitée à travers les séances sur ses ressentis, ses éprouvés corporels afin de lui permettre de rassembler ce qu'elle perçoit et ce qu'elle ressent de ses émotions. Je me souviens de cette séance où, particulièrement fatiguée et douloureuse, elle me fait part de son ressentit d'être de trop sur cette terre. D'une certaine façon, avec ses mots, je comprends qu'elle me parle d'une certaine angoisse face à la maladie. Elle ne se souvient plus qui elle est, « alors à quoi bon vivre encore »... Il m'a semblé important d'accueillir son ressentit et de l'accompagner dans la mise en mots de ses éprouvés, à travers ma présence et mon toucher, afin de lui apporter un sentiment de contenance corporelle et psychique déterminant une cohésion interne. Alors au fil de mon massage, elle a pu m'évoquer quelques souvenirs agréables, son tonus s'est abaissé. Dans un accompagnement visant à contenir son angoisse, renforcer son sentiment de solidité corporel, elle a pu accéder à un vécu corporel plus agréable.

V-4- Définition et propriétés des perceptions

Toutes ces perceptions vécues et « mises en corps » dans la salle de bien-être m'amènent à poser clairement une définition de la perception que j'ai trouvée très parlante car elle nous permet de comprendre de façon physiologique, comment la personne va être « touchée » en elle. On comprendra ainsi, comment elle peut émerger d'un état de trouble et faire dans un cadre suffisamment contenant et contenu par le psychomotricien des

³⁴ Ibid, p46

associations à travers la perception d'une expérience partagée.

Ainsi, les perceptions offertes à travers des expériences sensori-motrices pourraient se définir de telle manière : elles possèdent une part de sensations qui sont le résultat d'un traitement automatique du système nerveux à partir des récepteurs sensoriels. Ces sensations amènent chez la personne à une interprétation de l'information immédiate (à travers des représentations mémorisées plus ou moins en rapport avec l'information immédiatement perçue). Mais surtout, là est tout l'intérêt de proposer une telle approche aux personnes atteintes de pathologies démentielles, les perceptions se composent d'une partie d'expérience affective. La représentation, les liens mnésiques, les associations que l'individu fait, suite à cette qualité de la perception, ne sont pas le résultat direct de l'activité afférente au système nerveux mais plutôt celle de la prise en compte de toutes les caractéristiques de l'objet, de l'expérience dans son contexte. Aussi, chaque expérience sensorielle proposée s'inscrit dans une trace de mémoire que l'on peut concevoir comme une modification des représentations qui ont été mises en jeu dans la perception.

« Sur le plan conscient, les données cognitives s'effacent, sur le plan inconscient les lignées narcissiques et objectales se déconstruisent (...) on assiste à l'installation d'une perception sans association, d'une perception conscience au recrutement associatif déclinant »³⁵ G. Le Goues

Ainsi, la dernière qualité de l'action de percevoir nous permet d'approcher la personne malade dans sa construction psychique, donc dans sa personnalité. Elle nous permet alors de refaire des liens à sa propre histoire, à travers le corps et les sens. Comme un pont lui permettant d'accéder à son histoire, la perception de ses sensations lui donne la possibilité de se retrouver, de s'inscrire à nouveau dans une temporalité.

³⁵ G. LE GOUES, le psychanalyste et le vieillard, 1991, p13

VI- Réflexion autour du travail en psychomotricité avec les personnes malades d'Alzheimer et démences apparentées

Au cours de mon stage et de mes prises en charge, notamment celle de Mme D, j'ai pu me questionner autour de l'intérêt d'un travail en psychomotricité avec ces personnes très désorientées avec des pathologies neuro-dégénératives à l'issue fatale et détruisant peu à peu tout ce qui faisait d'elles des sujets à part entière. L'approche par la sensorialité m'a permis d'entrer en relation avec elles, de les inscrire dans l'instant présent de la relation et surtout de pouvoir mettre en jeu diverses notions psychomotrices dans une tentative de restructuration dans une pathologie où tout est déstructuré, désorganisé.

Cependant, à travers l'hospitalisation de Mme D, je réalise qu'une « complication » peut alors rapidement perturber le cours de la maladie et plonger la personne, d'un seul coup, vers une possible situation de fin de vie ainsi signer l'arrêt brutal du suivi. Cela m'a fait prendre conscience que le psychomotricien auprès d'un public âgé malade, travaille fondamentalement vers un accompagnement de la fin de vie. Cette dimension doit alors être prise en considération dans les objectifs de soin proposés aux résidents. Nous ne sommes pas là pour guérir mais pour soutenir, contenir, étayer la personne dans ses capacités restantes. Notre rôle dans ces structures, je le pense, est d'apporter à l'individu un sentiment de mieux-être, voir simplement, un sentiment d'Être au crépuscule de sa vie. Certes, le psychomotricien doit faire le deuil d'une certaine forme de soin, mais cet accompagnement se trouve être très riche de nourriture affective.

CONCLUSION

Dans une approche psychomotrice de la personne démente, les éléments de base du travail sont à observer dans ce que la personne donne à voir corporellement et non dans une description détaillée de ses symptômes. En effet, elle présente souvent un tel tableau déficitaire que centrer sa prise en charge uniquement dessus, sans recherche de sens, serait vain. Il est donc nécessaire de s'appuyer sur les manifestations corporelles de ses personnes comme leurs perturbations toniques, leur agitation, leur inhibition, leur façon d'entrer en relation, leurs moyens mis en place pour contrer les situations anxiogènes mais aussi leurs modes d'adaptation temporo-spatiale personnels...

Au delà des déficits, la personne démente se trouve dans une dynamique d'involution qui délie ses processus psychiques et sa mémoire et ne lui permet plus, ou de moins en moins, de s'inscrire dans une continuité de temps et d'espace. Par des expériences sensorimotrices issues d'une médiation par les sens, nous allons pouvoir soutenir, étayer, consolider les processus psychiques qui restent à l'œuvre. Grâce à la perception et à la mémoire corporelle (sensorielle et émotionnelle) qui perdurent au delà d'une désorganisation démentielle. Il semble alors possible de trouver des traces de ce qu'était le sujet par le passé, de le re-situer dans son histoire et dans la totalité de sa vie. La personne, par des processus détournés va pouvoir retrouver des souvenirs, des éléments de vie qui marquent son identité. De cette façon, le corps et ses possibilités semblent être pour la personne malade d'Alzheimer ou atteinte de démence type Alzheimer l'un de ses derniers point d'ancre avec le monde extérieur et son monde intérieur. Passer par le corps en psychomotricité est donc une voie à privilégier pour lui permettre de se réapproprier un peu de lui-même.

L'approche basée sur les sens m'a permis d'accompagner la personne dans une continuité d'existence, à travers la notion de contenance, dans l'Ici et Maintenant d'un moment de plaisir partagé avec l'autre. Cette salle, à travers une approche « pure » des sens, a facilité l'ancre corporel de chacune des expériences motrices traversées par la personne qui a, ainsi, su trouver des repères corporels structurants lui permettant de se sentir exister. Cette salle a donc joué le rôle d'un outil facilitateur de la relation et de l'expérimentation sensorimotrice dans le but de permettre à la personne malade d'Alzheimer de retrouver un certain sentiment d'identité.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont croisé ma route et qui ont enrichit ma réflexion d'une façon ou d'une autre. Sans elles je n'aurais jamais pu écrire toutes ces lignes : Emmanuelle, Sophie, Marie, les membres des équipes soignantes, mes amis, ma famille ...

Merci encore.

Mémoire écrit par l'étudiante :
Laura MATKOVIC



Vu par le maître de mémoire :
Mme Sophie PARDON



Références bibliographiques

Livres :

ANZIEU D, (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1985

BUCHER H., (1994) *Psychomotricité : le « plaisir d'être » comme thérapie*, Paris, Masson, 1994

BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Erès, 2005.

CHARPENTIER E, (2014), *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*, Paris, De Boeck-Solal, 2014

LAVALLEE G.(1999), *L'enveloppe visuelle du Moi*, Paris, Dunod, 1999

LE GOUES G, (1991), *Le psychanalyste et le vieillard*, Paris, Presses Universitaires de France-PUF, 1991

MESSY J., (1992), *La personne âgée n'existe pas*, Paris, Payot et rivage édition de poche, 2002.

PELLISSIER J, (2010), *Ces troubles qui nous troublent : Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*, Toulouse, Erès, 2014

PERSONNE M, (1994), *Le corps du malade âgé, pathologies de la vieillesse et relation de soins*, Toulouse, Privat, 1994

QUENTIN O, GODDERIDGE B, d'ARFEUILLE P, (2010) *Snoezelen un monde de sens*, Paris, Petrarque, 2010

ROBERT-OUVRAY S, (1993), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer, 2004

SIMARD, (2005) *La vieillesse, l'identité, l'affectivité : préserver la valeur du quotidien*, Montréal, Cheneliere Mcgraw-Hill, 2009

Chapitre d'un livre collectif :

MAINTIER C, Une identité à construire et à conserver, in M. PERSONNE (ed), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : psychologie et psychomotricité des accompagnants*, Toulouse, Erès, 2011.

Articles

AGUILERA S.*et al.*, « « Je paraïs ne plus penser, pourtant je suis » : le rôle du psychologue face à la menace identitaire du sujet âgé », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2014, n° 117, p. 35-47

ANZIEU D., « L'enveloppe sonore du Soi », *Nouvelle Revue Psychanalyse*, n°13, 1976, p161-179

BALIER C., 1976, « Éléments pour une théorie narcissique du vieillissement », *Cahiers de la fondation nationale de gérontologie*, n°4, p.59-153.

BERTHOZ A.,« L'échange par le regard », *Enfances & Psy*, 2008 n° 41, p. 33-49.

BRANDILY A. « Interview de Jacques Messy », *Thérapie psychomotrice et recherche*, 1996 n° 106, p4-10

CICCONE A., « enveloppe psychique et fonction contenante,modèles et pratiques », *Cahier de psychologie clinique*, n° 17, 2001

CRISTINI C et PLOTON L,« Mémoire et autobiographie », *Gérontologie et société*, 2009 n°130, p. 75-95

DEBOVES P. et VIVES JM,« Maladie d'Alzheimer et involution », *Le Carnet PSY*, 2014, n°184, p. 35-45

GENTAZ E. et MAZENS K,« Les nouveau-nés sont-ils capables de voir avec leurs mains ou de toucher avec leurs yeux ? », *Devenir*, 2006 Vol. 18, p. 263-281

JAQUES A,« De fureur et de bruits » L'intelligence des enveloppes sensorielles, *Cahiers de psychologie clinique*, 2008 n° 30, p. 185-204

KILEDJIAN E, « Le désir rapproche de l'autre et les relations nourrissent le désir d'être », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2014 n°117, p. 79-88.

KORFF-SAUSSE S,« Quand les perceptions vacillent... » Quelle vision du monde chez l'enfant dyspraxique ?, *Champ psy*, 2007, n° 46, p. 37-50.

MARCELLI D, Psychose à l'adolescence in *Adolescence*, 2005, n°52, p213-223

MEAD, Georges Herbert, *Le Moi, le Soi et la société*, 1994, Paris, PUF.

OLLIVET C,« Accompagner la vie dans le long mourir des malades d'Alzheimer », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2014, n° 117, p. 13-21

PERUCHON M, La maladie d'Alzheimer Perspectives, *Le Journal des psychologues*, 2012 n° 297, p. 28-32.

PICARD D,« Quête identitaire et conflits interpersonnels », *Connexions*, 2008, n° 89, p75-90.

.WINNICOTT D.W, Le corps et le Self in *Nouvelle Revue Psychanalyse* n°3-1971

Sites internet

www.lelarousse.fr/dictionnaire

Résumé

Ce mémoire est construit à partir d'une réflexion autour de la médiation par les sens dans le soutien d'un sentiment d'identité chez la personne malade d'Alzheimer. Cette maladie qui se caractérise par une délaisson psychique, une dégénérescence cognitive et une perte de la mémoire, entraîne chez l'individu une perte progressive de Soi, dans un sentiment de discontinuité d'existence. Or nous savons que malgré les pertes, la personne malade garde les capacités de sentir, ressentir, percevoir, son environnement à partir de son corps, qui apparaît alors comme le facteur initial d'un processus de soin. A partir de là et à travers la spécificité d'une approche psychomotrice, nous pouvons penser et réfléchir à l'impact d'une approche par la sensorialité pour étayer ce qu'il reste de l'individu et soutenir un sentiment d'Être au monde au crépuscule de sa vie.

Mots clés : maladie d'Alzheimer – démence – sens – sensorialité - sentiment continu d'exister – identité – soutien – étayage psychique - psychomotricité – médiation