

# ALZHEIMER

R  
T  
I  
S  
T  
E



EXPERIENCE D'UN ATELIER PLASTIQUE AUPRES DE PERSONNES  
AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER DANS UNE MAISON DE  
RETRAITE MEDICALISEE

**INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE**

**A L Z H E I M E R**

**R**

**T**

**I**

**S**

**T**

**E**

**EXPERIENCE D'UN ATELIER PLASTIQUE AUPRES DE PERSONNES AGEES ATTEINTES DE  
LA MALADIE D'ALZHEIMER DANS UNE MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE**

***MEMOIRE PRESENTE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE  
PSYCHOMOTRICIEN***

***SESSION 2010***

**Référent mémoire  
Marie-Alix de Dieuleveult**

**Présenté par  
Marine Chartrain**

## **REMERCIEMENTS**

Un Grand Merci à Marie-Alix de Dieuleveult pour son soutien, ses idées, son investissement et ses relectures tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Mes sincères remerciements à Françoise Tarin pour son aide et son suivi au cours de mon stage à la maison de retraite, ainsi que pour ses conseils avisés, ses critiques constructives et sa disponibilité.

Je souhaite également remercier Mr F, Mme G, Mme D, Mr L et Mme V pour leur participation à l'atelier et tout ce qu'ils m'ont apportés tant au niveau personnel que professionnel.

Merci tout particulièrement à mes parents, Simon, Guillaume, Antoine et Yannick pour leur écoute, leurs encouragements et le temps consacré à la relecture de ce mémoire. Et merci à ma grand-mère, qui, même si elle n'a pas suivi l'évolution de cet écrit, m'a donné la force de continuer à écrire.

**« Il faut donner une chance à l'expérience informelle, aux pulsions créatrices, motrices et sensorielles de se manifester ; elles sont la trame du jeu (...). Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue » D.W Winnicott**

**« Maintenant que je suis âgé, au lieu de me dévisager, j'aimerais que l'on m'envisage » J. Cocteau**

## Avant-propos

Avant de commencer ce mémoire, je souhaite expliquer la raison de mes choix.

Intéressée par les personnes âgées et suite au stage court en gériatrie, j'ai décidé d'être stagiaire dans une maison de retraite. C'est une population qui m'a beaucoup touchée et avec qui j'ai eu de très bons contacts. Je pense que mon empathie envers ces personnes a été favorisée par ma grande projection dans le futur. Mon tour arrivera aussi d'être une personne âgée, d'avoir des douleurs dans tous le corps, de rencontrer les difficultés liées au vieillissement. Dans notre société moderne, un savoir passé est, pour la majorité des jeunes et du monde adulte, un savoir vieilli. Le sujet vieillissant, une fois mis à l'écart de la vie sociale par la retraite se sent rejeté, usé, inutile socialement et culturellement. L'agisme est, dans nos sociétés occidentales un fait : un « vieux » ne sert plus à rien. Il n'en est pas de même partout. Dans certains pays comme le Sénégal où je suis allée, les anciens, comme on les nomme, inspirent un profond respect de par leur savoir et leur sagesse. Les plus jeunes s'occupent d'eux naturellement. Comme disait Amadou Hampâté Bâ « Quand un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle ». C'est toute cette réflexion sur le rapport que la société entretient avec ses aînés qui m'a aussi poussée à effectuer un stage à l'année en maison de retraite.

Mais une pathologie m'a plus particulièrement intéressée : la maladie d'Alzheimer. Emue par un patient de l'établissement atteint de cette affection, celui-ci a provoqué en moi des questionnements sur ses comportements et donc une recherche de réponses. Mon travail sur la théorie a débuté ici. Je savais donc à ce moment là que mon mémoire de fin d'étude traiterai de la maladie d'Alzheimer.

Plus tard, dans un but d'axer davantage mon écrit sur cette pathologie, j'ai choisi de ne pas faire de partie sur le vieillissement normal de la personne âgée, pour préférer évoquer le fonctionnement de la mémoire et les divers troubles concernant cette fonction. Ce choix me semblait plus pertinent car l'altération de la mémoire constitue un élément fondamental dans la présentation clinique et pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

Pour finir, le choix d'un atelier plastique avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est né de l'envie de mettre en place un atelier innovant et de mes lectures sur la médiation peinture auprès de personnes âgées. Cette médiation « arts » m'a pa-

ru encore plus pertinente pour les sujets atteints de démence. En effet, à un stade avancé, les mots s'échappent. La trace comme moyen d'expression avait pour moi du sens.

# TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b>	<b>- 1 -</b>
<b>partie theorique</b>	<b>- 3 -</b>
<b>1 la mémoire</b>	<b>- 4 -</b>
1.1 Définition et historique	- 4 -
1.2 Organisation	- 4 -
1.3 Neuroanatomie	- 6 -
1.3.1 Rappels	- 6 -
1.3.2 les aires cérébrales devolues à la mémoire	- 7 -
1.4 Oubli, plainte mnésique et pathologie de la mémoire	- 8 -
1.4.1 Qu'est-ce que l'oubli et quand se manifeste t-il ?	- 8 -
1.4.2 La plainte mnésique et le vieillissement normal	- 8 -
1.4.3 Les pathologies de la mémoire	- 9 -
<b>2 La maladie d'Alzheimer</b>	<b>- 10 -</b>
2.1 Historique et définitions	- 10 -
2.1.1 Historique	- 10 -
2.1.2 Description, classification des démences et autre approche	- 11 -
2.1.3 Description de la maladie d'Alzheimer	- 12 -
QUELQUES ELEMENTS D'EPIDEMIOLOGIE	- 13 -
CRITERES DIAGNOSTIQUES	- 13 -
L'EVOLUTION DE LA MALADIE D'ALZHEIMER	- 14 -

<b>2.2</b>	<b>Caractéristiques de la maladie d'Alzheimer</b>	<b>- 15 -</b>
2.2.1	Atteintes neurologiques	- 15 -
2.2.2	Les atteintes cognitives et psychomotrices	- 17 -
	LES ATTEINTES COGNITIVES	- 17 -
	LES ATTEINTES PSYCHOMOTRICES	- 18 -
	Le schéma corporel et l'image du corps	- 19 -
	L'estime de soi	- 20 -
	Le tonus	- 20 -
2.2.3	Les atteintes non-cognitives	- 21 -
	LES TROUBLES PSYCHO-AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX	- 21 -
	LES TROUBLES DE L'HUMEUR	- 22 -
	LES TROUBLES « PSYCHOTIQUES »	- 23 -
	LES TROUBLES NEUROVEGETATIFS	- 23 -
<b>2.3</b>	<b>Les théories de l'apparition de la maladie</b>	<b>- 23 -</b>
<b>2.4</b>	<b>Vécu psychique du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer</b>	<b>- 25 -</b>
2.4.1	Les conséquences sur la vie quotidienne	- 25 -
2.4.2	La déstructuration de l'appareil psychique	- 25 -
2.4.3	Les symptômes comme mécanismes de défense	- 26 -
2.4.4	Anxiété et dépression	- 26 -
2.4.5	La question du désir	- 26 -
<b>2.5</b>	<b>Les approches thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer</b>	<b>- 27 -</b>
2.5.1	Les traitements disponibles	- 27 -
2.5.2	Les nouvelles thérapeutiques curatives	- 27 -
2.5.3	Les nouvelles thérapeutiques préventives	- 28 -
<b>3</b>	<b><i>L'atelier d'expression plastique en groupe</i></b>	<b>- 28 -</b>

<b>3.1</b>	<b>De quoi s'agit-il ?</b>	<b>- 28 -</b>
<b>3.2</b>	<b>L'investissement corporel</b>	<b>- 30 -</b>
3.2.1	Sensation et perception	- 30 -
3.2.2	Mouvement et corps dans l'espace	- 30 -
3.2.3	L'acte graphique	- 31 -
3.2.4	L'acte créateur comme geste d'autonomie	- 32 -
3.2.5	La communication non-verbale	- 32 -
<b>3.3</b>	<b>L'investissement psychique</b>	<b>- 33 -</b>
3.3.1	La décharge émotionnelle	- 33 -
3.3.2	Le lâcher prise	- 33 -
3.3.3	Un tentative de restauration identitaire	- 34 -
3.3.4	La symbolique de la trace	- 34 -
<b>3.4</b>	<b>Le groupe, un outil thérapeutique</b>	<b>- 34 -</b>
3.4.1	Définition	- 34 -
3.4.2	Les fonctions thérapeutiques du groupe	- 35 -
	CADRE ET CONTENANCE	- 35 -
	SOCIALISATION	- 35 -
	DYNAMISATION	- 36 -
	AFFECTIVITE	- 36 -
3.4.3	Le transfert et le contre-transfert dans le groupe	- 36 -
	LE TRANSFERT	- 36 -
	LE CONTRE-TRANSFERT	- 37 -
<b>3.5</b>	<b>Créativité et démence</b>	<b>- 37 -</b>
	<b>PARTIE CLINIQUE</b>	<b>- 39 -</b>

<b>1</b>	<b>Présentation de l'établissement</b>	<b>- 40 -</b>
<b>2</b>	<b>Place de la psychomotricité</b>	<b>- 40 -</b>
<b>2.1</b>	<b>Dans l'établissement</b>	<b>- 40 -</b>
<b>2.2</b>	<b>Intérêts de la psychomotricité auprès de personnes Alzheimer</b>	<b>- 41 -</b>
<b>2.3</b>	<b>Ma place de stagiaire dans l'établissement</b>	<b>- 43 -</b>
<b>3</b>	<b>L'atelier plastique</b>	<b>- 43 -</b>
<b>3.1</b>	<b>Constitution du groupe</b>	<b>- 44 -</b>
<b>3.2</b>	<b>Le cadre thérapeutique</b>	<b>- 44 -</b>
3.2.1	Un groupe « fermé »	- 44 -
3.2.2	Le cadre spatio-temporel	- 45 -
3.2.3	Le cadre physique et psychique	- 45 -
<b>3.3</b>	<b>Projet thérapeutique groupal</b>	<b>- 45 -</b>
<b>3.4</b>	<b>Organisation des séances</b>	<b>- 46 -</b>
3.4.1	Début de séance	- 46 -
3.4.2	Réalisation plastique	- 46 -
3.4.3	Fin de séance	- 46 -
<b>4</b>	<b>Présentation de trois des participants</b>	<b>- 47 -</b>
<b>4.1</b>	<b>Monsieur F</b>	<b>- 47 -</b>
4.1.1	Présentation et anamnèse du patient	- 47 -
4.1.2	Bilans généraux et bilan psychomoteur	- 47 -
4.1.3	Projet thérapeutique individuel	- 50 -
4.1.4	La prise en charge en atelier plastique et son évolution	- 50 -
4.1.5	Conclusion	- 52 -

<b>4.2</b>	<b>Madame G</b>	<b>- 53 -</b>
4.2.1	Présentation et anamnèse	- 53 -
4.2.2	Projet thérapeutique individuel	- 56 -
4.2.3	Prise en charge à l'atelier plastique et évolution	- 56 -
4.2.4	Conclusion	- 57 -
<b>4.3</b>	<b>Madame D</b>	<b>- 58 -</b>
4.3.1	Présentation et anamnèse	- 58 -
4.3.2	Bilans généraux et bilan psychomoteur	- 58 -
4.3.3	Projet thérapeutique individuel	- 60 -
4.3.4	Prise en charge à l'atelier plastique et son évolution	- 60 -
4.3.5	Conclusion	- 62 -
	<b>DISCUSSION</b>	<b>- 63 -</b>
<b>1</b>	<b><i>En quoi l'atelier plastique est-il un réel espace de « soins » ?</i></b>	<b>- 64 -</b>
1.1	« Un lieu pour oser jouer avec sa créativité et prendre plaisir à exister au-delà des pertes » (Donaz M., 2004, p.167).	- 64 -
1.2	Un lieu de communication	- 65 -
1.3	Un lieu de revalorisation et de réhabilitation	- 65 -
1.4	Un lieu sécurisant et protégé	- 66 -
1.5	Un lieu de conservation des acquis moteurs	- 66 -
1.6	Un espace transitionnel	- 67 -
1.7	Un lieu pour vivre son existence en groupe	- 67 -
1.8	Un lieu de liberté, d'écoute et d'empathie	- 68 -
<b>2</b>	<b><i>Réflexions, limites et perspectives de l'atelier</i></b>	<b>- 69 -</b>

<b>2.1</b>	<b>De l'atelier imaginaire à l'atelier réel</b>	<b>- 69 -</b>
2.1.1	Souplesse de l'atelier	- 69 -
2.1.2	Les difficultés rencontrées	- 70 -
	L'ORGANISATION ET LA GESTION DU GROUPE	- 70 -
	LA PATHOLOGIE	- 71 -
	- Le manque d'imagination	- 71 -
	- Fluctuation d'une séance à l'autre	- 72 -
	UN QUESTIONNEMENT PERMANENT	- 73 -
2.1.3	Les limites de l'atelier	- 73 -
	LA PRISE EN CHARGE GROUPALE	- 73 -
	DES IDEES REÇUES POUVANT ETRE NEFASTES	- 74 -
<b>2.2</b>	<b>Le rôle du psychomotricien dans le groupe</b>	<b>- 75 -</b>
2.2.1	Fonction d'étayage	- 76 -
	ÉTAYAGE CORPOREL	- 76 -
	ÉTAYAGE PSYCHIQUE	- 77 -
2.2.2	Transfert et contre-transfert à l'œuvre	- 78 -
<b>2.3</b>	<b>Perspectives et améliorations possibles</b>	<b>- 80 -</b>
2.3.1	Le cadre spatial	- 80 -
2.3.2	La conservation et le devenir des œuvres	- 80 -
2.3.3	Une invitation des soignants	- 81 -
2.3.4	Vers une prise en charge à plusieurs	- 82 -
2.3.5	Une évaluation de l'évolution du patient	- 85 -
	<b>CONCLUSION</b>	<b>- 87 -</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>- 89 -</b>



# INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer, qui touche de plus en plus de personnes, a longtemps été ignorée par les pouvoirs publics car considérée à tort comme un effet du vieillissement normal. Aujourd'hui, elle mobilise de nombreux acteurs tels que les scientifiques, les médecins, les familles mais aussi les décideurs politiques. Nous assistons brutalement à une accélération des connaissances et des recherches. L'ensemble est sous l'égide des trois plans Alzheimer successifs (2001-2005; 2004-2007 et 2008-2012) et la reconnaissance de cette affection comme grande cause nationale en 2007. Aussi, la prise en charge de celle-ci devient une des priorités majeure de santé publique.

Je suis convaincue, que nous, psychomotriciens, avons un rôle primordial à jouer dans l'accompagnement, le maintien des relations et la conservation des acquis des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Plus que cela, je pense que nous pouvons leur permettre de garder leur dignité de sujet. C'est pourquoi j'ai choisi d'approfondir ma réflexion en créant un atelier plastique pour des résidents atteints d'Alzheimer. Quels bénéfices apportera une telle médiation aux participants ? Que peut leur apporter cet atelier ? Mes hypothèses de travail sont les suivantes : l'atelier permettra aux participants de développer une meilleure créativité, de meilleures praxies, une capacité à s'exprimer au travers de la trace, une meilleure estime de soi et des interactions riches et multiples. Ces hypothèses seront discutées à la fin de ce mémoire.

A partir d'un exposé théorique sur le fonctionnement de la mémoire, je décrirai en détails la démence de type Alzheimer présentée par les personnes de l'atelier plastique afin de mieux comprendre leur problématique. Je terminerai cette première partie en parlant des intérêts mis en jeu en atelier plastique auprès de cette population ainsi que la fonction thérapeutique du groupe.

Dans la partie clinique, après une brève présentation de l'établissement et de la place de la psychomotricité dans celui-ci, je présenterai, au travers de la prise en charge en atelier plastique, trois résidents par des études cliniques.

Enfin, la dernière partie sera le reflet de ma réflexion autour de questionnements, de réflexions confrontant la théorie et la clinique de l'atelier plastique, sur les difficultés rencontrées, les limites, le rôle d'accompagnant du psychomotricien dans le groupe et

les améliorations possibles.

Ce mémoire pourrait-être un document consultable pour les professionnels de la maison de retraite afin de leur faciliter la continuité de l'atelier quand mon stage sera terminé.

# **PARTIE THEORIQUE**

# 1 LA MEMOIRE

## 1.1 DEFINITION ET HISTORIQUE

Selon le dictionnaire Larousse encyclopédie, la mémoire désigne « la faculté à se souvenir, dont les éléments sont la fixation, la conservation, la reconnaissance des souvenirs, et la localisation ». C'est la capacité de restituer de l'information contenue dans un message précédemment vécu, en l'absence de celui-ci ou de reconnaître cette information parmi d'autres.

La mémoire représente de ce fait l'ensemble des processus qui transforment une information sensorielle en une représentation mnésique plus ou moins appropriée. C'est à F.J Gall (médecin allemand) que l'on doit les localisations cérébrales des différentes fonctions en 1819, il affirmait alors que la mémoire n'était pas une faculté unique et qu'il devait y avoir autant de mémoires que de facultés différentes. Il exclut donc qu'un organe seul soit responsable des processus de mémorisation. Cette idée nous permet de comprendre que « les processus de mémorisation sont complexes et font appel à l'ensemble de nos facultés cognitives : perception, attention, concentration, intelligence et langage » (Thiveaud M., 1996, p.21)

## 1.2 ORGANISATION

Pour représenter cette spatialisation complexe, des métaphores ont vu le jour, changeant au fil des siècles. Par exemple, au temps d'Aristote, la mémoire était comparée à une tablette de cire sur laquelle s'inscrivaient les souvenirs, puis est apparue la métaphore de la bibliothèque où les souvenirs étaient rangés comme des ouvrages et dont l'organisation permettait une recherche précise avec un but. De nos jours, la mémoire est rapprochée de celle des ordinateurs. La mémoire est donc organisée, mais elle peut l'être de différentes manières. En effet, la mémoire peut se structurer sur un axe séquentiel doté de caractéristiques à chaque étape ou selon des caractéristiques structurelles dans laquelle la mémoire se compose de souvenirs différents selon leurs propriétés (la mémoire des concepts est différente de la mémoire des événements vécus personnellement). Nous nous intéresserons ici à l'axe séquentiel.

- la mémoire sensorielle : très brève, elle correspond presque au temps que mettent nos organes sensoriels à percevoir un stimulus. La mémoire sensorielle visuelle, éga-

lement appelée iconique, possède une persistance entre 300 et 500 millisecondes. La mémoire sensorielle auditive dite échoïque est toute aussi courte. D'autres perceptions captées par d'autres sens peuvent s'ajouter à ces stimuli visuels et auditifs mais sont d'une moins grande importance. L'identification de l'information se fait grâce à l'association de ces différentes perceptions.

- la mémoire à court terme : elle est également appelée mémoire de travail, mémoire immédiate ou primaire. Elle est une mémoire à capacité limitée qui a pour rôle le maintien temporaire des informations nécessaires dans la réalisation de différentes tâches cognitives. Néanmoins, elle ne se réduit pas à un simple système de stockage passif de l'information de courte durée car elle permet également la manipulation de l'information stockée. Cette mémoire accompagne donc toutes les tâches telles que le raisonnement, la compréhension ou encore la résolution de problèmes. Elle est l'instance médiatrice indispensable aux fonctions cognitives supérieures. C'est la mémoire que nous sollicitons en permanence.

- la mémoire à long terme : elle accumule les faits, les connaissances, les habiletés pendant des années. Elle permet l'acquisition, le maintien et la récupération d'informations sur une durée de quelques minutes à plusieurs années. Elle est théoriquement infinie et permanente. On peut schématiser cette mémoire à long terme comme la succession de l'encodage<sup>1</sup>, du stockage et de la restitution d'informations. La mémoire à long terme se décompose en sous-parties :

**La mémoire déclarative**, concerne les représentations de faits ou d'événements accessibles à une récupération consciente et pouvant être évoquée sous la forme de mots. Elle représente le savoir-dire. Celle-ci comprend :

- *la mémoire épisodique ou autobiographique*: elle concerne tout ce qui touche à l'histoire du sujet et de son milieu. C'est en quelque sorte notre roman personnel. Elle permet de conserver et d'évoquer des événements, noms, dates, lieux qui nous sont propres. Cette mémoire est donc étroitement liée au contexte spatio-temporel et l'émotion ressentie au moment du fait conditionne la qualité de la mémorisation. Par exemple, c'est à un salon de l'éducation en 2005, grâce à une étudiante que j'ai connu la psychomotricité.

---

<sup>1</sup> L'encodage est un processus de sélection et d'enregistrement de l'information. Il est dépendant de l'état affectif du sujet et ses capacités d'attention.

- *la mémoire sémantique* est celle des concepts, des faits, du sens des mots et des symboles. Elle définit la culture et les connaissances générales du sujet dont l'évocation est sans référence à son histoire personnelle. Commune à toutes les personnes parlant la même langue, elle fait souvent l'objet de nombreux apprentissages afin de favoriser la consolidation de l'information. C'est grâce à cette mémoire que l'on peut se rappeler que le décret d'acte des psychomotriciens date de 1988.

- *la mémoire lexicale* concerne la forme des mots, leur prononciation. Par exemple le mot « psychomotricité » est composé de six syllabes, il commence par un P.

Les mémoires sémantique et lexicale sont regroupées sous le terme de *mémoire verbale*.

**La mémoire procédurale** ou implicite ne passe pas par les mots comme les autres mémoires, mais correspond aux savoir-faire gestuels et intellectuels. Cette mémoire permet donc des opérations souvent motrices comme la conduite, faire du vélo, écrire, nager. Celle-ci entre sûrement en jeu dans l'apprentissage « par cœur ». De plus, cette mémoire serait indépendante des autres formes de mémoires.

## 1.3 NEUROANATOMIE

### 1.3.1 RAPPELS

Avant toute chose, il est important d'évoquer le constituant principal du fonctionnement cérébral : le neurone. Longtemps considéré comme un simple transmetteur parcouru par du courant, on lui reconnaît désormais la capacité d'intégration et de conservation de l'information. Les avancées scientifiques relatives aux neurotransmetteurs<sup>1</sup>, à la plasticité neuronale<sup>2</sup> et à l'apoptose<sup>3</sup> ont permis de mieux comprendre le fonctionnement de la mémoire.

---

<sup>1</sup> Substances chimiques fabriquées par les neurones, permettant de transmettre l'information.

<sup>2</sup> La plasticité neuronale ou neuroplasticité correspond à la capacité des neurones du système nerveux à se modifier et se remodeler tout au long de la vie.

<sup>3</sup> L'apoptose signifie la mort cellulaire

De plus, le cerveau est composé de deux hémisphères dont l'un est dominant par rapport à l'autre ; chez un droitier par exemple l'hémisphère gauche est plus développé. Ceux-ci sont divisés en lobes ayant chacun une spécialisation: le *lobe frontal* a un rôle dans la motilité, le *lobe pariétal* est le siège de la sensibilité, le *lobe occipital* celui de la vision et le *lobe temporal* est le centre du langage et de l'audition. La mémoire ne se situe pas spécifiquement dans un de ces lobes.

### **1.3.2 LES AIRES CEREBRALES DEVOLUES A LA MEMOIRE**

Plusieurs sites cérébraux sont donc impliqués dans le traitement et le stockage des informations. La mémoire correspond donc au même schéma que les autres fonctions supérieures telles que l'intelligence, la motricité ou le langage.

Le système limbique joue un rôle prévalent dans la mémoire, notamment la mémoire déclarative et tout particulièrement l'hippocampe. Situé au centre du cerveau à la partie interne et antérieure du lobe temporal, il assure la mise en relation des informations conservées dans diverses zones cérébrales. Son intervention est indispensable pour transférer les souvenirs de la mémoire à court terme dans la mémoire à long terme. De plus, c'est sur cette structure qu'arrivent toutes les informations provenant des perceptions transmises par les lobes spécialisés. L'amygdale, localisée également dans le lobe temporal a aussi un rôle tout particulier dans la mémoire. En effet, l'amygdale est étroitement liée aux émotions et nous savons que la mise en mémoire d'une information dépend de la charge émotionnelle que le sujet lui associe.

Dans ce système limbique, il existe une boucle fermée sur elle-même qu'on appelle le circuit de Papez. Cette boucle part de l'hippocampe, se dirige vers les corps mamilaires (corps sphériques dans l'hypophyse) puis jusqu'au noyau antérieur du thalamus, passe ensuite dans le gyrus cingulaire (circonvolution cérébrale) et retourne à l'hippocampe. Ce circuit est responsable de la mémoire de fixation. Une panne de ce circuit provoque une amnésie antérograde, c'est à-dire que seuls les souvenirs anciens sont conservés et qu'il ne peut s'en constituer de nouveaux.

D'autres zones interviennent dans le processus de mémorisation, comme la partie moyenne du lobe temporal. Elle organise la synthèse des informations provenant des différentes aires cérébrales et en restitue un souvenir complet. La région située entre le lobe pariétal et le lobe occipital peut aussi être évoquée, ayant un rôle dans les phénomènes d'attention ; ceux-ci se révélant primordiaux pour la mise en mémoire.

Les noyaux gris centraux situés dans le thalamus sont aussi importants dans le fonctionnement de la mémoire. C'est dans le thalamus qu'arrivent toutes les informations sensorielles avant d'être redistribuées vers les aires spécialisées du cerveau.

Plus précisément, on sait que la mémoire à court terme met en jeu le cortex pré-frontal, que la mémoire sémantique fait intervenir le néocortex. Les corps striés et le cervelet joueraient un rôle dans la mémoire procédurale et l'hippocampe serait impliqué dans la mémoire déclarative mais aussi épisodique.

## **1.4 OUBLI, PLAINTÉ MNESIQUE ET PATHOLOGIE DE LA MÉMOIRE**

### **1.4.1 QU'EST-CE QUE L'OUBLI ET QUAND SE MANIFESTE T-IL ?**

Si les mémoires sensorielles et à court terme possèdent des capacités de stockage de l'information limitées, la mémoire à long terme a quant à elle des possibilités de conservation impressionnantes. Néanmoins, les défaillances existent sans parler pour autant de troubles réels de la mémoire. L'oubli est normal, d'ailleurs, Alfred Jarry, cité par Alain Lieury (Lieury A, 1993) disait « l'oubli est la condition indispensable à la mémoire ». C'est dans un but d'éliminer tout ce qui peut encombrer inutilement la mémoire que l'oubli intervient. Il peut aussi opérer lorsque l'information n'a pas subi le traitement adéquat c'est à-dire qu'il y a eu une atteinte des processus d'encodage et de stockage mais aussi de rappel.

Il existe aussi une cause affective à l'oubli. Pour les psychanalystes, l'oubli est souvent associé à des faits liées à des émotions désagréables ou porteuses de stress

### **1.4.2 LA PLAINTÉ MNESIQUE ET LE VIEILLISSEMENT NORMAL**

Depuis longtemps, nous savons que ni une perte importante de mémoire, ni une nette diminution du niveau intellectuel ne font partie du processus de vieillissement normal. On note donc beaucoup plus fréquemment des plaintes mnésiques que de réels troubles reconnus.

La plainte mnésique est grande chez les personnes âgées de plus de 60 ans, les enquêtes montrent qu'elle est estimée de façon spontanée par 50 à 80% d'entre elles. Il existe chez ces personnes un surinvestissement de leur mémoire d'enfance et une sous-estimation et une sous-utilisation de leur mémoire actuelle. Le contenu de leurs plaintes est étonnamment banal et homogène. De plus, les mêmes mots ou expres-

sions reviennent pour signaler leurs gênes dans la vie quotidienne : difficultés à se rappeler les noms propres, à retrouver l'endroit où les clefs ont été rangées, oubli des événements récents ou du nom d'un acteur vu au cinéma...etc. La plainte mnésique a fréquemment un lien avec un événement personnel plus ou moins traumatisant. Le départ à la retraite, le départ des enfants, la maladie, l'isolement social ou encore des conflits familiaux sont souvent évoqués. Les difficultés mnésiques rejoignent donc les complications de vie. Toutes ces plaintes génèrent de l'anxiété par rapport à un éventuel début de maladie d'Alzheimer, cette crainte ne faisant qu'augmenter la plainte et la répercussion des troubles mnésiques. Des études montrent en effet une corrélation entre l'importance de la plainte et les scores obtenus aux échelles d'anxiété.

Il est reconnu qu'avec l'avancée en âge la mémoire change de rythme mais cette différence de vitesse n'a pas de conséquences directes sur la vie quotidienne, tout comme le résultat d'une tâche reste inchangé. La cognition est donc relativement bien conservée même avec l'avancée en âge et la vie quotidienne est assez peu perturbée. En revanche, une plainte peut aussi être le signe d'une réelle pathologie.

### 1.4.3 LES PATHOLOGIES DE LA MEMOIRE

Ce sont les amnésies qui caractérisent le plus les troubles de la mémoire. D'autres pathologies moins fréquentes existent sous le nom de paramnésie et hypermnésie.

**L'amnésie** est « un trouble de la mémoire plus ou moins profond » (Carric J-C., 2001). Il en existe plusieurs. Certaines sont dues à des lésions cérébrales comme les amnésies neurologiques ; d'autres ont des causes psychologiques telle l'amnésie psychiatrique. Les formes varient selon les cas, on distingue :

- *l'amnésie antérograde ou de fixation* : le sujet garde en mémoire les souvenirs anciens, mais ne peut acquérir de nouvelles données. C'est le cas de l'amnésie dans le syndrome de Korsakoff (patients alcooliques chroniques).
- *l'amnésie rétrograde* : le sujet ne peut évoquer les événements antérieurs à la maladie.
- *l'amnésie lacunaire* : elle correspond à une perte de mémoire se rapportant à une période précise (période d'une perte de conscience, d'un épisode psychiatrique...)
- *l'amnésie globale* : elle touche aussi bien les faits récents que les événements anciens. Elle se rencontre dans la démence.

La **paramnésie** correspond à l'illusion du déjà vu ou déjà vécu. En dehors d'une psychose c'est un défaut d'interprétation, un trouble de la perception parfois lié à la fatigue.

L'**hypermnésie** est évoquée dans les cas psychiatriques où les souvenirs du sujet prennent une place obsédante, exagérée voire même invraisemblable.

## 2 LA MALADIE D'ALZHEIMER

### 2.1 HISTORIQUE ET DEFINITIONS

#### 2.1.1 HISTORIQUE

Même si la maladie d'Alzheimer remonte à moins d'un siècle, on retrouve des descriptions d'affaiblissement des fonctions mnésiques datant de l'Égypte ancienne. En effet, le papyrus Ebers, datant environ de 1550 avant Jésus Christ attribue les difficultés de mémoire des personnes âgées à un dépérissement de l'intérieur. Bien plus tard, la littérature antique puis classique met en avant dans ses œuvres d'intéressantes descriptions d'altérations intellectuelles liées à l'âge comme le *De senectute* de Cicéron ou *le roi Lear* de W. Shakespeare. En revanche, nous pouvons nous demander si ces descriptions correspondent bien à la maladie d'Alzheimer actuelle. Cette question restera sans réponse.

C'est en 1906, à la 37<sup>ème</sup> conférence des psychiatres allemands, que le neuropathologiste Aloïs Alzheimer décrit le cas d'une patiente de 56 ans, Auguste D. Elle aurait présenté un délire de jalousie suivi d'une désintégration des fonctions intellectuelles et une incapacité sociale. L'autopsie de cette patiente révèle l'existence de plaques séniles, d'enchevêtrements neurofibrillaires et de lésions d'athérosclérose. Ce « cas particulier grave d'affection de l'écorce cérébrale » comme le présente Aloïs Alzheimer deviendra en 1911 l'actuelle maladie d'Alzheimer ; ceci grâce à Kraepelin, célèbre neurologue allemand qui proposa de donner à l'affection le nom de son assistant, à l'origine de la découverte. Pendant un demi-siècle, les symptômes de la maladie sont perçus comme faisant partie intégrante du déclin normal du cerveau en raison du vieillissement. C'est en 1960 que les scientifiques reconnaissent à la maladie d'Alzheimer son statut de maladie.

Jusqu'à la fin des années soixante, on réserva cette appellation aux démences précoces, car la description initiale se rapportait à une femme encore jeune. Les autres

démences touchant les personnes âgées étaient qualifiées d'imbécillité ou de faiblesse mentale sénile. C'est à cette époque que les psychiatres allemands proposèrent de considérer la démence sénile et la maladie d'Alzheimer comme une seule et même entité.

### **2.1.2 DESCRIPTION, CLASSIFICATION DES DEMENCES ET AUTRE APPROCHE**

Il existe plusieurs définitions de la démence, mais nous retiendrons celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui dans sa classification mondiale des maladies (CIM-10) définit la démence comme une « altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie quotidienne, apparue depuis au moins six mois et d'un trouble d'au moins une des fonctions suivantes: langage, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxies, gnosies ou modification de la personnalité ». Il est ajouté que cette définition large ne suppose pas forcément un déclin des fonctions cognitives important mais une dégradation par rapport à l'état antérieur et une gêne dans le fonctionnement quotidien.

La démence est donc une lente détérioration des facultés psychiques, qui s'accompagne de troubles comportementaux progressifs et chroniques. On note un changement profond de la personnalité, un abandon graduel des activités quotidiennes, familiales, professionnelles et sociales ainsi qu'une perte d'autonomie. On distingue deux types de démences :

- **Les démences primaires**, dites dégénératives proviennent d'une perte neuronale progressive, dont la cause exacte est encore inconnue. Elles sont incurables.

- . Maladie d'Alzheimer (représente 75% des démences dégénératives)
- . Démences de type frontal (maladie de Pick, atrophie non-spécifique...)
- . Maladie à corps de Lewy diffus
- . Maladie de Huntington
- . Maladie de Parkinson...etc

- **Les démences secondaires** sont la conséquence d'une autre maladie, entraînant indirectement une perturbation des fonctions cérébrales. Celles-ci sont curables pour la plupart.

- . Démences vasculaires (maladie de Biswanger...)
- . Démences neurochirurgicales (hématome sous-dural, tumeur...)
- . Démences toxiques (alcooliques, médicamenteuses...)
- . Démences infectieuses (Sida, syphilis...)
- . Démences inflammatoires et démyélinisantes (sclérose en plaque)
- . Démences dues à un trouble métabolique ou nutritionnel
- . Démences séquellaires (après un traumatisme crânien par exemple)

Il existe aussi des formes mixtes de démences dégénératives et vasculaires, qu'on appelle démences mixtes. Cependant, les démences dégénératives sont les plus courantes et représentent 60% de l'ensemble des démences.

La notion de démence peut aussi être abordée sur un tout autre versant, celui de la psychanalyse. J. Maisondieu, psychanalyste et psychiatre français dénonce le fait que la démence ne soit envisagée qu'au travers de l'organicité des troubles. Pour lui, cette manière d'aborder la maladie ne fait que réduire le sujet à la dimension d'objet tout en se butant à ne s'intéresser qu'aux réalités objectives et à nier l'inconscient. J. Maisondieu reprend le terme de H. Searles (psychanalyste américain) « l'effort pour rendre l'autre fou » en parlant du dément. On ressent bien dans ce propos la dimension systémique. La personne souffrant de démence endosserait ce rôle de « malade désigné au risque d'entraîner, par le biais de manifestations instinctuelles, l'ensemble du groupe humain dans le processus de déshumanisation » (Vendeuvre-Bauters I., 2007, p.65). Les comportements et les propos des personnes démentes auraient une signification en dehors de toute organicité. Dans la collectivité, le dément aurait pour rôle de masquer l'angoisse de la mort. Le diagnostic établi, le pouvoir médical reprend son rôle de savoir tout puissant. « La primauté donnée au savoir scientifique sur le non-savoir des déments néglige le chaos et le désordre dans lequel ils sombrent peu à peu » (Ibidem).

### **2.1.3 DESCRIPTION DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

La maladie d'Alzheimer se définit comme une affection dégénérative touchant le système nerveux central qui provoque une perte progressive et irréversible des fonctions mentales et notamment de la mémoire. Les manifestations neurophysiologiques sont

hétérogènes néanmoins, un tableau clinique est rapporté : association de troubles des fonctions supérieures, de troubles de l'affectivité et du comportement, ainsi qu'une perturbation des conduites sociales. Cette démence est associée à des lésions microscopiques cérébrales.

### **QUELQUES ELEMENTS D'EPIDEMIOLOGIE**

Cette affection est la première cause de démence dégénérative. Elle représente 75% des démences dégénératives et 45% de l'ensemble des démences. Selon le Livre Vert de la Maladie d'Alzheimer<sup>1</sup>, on estime en France 860 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. L'incidence s'élève à 225 000 nouveaux cas par an en France et l'espérance de vie après le début des symptômes est en moyenne de 8,5 ans. Les femmes sont plus touchées que les hommes puisqu'au delà de 75 ans, les proportions sont de 13,2 % pour les hommes et de 20,5 % pour les femmes.

### **CRITERES DIAGNOSTIQUES**

Selon le DSM-IV (cité par Eustache F. & Agniel A., 1995) les critères diagnostics de la maladie d'Alzheimer sont les suivants :

A - Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

(1) Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement)

(2) Une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

(a) aphasie (perturbation du langage)

(b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)

(c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)

(d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite)

B - Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentant un déclin significatif par

---

<sup>1</sup> [http://www.francealzheimer31.org/admin/editeur/uploads/livre\\_vert2.pdf](http://www.francealzheimer31.org/admin/editeur/uploads/livre_vert2.pdf)

rapport au niveau du fonctionnement antérieur

C - L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu

D - Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

(1) A d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (...)

(2) A des affections générales pouvant entraîner une démence (...)

(3) A des affections induites par une substance

E - Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium

F - La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'axe 1 (par exemple, trouble dépressif majeur, schizophrénie)

Cependant, il existe d'autres critères diagnostics comme le CIM 10 (OMS, 1992) ou le NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders Association and Stroke and Alzheimer's Disease and Related Disorders Association). Celui-ci est plus spécifique au degré de plausibilité du diagnostic.

Il n'existe pas de marqueur diagnostic fiable de la maladie d'Alzheimer. Le diagnostic de certitude n'est possible qu'après une analyse anatomopathologiste, c'est à-dire après la mort du sujet. Par conséquent, la démence de type Alzheimer est un diagnostic de probabilité principalement fondé sur la clinique.

### ***L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE D'ALZHEIMER***

**La phase de début ou forme légère.** S'installant progressivement et de manière subtile, cette phase débute souvent par des *troubles de la mémoire* perturbant l'activité professionnelle. Elle se manifeste par les premiers oublis de noms, des événements, la perte des codes sociaux et une difficulté à apprendre de nouvelles informations. C'est l'entourage qui perçoit les premiers signes de la maladie. *Les troubles de l'attention* sont dus à la difficulté à focaliser et à maintenir l'attention. On remarque des *troubles du langage* caractérisés par l'altération des capacités narratives. Pour le langage écrit qui est encore plus précocement atteint, on observe une dysorthographe (les mots irréguliers sont touchés en premiers, l'orthographe des mots simple étant respectée) et une dysgraphie (troubles de l'agencement des lettres, tendance à utiliser des lettres capitales). De plus, il existe des *troubles de la reconnaissance des chiffres et des nombres* et une *acalculie*. *Des troubles non-cognitifs* se manifestent par des troubles psychocomportementaux tels qu'une tendance à l'isolement, la perte d'intérêt pour les tâches ou plaisirs habituels, l'apathie parfois associés à de

l'irritabilité ou de l'agressivité et des attitudes caractérielles inhabituelles. Ces signes ressemblent à ceux de la dépression, le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer est donc difficile à faire.

**La phase d'état ou forme modérément sévère.** L'état du malade s'aggrave progressivement. *Les troubles de la mémoire* deviennent majeurs, les événements récents même chargés en affects sont oubliés, les repères personnels commencent à s'effacer et on observe une incapacité à reconnaître les proches et les amis sauf le conjoint. Les capacités d'apprentissage sont très atteintes. *Les troubles de l'orientation spatio-temporelle* sont constants avec une désorientation temporo-spatiale importante. La perception spatiale est touchée entraînant des difficultés à situer des objets ou des lieux. *Les troubles praxiques* sont prégnants. Les gestes de la vie quotidienne deviennent difficiles, voire impossibles. *Le langage* est devenu peu informatif, pauvre et parfois incohérent. De plus, les *troubles de compréhension* s'aggravent. *Les troubles psychocomportementaux* s'intensifient. Ils sont des réactions du patient conscient face à ses difficultés. Il existe des troubles de l'humeur dont les troubles anxieux et les modifications de la personnalité. On observe aussi des troubles du comportement psychomoteur (comportement d'errance sans but, déambulation, comportement stéréotypés...), des troubles des conduites élémentaires et des troubles du sommeil (insomnies, inversion du rythme nyctéméral). Des hallucinations et des délires sont parfois présents.

**La phase terminale ou forme sévère.** La perte de mémoire est totale. Le patient ne reconnaît plus les personnes de sa famille (prosopagnosie complète). La communication est difficile car il y a une perte de la reconnaissance des mots, mais le non-verbal (la musique, le contact visuel, le toucher) permet d'étayer les interactions. L'incontinence sphinctérienne est totale et les troubles de la déglutition sont majeurs provoquant entre autres des risques accrus de fausse route. Tous les actes de la vie quotidienne sont touchés, la marche devient impossible et entraîne l'alitement avec un état grabataire aboutissant à la mort du patient.

## **2.2 CARACTERISTIQUES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

### **2.2.1 ATTEINTES NEUROLOGIQUES**

Au plan neurobiologique, la maladie d'Alzheimer se caractérise par une diminution du poids du cerveau et une atrophie corticale associée à un élargissement des sillons

qui séparent les différents lobes du cerveau. C'est à l'examen microscopique que l'on repère les modifications au niveau cellulaire de la maladie d'Alzheimer. Il en existe deux principales : les plaques séniles et les dégénérescences neurofibrillaires, et d'autres secondaires dont les dégénérescences granulo-vacuolaires, l'angiopathie amyloïde et les corps de Hirano.

*Les plaques séniles* sont des formations sphériques composées d'un noyau de substance amyloïde au centre (la protéine beta amyloïde) et de prolongements de neurites en voie de dégénérescence. Ces plaques séniles forment un dépôt diffus entre les cellules nerveuses. Elles ne sont néanmoins pas un indice spécifique car elles existent en moins grande quantité dans le cerveau d'une majorité de personnes de plus de 60 ans.

*La dégénérescence neurofibrillaire (DNF)* correspond à l'accumulation intra-neuronale de filaments microscopiques appariés en hélice et regroupés en trousseaux de fibrilles. Le composant majeur de cette lésion est la protéine *tau*, anormalement phosphorylée. Dans son état normal, elle sert de constituant au neurone pour construire ses prolongements et transporter les organites et les molécules aux terminaisons nerveuses. La phosphorylation excessive rend la protéine inapte à assurer sa fonction. Les protéines *tau* inactivées s'associent alors pour former des filaments pathologiques, qui s'assemblent à leur tour en paquets de neurofibrilles. Ainsi, le neurone est envahi, il perd alors progressivement ses fonctionnalités et disparaît phagocyté par les cellules assurant la cicatrisation. Leur topographie est sélective et leur extension progressive, séquentielle, invariable et hiérarchisée.

Tout comme les plaques séniles, la DNF n'est pas caractéristique de la maladie car on retrouve l'accumulation des protéines tau dans les neurones dans plus de 20 affections neurodégénératives d'origine diverses.

➤ Ce qui semble spécifique de la maladie d'Alzheimer, c'est l'association des plaques séniles et des DNF, leur importance et leur diffusion. Récemment, cette hypothèse « synergique » (Aupetit A., 2004, p. 94) a été confortée par la découverte d'une protéine favorisant le développement de ces deux lésions. En outre, elles se retrouvent toutes deux impliquées dans le circuit de la mémoire. C'est la conjugaison des plaques séniles et des DNF qui provoque la perte synaptique et neuronale et aboutit à un dysfonctionnement du système nerveux central.

*Les dégénérescences granulo-vacuolaires et les corps de Hirano* sont des lésions courantes de la maladie d'Alzheimer, mais non-spécifiques et moins considérés. *L'angiopathie amyloïde* est le résultat de l'infiltration des parois des vaisseaux sanguins par la protéine bêta amyloïde des plaques séniles.

## **2.2.2 LES ATTEINTES COGNITIVES ET PSYCHOMOTRICES**

### ***LES ATTEINTES COGNITIVES***

Toutes les fonctions supérieures finissent par être touchées dans cette affection. On parle de la maladie des quatre « A » : amnésie, agnosie, aphasie et apraxie.

L'amnésie. En général, ce signe clinique apparaît progressivement. Au début de la maladie, les troubles sont fréquemment banalisés et attribués à l'âge par le patient. C'est souvent l'entourage qui s'en inquiète en premier.

La mémoire épisodique est la plus constamment affectée chez les patients Alzheimer. La capacité du patient à se souvenir d'épisodes vécus est donc altérée. En revanche, les épisodes de vie anciens sont très souvent préservés. De plus, la mémoire procédurale étant conservée longtemps, le patient est capable d'apprendre normalement diverses habilités perceptivo-motrices. Cependant, à un stade avancé de la maladie, l'amnésie devient totale et perturbe toute la vie du patient. Il ne peut plus se situer dans le temps et dans l'espace. La chronologie de sa propre histoire est confuse, et au fur et à mesure de l'évolution, les souvenirs anciens s'estompent et les repères socioculturels et personnels s'effacent.

L'apraxie. Cette altération de la capacité à réaliser une activité motrice pourrait s'expliquer par deux raisons. L'une met en avant la difficulté de programmation d'une série de gestes utiles (trouble de la conception du geste), l'autre évoque une perte du passage de la conception vers la réalisation (trouble de la réalisation du geste). On distingue plusieurs apraxies :

- *L'apraxie visuo-constructive* : Elle concerne la difficulté puis l'impossibilité de réaliser des constructions dans l'espace avec ou sans modèle (des formes géométriques par exemple). Elle est précocement touchée.
- *L'apraxie idéomotrice* : C'est l'incapacité progressive du sujet à exécuter un geste symbolique (salut militaire, demander le silence..).
- *L'apraxie idéatoire* : Le sujet rencontre des difficultés puis une incapacité à réaliser

une séquence de gestes afin d'atteindre un but (allumer une bougie avec une boîte d'allumettes).

- *L'apraxie de l'habillement* : Elle concerne la difficulté puis l'incapacité totale à s'habiller. Le sujet a tendance à se tromper dans l'ordre des vêtements, à superposer les couches.

L'aphasie. Cette détérioration progressive du langage altère l'expression, la compréhension et l'élaboration mentale. La prononciation des mots est perturbée et les phrases deviennent peu à peu incohérentes. C'est la capacité à se faire comprendre qui est touchée. Il est évident que l'on doit continuer à parler à ces patients même s'ils ne parlent plus, et partir du principe qu'ils comprennent ce qu'on leur dit. L'aphasie comprend trois stades évolutifs : *l'aphasie anomique* altère le discours spontané et touche en priorité les mots les plus rares ou abstraits. Le débit de parole reste normal mais on retrouve quelques paraphasies sémantiques. Suit ensuite *l'aphasie trans-corticale\_sensorielle* où le discours devient incohérent et les paraphasies sémantiques<sup>1</sup> se multiplient. Le débit se réduit et la compréhension commence à s'altérer. Le terme d'*aphasie globale* correspond à la désintégration du langage oral et écrit. On note alors des écholalies, des palilalies<sup>2</sup>, des expressions jargonnées, un débit réduit et une compréhension aléatoire.

L'agnosie. On distingue plusieurs types d'agnosies selon les fonctions concernées : l'agnosie visuelle (incapacité à reconnaître un objet), l'agnosie tactile (les sensations sont éprouvées mais non identifiées), l'agnosie auditive (les sons ne sont ni reconnus ni identifiés) et olfactive (altération de la reconnaissance des odeurs et du goût). Quand le patient ne reconnaît pas ses troubles on parle d'anosognosie.

### **LES ATTEINTES PSYCHOMOTRICES**

Celles-ci sont nombreuses dans la pathologie qui nous concerne : l'espace, le temps, la motricité fine, le tonus, le schéma corporel et l'image du corps, l'estime de soi. Ce-

---

<sup>1</sup> Remplacement d'un mot par un autre voisin du sens

<sup>2</sup> Répétition rapide et incontrôlable d'un mot ou d'un segment de phrase. Il existe une ressemblance avec le bégaiement (Duquenoy-Spychala K, 2002, p 31)

pendant, seules les quatre dernières seront développées dans un souci de pertinence, les autres ayant déjà été évoquées précédemment.

### Le schéma corporel et l'image du corps

« Le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus (à peu près de même âge, sous le même climat) de l'espèce humaine. L'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire (...) l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles (Dolto F., 1984, p.22).

Schéma corporel et image du corps subissent de nombreuses modifications chez la personne âgée Alzheimer. L'avancée dans la maladie rend le sujet vulnérable, fragile et ses déplacements se réduisent jusqu'à le limiter à l'espace du fauteuil puis à celui du lit. Les sensations tactiles, kinesthésiques, proprioceptives se raréfient entraînant un appauvrissement du schéma corporel. La représentation des parties du corps est perturbée, les nommer sur soi ou sur autrui devient impossible. A un certain stade de la maladie, les limites du corps deviennent floues, la personne ne se reconnaît plus dans le miroir et peut se vivre comme étrangère à elle-même, elle ne s'identifie plus. Le rôle d'enveloppe protectrice de la peau n'est plus efficace, elle perd de son élasticité, se ride. Les pensées et les souvenirs s'évaporent et laisse place à un « sac poreux » (terme de D. Anzieu) car l'enveloppe corporelle est bien présente mais ponctuée de trous, laissant ainsi s'échapper la substance de l'être. Cela a pour conséquence une difficulté à se percevoir comme un tout. On retrouve alors des troubles du schéma corporel tels que l'autotopagnosie<sup>1</sup>, l'asomatoagnosie<sup>2</sup> et l'anosognosie. Ces personnes, qui présentent certes une maladie grave, sont avant tout des personnes âgées qui vieillissent, la douleur doit donc être prise en compte chez elles. Le corps n'est alors plus qu'un espace de souffrance, source de douleurs et de mal-être. Désinvesti, il est de moins en moins stimulé dans le mouvement et dans sa fonction relationnelle.

---

<sup>1</sup> Impossibilité de situer les différentes parties du corps sur soi et sur autrui. Elle correspond à une altération des mouvements réfléchis.

<sup>2</sup> Altération de la représentation du corps : suppression ou addition de membres.

Altéré par le temps et la pathologie, l'image du corps traduit ces changements dans les comportements, les attitudes, les apparences ainsi que dans la gestualité et l'expression du visage. « Au travers de la relation à cette image déchuée offert et communiquant avec le regard d'autrui, l'amenant à anticiper ou dénier son propre vieillissement, c'est toute l'histoire du narcissisme propre à chacun, qui se trouve mis en jeu avec ses failles passées qui se ravivent et ses lignes de force pour faire face » (Liotard D., 2007, p.240). Souffrant de toutes ces pertes, la personne âgée souffrant d'Alzheimer présente d'importants troubles narcissiques, c'est à-dire une défaillance de l'amour qu'elle se porte à elle-même, un manque de l'estime de soi.

### L'estime de soi

L'estime de soi c'est penser avoir une valeur, elle se manifeste par la fierté que nous avons d'être nous même et repose sur l'évaluation perpétuelle de nos actions. Elle est l'héritage du narcissisme et concerne la libido qui reste attachée à la personne propre et qui a besoin d'être satisfaite<sup>1</sup>. Celle-ci permet une satisfaction immédiate de soi et donc une décharge de la tension. C'est un état fragile que la réalité remet quotidiennement en cause. Nous en avons besoin pour établir des relations épanouies aux autres et pour faire face aux difficultés.

Le sentiment d'estime de soi est bouleversé chez la personne âgée Alzheimer. La prise de conscience des troubles qui envahissent la vie quotidienne va progressivement changer l'image que le malade a de lui-même et la façon dont il se perçoit parmi les autres. Ces défaillances vont affaiblir cette fierté d'être et causer les nombreuses dévalorisations que nous connaissons chez ces patients : « Je suis nulle » ; « Je ne suis plus bonne à rien » sont des propos fréquemment entendus. Le cas de Mme V illustrera bien cette idée dans les vignettes cliniques.

### Le tonus

Selon C. Foix et P. Rondot, le tonus est l'état de tension permanent des muscles. Cette tension est active, involontaire et variable dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui le renforcent ou l'inhibent. Le tonus est un véritable tissu d'échanges entre soi et l'environnement, il est le support d'inscription des émotions du sujet. Il pourrait être assimilé à une toile à partir de laquelle l'émotion prend forme. En fait, le tonus nous appelle « à reprendre les chemins de notre premier langage, bien avant les mots, quand nous réagissons corporellement aux ambiances,

---

<sup>1</sup> Cours de psychologie de J. Goussard (3<sup>ème</sup> année)

à la tonalité des voix, au tonus de l'adulte qui nous portait » (S.N.U.P, 2009<sup>1</sup>). Un terme a été donné par De Ajurriaguerra J. pour décrire cette aptitude corporelle à recevoir des messages non-verbaux et à s'y adapter, c'est le « dialogue tonique ». Né des toutes premières interactions, il reste la base de la communication non-verbale jusqu'à la fin de la vie. C'est cette capacité du corps à parler au travers de la posture, des mimiques, des regards...

Chez la personne âgée Alzheimer, des troubles toniques apparaissent et le « dialogue tonique » prend là toute son importance. On observe de l'hypertonie, des aspects régressifs liés au tonus (succion, agrippements...), des stéréotypies, des mouvements anormaux... Deux types d'hypertonie sont à distinguer. L'hypertonie d'opposition est mise en évidence lors de la mobilisation du sujet dans certaines situations, souvent liées aux demandes des soignants (mouvement de recul lors de la toilette par exemple). Cette hypertonie considérée comme un trouble tonico-émotionnel vient dans une appréhension douloureuse et relationnelle. L'hypertonie d'appel se retrouve dans la posture recroquevillée quand le patient est douloureux ou angoissé. En effet, cette position lui permet d'avoir une meilleure perception des contours de son corps et donc de calmer ses angoisses.

### **2.2.3 LES ATTEINTES NON-COGNITIVES**

#### ***LES TROUBLES PSYCHO-AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX***

*Les troubles de l'affectivité* représentent un aspect relativement spécifique de la maladie d'Alzheimer. K. Duquenoy-Spychala (2002) cite C. Derouesne qui définit à ce niveau deux types de troubles. L'émoussement affectif est un défaut de réactivité aux stimulations émotionnelles. On observe une réduction des expressions affectives, une perte de la recherche de plaisir, l'indifférence et l'apragmatisme<sup>2</sup>. L'incontinence émotionnelle est en lien avec une labilité émotionnelle importante. Elle se caractérise par des variations brutales du ressenti et de son expression accompagnées de courts

---

<sup>1</sup> Plaquette de présentation des XXXVIIIème journées annuelles de thérapie psychomotrice : Le tonus : toile de fond des émotions. Les 24, 25, 26 septembre 2009 à Angers.

<sup>2</sup> Apragmatisme : trouble d'origine psychique se traduisant par l'incapacité de réaliser une action (dictionnaire La rousse 2003). La capacité même de « vouloir faire » est atteinte. Il en résulte une perte d'initiative motrice.

moments dépressifs ou euphoriques, d'irritabilité, d'explosions de colère, de phases d'excitation ou de désintérêt.

*L'agressivité* est un comportement courant chez le sujet Alzheimer. Les manifestations sont très variables allant de l'agitation verbale, très fréquente (cris, injures) aux agressions physiques. L'agitation verbale et l'émission de cris sont particulièrement importantes au moment des soins, probablement dus à l'incompréhension de ceux-ci. De plus, les cris sont utilisés comme un moyen de communication et témoignent ainsi d'un besoin de se libérer de tensions internes. L'agressivité mais encore plus la colère traduisent une angoisse, voire une fureur.

*Les comportements de déambulation et d'agitation* sont fréquents à un stade avancé de la maladie. On retrouve quatre types d'errance : l'errance avec but et comportement de recherche, l'errance avec but et comportement d'occupation, l'errance sans but apparent et l'errance liée à l'utilisation prolongée des neuroleptiques. Par ce comportement, la personne peut exprimer différents états : l'ennui ou un sentiment d'inutilité, la solitude ou la tristesse, l'insécurité, un besoin de bouger pour soulager des tensions, un comportement d'exploration...

*Des conduites stéréotypées* sont aussi observées. Elles correspondent à des conduites répétitives sans finalité apparente : ranger, déranger, plier, lisser. On distingue les gestuelles et les phonatoires (cris répétés). Plus la démence avance, plus le psychisme s'exprime par le corps.

Nous avons tous un espace psychique privé gardé par une frontière entre le dedans et le dehors, c'est la censure. *L'affaiblissement de la censure* s'opère lorsque le langage est atteint. Les bienséances de la vie sociale disparaissent et le sujet dément devient alors grossier et impudique en toute inconscience.

### ***LES TROUBLES DE L'HUMEUR***

*La dépression* est une conséquence directe du retentissement des lésions cérébrales. Néanmoins, elle ne résulte pas uniquement de phénomènes biologiques mais est aussi une fonction adaptative. En effet, le patient cherche à trouver des solutions devant ses déficits cognitifs autant dans sa vie intérieure que relationnelle. Les signes de la dépression sont l'inhibition psychomotrice, l'inertie, l'aboulie (perte de la volonté), et la perte d'intérêt avec apathie (diminution de l'affectivité).

## **LES TROUBLES « PSYCHOTIQUES »**

Le sujet peut avoir des *idées d'apparence délirante*, qui sont de fausses croyances fondées sur une déformation de la réalité. On y retrouve des idées d'abandon, de persécution, de préjudice ou de jalousie. Les *hallucinations* sont source d'anxiété ou d'agitation. Elles peuvent être majorées par un déficit visuel, auditif ou les deux. Les *confabulations* sont à distinguer du délire. Le patient présente comme une réalité vécue quelque chose d'imaginaire.

## **LES TROUBLES NEUROVEGETATIFS**

Les troubles du sommeil sont fréquents (40% des cas environ). D'une simple aggravation de ce qu'on observe dans le vieillissement normal : fragmentation du sommeil par de multiples éveils et un réveil matinal précoce, on arrive progressivement à une inversion du rythme nyctéméral (un sommeil diurne et une insomnie nocturne). Des troubles de la sexualité sont aussi présents, caractérisés par des conduites de désinhibition (avances à des inconnus, masturbation publique...). Une incontinence sphinctérienne débute par une incontinence urinaire nocturne. A un stade avancé de la maladie, le patient n'exerce plus aucun contrôle sur ses sphincters aboutissant à une incontinence complète et à une encoprésie (incontinence des matières fécales). L'alimentation peut se modifier de manière quantitative (perte d'appétit) ou de manière qualitative (appétence pour le sucré). La dénutrition et la déshydratation sont les risques majeurs rencontrés.

### **2.3 LES THEORIES DE L'APPARITION DE LA MALADIE**

De nombreuses études portent sur ce sujet, mais il est encore difficile d'identifier précisément les facteurs influençant le cours de la maladie. Cependant, nous savons qu'ils interviennent comme accélérateur ou frein de révélation de la maladie, et qu'il existe plusieurs facteurs de risque, qui lorsqu'ils sont conjugués chez une même personne donnent le départ de l'affection. Même si on observe une diminution d'incidence au-delà de 90 ans, le seul facteur identifié reste l'avancée en âge car la progression de la maladie entre 60 et 90 ans est exponentielle. Plusieurs modèles tentent d'expliquer la survenue de la maladie.

*Le modèle neurochimique* : chaque neurone se spécialise dans un neurotransmetteur. Les neurones du noyau basal sont essentiellement cholinergiques, c'est à-dire qu'ils injectent de l'acétylcholine vers l'hippocampe et le cortex, structures impliquées dans

les opérations de la mémoire. L'origine des troubles mnésiques peut alors être recherchée dans les circuits de l'acétylcholine. Ce modèle renverse le modèle lésionnel car les lésions ne seraient plus des causes mais des conséquences des dysfonctionnements neurochimiques.

*Le modèle génétique* : certaines familles (5 à 10%) semblent fortement touchées par la maladie d'Alzheimer. Leur étude a permis d'isoler quatre gènes susceptibles de transmettre la maladie, ou du moins une prédisposition. Ils sont situés sur les chromosomes 14, 19, 21 et sur un autre non-identifié. Le gène du chromosome 21 semble responsable de la surproduction de protéine amyloïde, constitutive des plaques séniles. Le gène du chromosome 21 aurait un rôle dans les formes précoces. Le dernier gène identifié, situé sur le chromosome 19 dit APOE concernerait les formes plus tardives de la maladie. Celui-ci code pour la fabrication de l'apoprotéine E (apoE) qui a pour rôle le transport des lipides dans l'organisme. Cependant, certaines formes de cette protéine sont pathogènes à cause de différentes allèles du gène APOE (variantes). Ainsi, la forme apoE4 semble avoir un lien avec les lésions du cerveau alzheimerien, et l'apoE3 au contraire paraît avoir une fonction protectrice contre la survenue des mêmes troubles.

*Le modèle infectieux* : l'idée que cette affection pourrait être contagieuse provient de l'existence démontrée de transmissions de démences humaines à l'animal.

*Le modèle de radicaux libres* : l'oxygène est indispensable au fonctionnement du cerveau. Il en existe une forme moléculaire toxique appelé radical libre, capable de dégrader les neurones en donnant des résidus chimiquement proches des plaques séniles. La SOD (superoxyde dismutase) est l'enzyme responsable de la destruction des radicaux libre d'oxygène. Un excès ou un déficit de SOD aura de graves répercussions sur la population neuronale. Or, c'est sur le chromosome 21 que se trouve le gène codant pour la SOD.

*Le modèle toxique* : des concentrations élevées d'aluminiums localisés du côté des plaques séniles et les DNF et d'autres métaux comme le cuivre, le zinc, le fer ou le plomb ont été retrouvées dans les cerveaux de malades Alzheimer. A petite dose, la présence d'ions métallique joue un rôle antioxydant donc bénéfique. En revanche, au-delà d'un certain seuil elle produit l'effet inverse. C'est-à-dire qu'au lieu de piéger les molécules qui oxydent les neurones, elle les transforme en un composé encore plus dangereux : le peroxyde d'oxygène (ou eau oxygénée). Ces métaux seraient ainsi la

cause du dysfonctionnement de la protéine amyloïde et de son accumulation en plaques séniles.

*Le modèle psychique* : selon la théorie de J. Maisondieu, l'affection est la réaction de défense d'un psychisme incapable d'accepter de mourir. Il propose le terme de *thanatose* qui signifie psychose de la mort. L'hypothèse est lancée qu'un conflit, un stress, une angoisse pourraient déclencher une affection qui évoluerait ensuite selon un mode somatique.

## **2.4 VECU PSYCHIQUE DU SUJET ATTEINT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

En m'appuyant sur l'article de F. Bezard-Falgas<sup>1</sup>, je décris ci-dessous ce qu'un patient aurait pu nous dire de ses difficultés s'il avait la possibilité de nous en parler.

### **2.4.1 LES CONSEQUENCES SUR LA VIE QUOTIDIENNE**

Je m'appelle Mr X et je souffre de la maladie d'Alzheimer depuis dix ans. Mes troubles mnésiques retentissent sur mes activités de la vie quotidienne, me laissant ainsi peu d'autonomie car peu à peu j'oublie mes habitudes et mes apprentissages. Cela peut m'amener à déambuler car j'oublie peu à peu l'instant précédent. Je me sens seul car j'oublie le temps des visites. En fait, je vis une solitude intérieure parmi les autres. Perdre la mémoire c'est aussi oublier ses repères temporels et donc la notion de durée, le temps qui passe étant perçu par rapport au vécu. Or, je ne sais plus qui j'ai été et qui je suis car les intervalles de temps n'existent plus pour moi. Ma relation au temps est perturbée, le temps se déroulant tel une succession de moments semblant sans liens les uns avec les autres. Mes capacités de jugement et de critique ont disparu, je suis dépossédé de mon rôle et je ne suis plus libre de mes choix, je dois ainsi entièrement m'en remettre aux autres. Ma mémoire est garante de mon histoire personnelle et au fur et à mesure qu'elle s'efface disparaît avec elle mon sentiment d'identité. Mon entourage devient alors ma mémoire.

### **2.4.2 LA DESTRUCTURATION DE L'APPAREIL PSYCHIQUE**

C'est par l'instinct pulsionnel que s'exprime le corps au début de la vie, nos émotions étant liées à la façon dont nous percevons l'environnement. Puis nous utilisons des mots pour décrire, ressentir, imaginer. Comme Piaget l'a décrit, l'enfant devient ca-

---

<sup>1</sup> Bezard-Falgas F, 2006, pp 15-18

pable de réflexion grâce à l'expérience dans un premier temps (stade des opérations concrètes de sept à douze ans) puis de façon abstraite (stade des opérations formelles à partir de douze ans).

Moi, je vis une véritable destructuration psychique car je fais le chemin inverse : je perds ma pensée abstraite, le langage, puis je retourne vers l'état premier, celui de la perception. Ma pensée se fige, je perds mes idées, ma tête est dans un flou continu, je n'arrive plus à réfléchir. L'élaboration me devient impossible, je reste au plus près de la perception et surtout du visuel. Au fur et à mesure que ma mémoire cognitive « qui sait » s'efface, réapparaît une mémoire intuitive « qui sent », celle-ci me restera longtemps.

### **2.4.3 LES SYMPTOMES COMME MECANISMES DE DEFENSE**

Tous les symptômes que je peux avoir (sentiment d'être volé, agressivité, régressions : comportements d'agrippement, stéréotypies, incontinence, et hallucinations psychiques) ne sont en fait qu'une façon de m'adapter à l'environnement et aux personnes qui m'entourent. Messy J. interprète ces symptômes comme « une manière de mettre en acte une parole, par exemple, un refus exprimé sous forme d'agressivité » (Messy J., 1996, p.8).

### **2.4.4 ANXIETE ET DEPRESSION**

Au début de la maladie, je tente de me défendre avec mes propres moyens et ma personnalité. Mes troubles mnésiques génèrent en moi des affects douloureux et une anxiété liés à la perception de mon handicap. Je fuis souvent les échanges relationnels et les activités qui me mettent en échec. Je peux ressentir une dépersonnalisation et lutter contre la dépression en m'installant dans l'hyperactivité et ainsi continuer à faire illusion. Lorsque la démence est installée, mon anxiété est augmentée en fin d'après-midi et la nuit, ce qui me pousse à errer. Je ne comprends pas pourquoi je suis là et ne reconnaît plus les lieux ni les personnes. De plus, tout changement brutal est source d'angoisse pour moi.

### **2.4.5 LA QUESTION DU DESIR**

Mon désir est l'expression de mes pulsions, il me pousse inévitablement vers l'autre. Jusqu'à la mort cette source d'énergie subsistera en moi. Je n'ai certes plus la possibilité d'exprimer oralement ce désir ou cette pulsion, mais je peux me souvenir des belles choses car ce passé est porteur d'affectivité et ravive mon désir. Ma vie pulsionnelle peut s'exprimer par la recherche constante de l'autre, c'est pourquoi il peut

m'arriver de suivre un soignant dans le couloir ou de déambuler. Cette marche incessante est pour moi une manière de moduler ma tension pulsionnelle. C'est un besoin vital.

## **2.5 LES APPROCHES THERAPEUTIQUES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**

Basé sur l'article d'un psychiatre gériatologue<sup>1</sup> voici le tableau actuel des possibilités thérapeutiques.

### **2.5.1 LES TRAITEMENTS DISPONIBLES**

- *Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase* : le déficit en acétylcholine chez les patients Alzheimer a incité les chercheurs à créer un médicament qui inhiberait l'acétylcholinestérase afin de compenser ce déficit en neuromédiateurs cholinergiques. Malheureusement, ces traitements sont sans effets sur les mécanismes initiateurs de la maladie. En revanche, ils agissent bien sur la perte cholinergique. On retient trois molécules en France : le donézépil, la rivastigmine et la galantamine. Leur action est plus grande sur les pathologies légères ou modérément sévères.

- *Les antagonistes des récepteurs NMDA* : plus récente, la mémantine appartient à la classe des antagonistes des récepteurs NMDA (N-méthyl-D-aspartate ou glutamate). Le glutamate a un rôle perturbateur sur la mémoire principalement. En inhibant son activité, la mémantine exercerait un effet neuroprotecteur. Son action sur les récepteurs NMDA pourrait contribuer à ralentir la progression de certains symptômes. La mémantine est proposée dans les stades avancés à sévères de la maladie.

### **2.5.2 LES NOUVELLES THERAPEUTIQUES CURATIVES**

Agir sur la cause de la maladie est une utopie car elle relève de complexes plurifactoriels. Néanmoins, de nombreux essais thérapeutiques en cours visent à ralentir les lésions, favoriser la plasticité neuronale, prévenir l'extension des lésions et combler les déficits biochimiques. Deux pistes sont à envisager :

- *La voie amyloïde* : les scientifiques recherchent un vaccin capable d'éliminer les plaques séniles, en développant soit une stratégie d'immunisation active (produire

---

<sup>1</sup> O. De la Doucette, 2006, pp 11-13

des anticorps dirigés contre les formes pathologiques de peptide A $\beta$ ) soit une stratégie d'immunisation passive (administration directe d'anticorps contre les peptides A $\beta$  pathologiques). Ils cherchent aussi à inhiber l'agrégation du peptide A $\beta$  grâce à un produit qui lie le peptide A $\beta$  soluble et empêche la formation de plaques séniles.

- *La réparation du cerveau* : il existe un autre axe de recherche consistant à promouvoir la réparation du cerveau par des facteurs de croissance ou des cellules souches (remplacer des cellules nerveuses endommagées par la maladie par des cellules souches indifférenciées, provenant de la moelle épinière et d'autres tissus). Ces pistes de recherche suscitent beaucoup d'espoir.

### **2.5.3 LES NOUVELLES THERAPEUTIQUES PREVENTIVES**

*Le traitement hormonal substitutif (TSH)* réduirait les risques de maladie d'Alzheimer s'il est initié plus de dix ans avant la survenue de la maladie. Il aurait l'effet inverse s'il est proposé peu avant le diagnostic clinique. *La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS)* serait aussi bénéfique si elle était prescrite deux ans avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie. *Les antioxydants* eux, seraient capables de prévenir les dommages neuronaux liés à l'activité oxydative. Ainsi, la prise combinée de vitamine E et C pourrait réduire les risques de maladie d'Alzheimer, tout comme des doses élevées d'antioxydants pourraient ralentir le déclin cognitif.

*Les dérivés du Ginkgo biloba* constitueraient une piste intéressante pour prévenir le déclin cognitif et *les acides gras poly-insaturés oméga-3* notamment l'acide docosahexaénoïque (DHA) seraient très étudiés car leur consommation régulière pourrait avoir un rôle bénéfique sur les fonctions cognitive.

➤ De très nombreux essais thérapeutiques devraient avoir lieu dans les années futures pour confirmer ou infirmer toutes ces hypothèses.

## **3 L'ATELIER D'EXPRESSION PLASTIQUE EN GROUPE**

### **3.1 DE QUOI S'AGIT-IL ?**

L'atelier d'expression plastique ou médiation plastique que j'ai mis en place au sein de la maison de retraite médicalisée n'est ni de l'art-thérapie, ni de l'animation et encore

moins un cours d'art plastique ou de dessin. Afin de situer la médiation plastique dans une prise en charge psychomotrice parmi tous ces termes, définissons-les.

L'art-thérapie est « l'exploitation du potentiel artistique dans une visée humanitaire et thérapeutique » (définition de l'AFRATAPEM<sup>1</sup>) et désigne donc l'utilisation de moyens d'expression artistique à des fins psychothérapeutiques (musique, danse, peinture...). L'animation, elle, correspond à l'action d'animer un groupe en lui donnant du contenu, des activités. Elle donne de l'entrain, de la vivacité, du mouvement. Un cours de dessin ou d'art plastique aura pour but l'amélioration des capacités artistiques et visera essentiellement un objectif esthétique.

Or la médiation plastique n'a ni pour but des fins psychothérapeutiques, ni un intérêt occupationnel, ni un résultat esthétique. C'est une médiation corporelle qui utilise différentes techniques plastiques, en prenant en compte la globalité de la personne afin de travailler les items psychomoteurs : espace, temps, motricité fine, praxies, cognition, estime de soi... Le médiateur en psychomotricité peut être un moyen ou un but, il peut être un objet, un outil ou une activité sur lequel le patient porte son attention, se concentre, agit seul ou en "coopération" avec le thérapeute. La médiation devient alors lieu de rencontre et d'échanges où sont mis en jeu le « je », le corps, la motricité, la représentation mentale et le sensori-moteur. Elle est alors le support reconnu et nommé de la relation. Le patient a la possibilité d'y découvrir ses capacités, de porter son expression au regard de l'autre et peut-être de se livrer.

Celle-ci est présentée comme « l'atelier peinture » pour les résidents, mais la peinture n'est pas la seule technique utilisée. En effet, dans un souci de richesse sensorielle et cognitive, ce fut un choix de ma part que de proposer non seulement la peinture mais aussi divers activités à découvrir ou à redécouvrir tels que le collage, le découpage, le déchirage, le dessin, l'argile... Même si la peinture peut être riche pour les patients, n'utiliser que ce moyen d'expression était pour moi réducteur. En effet, cela représentait pour les participants un choix trop restreint (une personne détestant la peinture peut très bien investir les activités de collage par exemple). Tout comme l'artiste avec sa palette de couleurs, le participant à l'atelier choisira, investira davantage un moyen d'expression qu'un autre.

---

<sup>1</sup> <http://www.art-therapie-tours.net/RMAT.pdf>. l'AFRATAPEM est l'Association Française de Recherche et d'Application des Techniques Artistiques en Pédagogie Et Médecine

## **3.2 L'INVESTISSEMENT CORPOREL**

Le corps est souvent l'objet de plaintes chez les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et donc d'un désinvestissement. Elles se replient alors dans un monde de solitude et de non-désir. Une prise en charge où le corps est au centre est donc essentielle. L'expression plastique met en jeu le corps dans sa globalité. Ce médiateur semble donc approprié car il permet grâce à la mise en jeu détournée du corps, une nouvelle utilisation de la motricité. Celui-ci rend la personne actrice, et par un éveil sensoriel, favorise l'émergence d'un corps « plaisir », autre que l'objet des soins d'hygiène.

### **3.2.1 SENSATION ET PERCEPTION**

L'expression plastique est un médiateur qui permet l'éveil des sens, notamment la vue et le toucher. Sensations et perceptions sont donc mises en jeu.

L'émergence de la sensorialité requiert une certaine motricité car elle provient d'une modification d'un appareil sensoriel sous l'influence d'une excitation sensorielle d'origine interne ou externe. La sensation, « fait de conscience immédiat et élémentaire (...) ne permet pas la connaissance. C'est une donnée « subjective passive ». » (Carric J-C., 2001, p.171). Cette notion renvoie donc à la fonction physiologique en faisant intervenir les centres sensitifs et cortico-sensoriels. La sensation donne lieu à des modifications physiques objectives, c'est une interprétation brute. A la suite de la sensation arrive la perception, elle peut être définie comme l'intégration de plusieurs sensations avec les connaissances du sujet et ses attentes<sup>1</sup>. De ce fait, la perception analyse la sensation pour lui en donner une signification. Prenons comme exemple le facteur température : je sens mes poils hérissés (sensation), j'ai froid (perception).

C'est grâce à l'utilisation des systèmes sensitivo-moteur et perceptivo-moteur que l'individu peut comprendre et agir sur son environnement. De part le jeu des couleurs et les diverses sensations créées, la médiation plastique présente un intérêt pour les personnes âgées démentes souffrant souvent d'une altération des capacités sensorielles.

### **3.2.2 MOUVEMENT ET CORPS DANS L'ESPACE**

Depuis son plus jeune âge, l'individu développe une conscience de son corps dans l'espace environnant grâce aux diverses expériences sensori-motrices et aux mouve-

---

<sup>1</sup> Cours de neurophysiologie 2<sup>ème</sup> année de Mr Deguevarra

ments. La notion du corps dans l'espace est donc primordiale car elle est à l'origine des sensations permettant à l'individu de se construire tant corporellement que psychiquement. En prenant en considération la problématique de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, davantage régressive qu'évolutive, il paraît important de leur proposer des situations où elle s'investit corporellement. « Le mouvement (...) par de nouvelles sensations, le plaisir et les prises de conscience qu'il procure, permet progressivement une remise en confiance, une revalorisation narcissique, un réinvestissement de l'image de soi, un renforcement de l'identité ». (Liotard D., 1993, p.77).

L'expression plastique permet un investissement corporel dans deux espaces distincts mais assurant la même fonction de contenance : l'espace à remplir ou à modeler avec ses délimitations bien définies (feuille, argile...) et l'espace tridimensionnel de la pièce qui prend valeur d'enveloppe symbolique sécurisante. C'est dans ces deux espaces que l'individu pourra évoluer et retrouver un état d'esprit désirant. Le mouvement recrée des liens avec le sentiment d'exister et permet ainsi à la personne d'exprimer ses difficultés.

### **3.2.3 L'ACTE GRAPHIQUE**

Tout mouvement volontaire nécessitant la mise en place d'un projet moteur est sous l'égide du système nerveux central. Celui-ci stimule ensuite les muscles concernés pour exécuter le geste.

L'acte graphique, et plus largement l'acte de créer, mobilise l'ensemble du corps, chaque partie ayant un rôle dans l'exécution du geste « l'équilibre de l'ensemble du corps est concerné et se projette directement dans l'œuvre écrite, peinte ou sculptée » (Denner A., 1980, p.34). L'acte graphique nécessite l'association de mouvements dépendants d'un bon équilibre statique ainsi qu'un équilibre tonique des muscles antagonistes et agonistes du bras et du poignet. Le contrôle volontaire joue un rôle important car l'individu doit adapter son tonus pour atteindre le but qu'il s'est fixé mentalement. Les régulations toniques motrices et posturales sont donc indispensables à la maîtrise et à l'efficacité du geste.

La fonction oculo-motrice est également impliquée dans l'acte créateur et joue un double rôle. La vision guide le geste, assurant un ajustement permanent. La correspondance entre l'image mentalisée et la production réelle est alors possible.

### 3.2.4 L'ACTE CREATEUR COMME GESTE D'AUTONOMIE

L'acte créateur ramène le sujet à lui-même et nécessite donc une prise d'autonomie. Il détermine un « moi, je suis » et un « moi, je choisis » parmi toutes les possibilités créatrices. La création se fait dans le présent. Elle a un point de départ, une certaine durée et un point d'arrivée. Créer façonne le présent continuellement, c'est donc agir sur l'instant présent, son milieu et construire un espace dont on est l'architecte. « En ce sens, la création est un acte de jeunesse et de régénération, ou la personne retrouve un pouvoir sur le monde extérieur au lieu de le subir. Ce pouvoir de création enrichit l'autonomie de la personne âgée » (L'Haridon A-M., 2004, p.108). Au travers de l'acte créateur, l'individu est à la fois acteur et spectateur de l'action, ce qui aboutit à de nouveaux intérêts pour la relation à soi et au monde.

### 3.2.5 LA COMMUNICATION NON-VERBALE

« C'est par les yeux qu'ils disent les choses, et ce que j'y lis m'éclaire mieux que les livres ». <sup>1</sup>

Ce propos reflète parfaitement la richesse de la communication non-verbale, qui est au cœur de l'atelier plastique. Nécessaire pour l'homme, la communication assure la vie de relation basée sur les échanges et l'instauration de liens avec d'autres individus. Outre la communication par le langage, le corps « parle » également un langage où les messages sont véhiculés au travers de gestes divers. Ces diverses manifestations corporelles renseignent sur l'état général de la personne et permettent aux interlocuteurs d'ajuster au plus près leurs paroles ou leurs actes selon la tonalité du message perçu. Ce langage corporel s'exprime par :

- *le regard* qui reflète l'état affectif du sujet et peut donc exprimer de nombreux sentiments autant positifs (reconnaissance) que négatifs (signes de mépris).
- *la posture*, c'est-à-dire que les émotions retentissent sur le tonus musculaire et induisent des positions particulières. C'est le dialogue tonique décrit par J. De Ajuriaguerra.
- *la mimique* qui met en jeu le visage, lieu privilégié d'expression ayant valeur de communication dès la naissance.
- *les gestes* qui accompagnent souvent le discours pour favoriser la compréhension. J. Bergès décrit à ce propos trois types de gestes : manière de dire, de faire et d'être.

---

<sup>1</sup> C. Hof cite C. Bobin dans Art-thérapie et maladie d'Alzheimer, quand les couleurs remplacent les mots qui peinent à venir

Lors de la médiation plastique, cette composante non-verbale est constante traduisant ainsi l'investissement et la motivation de la personne et le jugement qu'elle porte à sa création.

### **3.3 L'INVESTISSEMENT PSYCHIQUE**

Le psychisme étant sollicité et mobilisé grâce à la production plastique, le corps retrouve l'expression de sa pensée. Le support quel qu'il soit devient un catalyseur de parole offrant ainsi un espace d'expression au patient qui peut alors se détacher momentanément de cette image de malade.

#### **3.3.1 LA DECHARGE EMOTIONNELLE**

S. Freud reprend au 19<sup>ème</sup> siècle le terme de catharsis du philosophe antique Aristote pour décrire l'effet thérapeutique de l'abréaction qui se caractérise par une extériorisation émotionnelle jusque là refoulée. Celle-ci aboutit à la libération de l'affect lié à un événement passé. Ce processus cathartique peut émerger au travers de l'expression plastique. En effet, angoisse de mort, culpabilité et troubles du comportement cohabitent et perturbent les personnes Alzheimer; actualiser leurs angoisses, leurs craintes, leur colère sur un support leur permettent donc de canaliser leurs émotions, sans qu'il n'y ait de passage à l'acte. La peinture entre autre offre un appui pour libérer ces émotions souvent contenues et sources de mal-être et devient alors un exutoire visant un mieux-être psychique.

#### **3.3.2 LE LACHER PRISE**

Afin de favoriser l'investissement de l'individu dans l'atelier, la décharge émotionnelle nécessite un levé d'inhibition et un certain assouplissement des mécanismes de défenses. Ainsi, le patient « se laisse aller » à créer et se souvient du passé au sein d'un espace sécurisant. L'accès à la création reste difficile pour les personnes âgées en général, il est donc important de leur offrir des conditions favorisant cet abord. En effet, « l'activité créatrice, dans ses modalités positives et structurantes, et sa conséquence la production d'un objet gratifiant narcissiquement peuvent être symboliques d'une action réparatrice au niveau d'une réalité interne et externe perdue, détruite. » (Denner A., 1980, p.108).

Outre l'émergence créative, la médiation plastique facilite la remémoration des souvenirs. En effet, la création sollicite et mobilise la mémoire des faits anciens et « Se laissant vagabonder au fil ses souvenirs, retrouvant des moments où son affectivité

était engagée, la personne en les évoquant se réapproprie son identité, réinterprète son histoire qu'elle peut alors poursuivre » (Liotard D, 1991, p.91).

### **3.3.3 UN TENTATIVE DE RESTAURATION IDENTITAIRE**

Le sujet Alzheimer souffre d'une perte progressive du sentiment d'identité dû à la perte de cohésion interne et aux difficultés relationnelles. Ainsi participer à la médiation plastique lui permet de mettre à distance l'ontolyse psychomotrice (enfouissement somatique d'un affect dépressif) et l'insécurité narcissique qui l'inhibe dans ses relations. Les accrochages ou rejets de l'objet créés manifestés par la personne âgée Alzheimer montrent une tentative de restauration narcissique au travers de l'activité créatrice. « Par sa participation, elle mobilise toutes les dimensions de sa sensorialité au service de son imagination créatrice. Elle s'extrait aussi temporairement du processus mortifère qui l'assaille habituellement. En conclusion, le sujet dément tenterait bien de se restaurer narcissiquement par l'expression picturale » (Bernard E. & Moutarde S., 2004, p.103).

### **3.3.4 LA SYMBOLIQUE DE LA TRACE**

La création plastique permet de laisser une trace, une empreinte s'inscrivant dans l'ici et le maintenant. Cette trace représente ou du moins laisse transparaître un aspect de soi-même, le support devient alors une projection de soi-même.

« L'expression graphique est la première voie de traduction de l'expressivité corporelle qui laisse une trace visible et pérennisée(...). Elle devient la première traduction réelle de l'image interne du sujet et de son identité sensorimotrice, affective, cognitive et relationnelle » (Boscaïni F., 1997, p.42). Blessé narcissiquement par l'annonce de la maladie puis par la prise de conscience de ses troubles, le patient devient tributaire d'un sentiment d'inutilité, d'impuissance, de faiblesse et de mise en marge de la société. Créer, c'est exister, y compris dans le sens étymologique de « sortir de » ou « se manifester ». C'est donc par ses productions plastiques et graphiques que l'individu peut retrouver une dignité d'être humain en prouvant et en affirmant symboliquement son existence.

## **3.4 LE GROUPE, UN OUTIL THERAPEUTIQUE**

### **3.4.1 DEFINITION**

Selon le Larousse encyclopédie, le groupe au sens large est défini comme « un ensemble de personnes ou des choses dans un même endroit. Le groupe tel que je

l'envisage est un ensemble d'individus en interaction, se trouvant rassemblés dans un espace, un temps donné autour d'une activité commune. Il existe différents types de groupes décrits par D. Anzieu : la foule, la bande, le groupement, l'organisation et le groupe restreint qui nous intéresse particulièrement. C'est « un nombre restreint de membres, tel que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres, être perçu réciproquement par lui, et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu » (Anzieu D. et Martin J-Y., 1968, p.23). Il est nourri par un sentiment de solidarité.

### **3.4.2 LES FONCTIONS THERAPEUTIQUES DU GROUPE**

Les situations groupales sont fréquemment proposées en psychomotricité car elles vont accompagner la consolidation du Moi corporel et psychique à travers le contenant de l'enveloppe groupale. Celui-ci facilitera l'émergence des interactions et de nouvelles expériences émotionnelles. On retrouve quatre fonctions propres à la situation de groupe.

#### ***CADRE ET CONTENANCE***

Le groupe représente l'espace qui va introduire les notions de limites, formant ainsi une sorte d'enveloppe symbolique pour le patient. Ce contenant a pour fonction de renforcer ou de rétablir les limites dedans dehors. En outre, le cadre joue un rôle essentiel car il favorise la mise en place des repères spatio-temporels, il devient alors une unité de lieu, de temps et d'action. Il procède par étapes en utilisant des rituels nécessaires à l'accompagnement.

#### ***SOCIALISATION***

Elle représente le processus permettant à l'individu d'apprendre, d'intérioriser et d'intégrer les éléments socio-culturels de son environnement dans le but de s'adapter au mieux au milieu social dans lequel il évolue. L'isolement fréquent chez les sujets âgés, l'est encore plus chez le patient Alzheimer (prise de conscience des troubles, dévalorisation, dépression, sentiment de faiblesse...). Les prises en charge dans un groupe sont donc bénéfiques car elles favorisent la conservation de liens sociaux et permettent de maintenir un rapport avec l'extérieur. De plus, l'appartenance à un groupe renforce le sentiment d'identité, qui se fragilise chez ces patients.

## **DYNAMISATION**

La régularité des séances ainsi que la stabilité du groupe sont essentielles pour voir émerger une dynamique de groupe. C'est grâce à ces éléments que chaque membre du groupe pourra développer un intérêt pour l'autre, ce qui facilitera la solidarité entre eux et l'instauration de liens spécifiques.

## **AFFECTIVITE**

« Les émotions, les affects, les sentiments prennent vie dans le groupe car « la vie imaginaire et fantasmatique anime chaque groupe. Conflits, entente, amours, haines (...) sont les résultantes du déploiement des affects qui naissent à l'intérieur d'un groupe. » (Potel-Baranes C., 2002, p.153). Le groupe doit devenir pour chaque participant un lieu dans lequel il se sent exister affectivement et socialement. Ce sera l'occasion pour chacun d'eux de s'affirmer et de conserver leur identité.

### **3.4.3 LE TRANSFERT ET LE CONTRE-TRANSFERT DANS LE GROUPE**

Il ne s'agit pas d'approfondir ces concepts appartenant au domaine de la psychothérapie, mais je me dois de les évoquer car ces relations sont présentes dans notre pratique psychomotrice. Je précise que le cadre de notre pratique n'étant pas analytique, le transfert n'est pas analysé mais seulement utilisé.

## **LE TRANSFERT**

C'est le processus par lequel les désirs inconscients du patient s'actualisent sur certains objets dans le cadre de la relation thérapeutique. Il peut avoir lieu entre les patients eux-mêmes, mais aussi entre le patient et le thérapeute.

D. Liotard dans *dessin et psychomotricité chez la personne âgée* cite M. Neyraut (psychiatre et psychanalyste français):

« Si tout homme a l'inévitable pouvoir de reporter sur ce qu'il rencontre les traces de ce qu'il a aimé, on voit mal comment ce privilège pourrait se restreindre à des circonstances aussi particulières que celles d'une analyse. C'est pourquoi (...) le transfert dépasse et de beaucoup le cadre strict de la pratique psychanalytique. Toutes les relations humaines (...) peuvent l'utiliser à leur insu et finalement en dépendre ».

De part le rythme soutenu des séances, le thérapeute provoque ou facilite la mise en place d'un processus psychique dans une relation qui devient privilégiée. Le travail

centré sur le corps, la production plastique, l'investissement psychique, le tout dans un contexte relationnel où le psychomotricien montre intérêt, écoute et empathie contribue à augmenter ce phénomène. Les patients font donc l'objet d'une sollicitation de notre part (invitation à se centrer sur son histoire, sa vie, son corps), ce qui mobilise leur psychisme au travers de leurs pensées, émotions, souvenirs... C'est par ce processus dans lequel nous les engageons et où ils s'engagent que se développe une relation transférentielle plus ou moins importante. Consciente et inconsciente, elle réveille les désirs et les refus en même temps que les pensées.

### ***LE CONTRE-TRANSFERT***

Il se définit comme l'ensemble des réactions inconscientes du thérapeute envers le patient et plus particulièrement au transfert de celui-ci. La relation contre-transférentielle se traduit par une implication tant corporelle que psychique mise au service du patient. Dans cette disponibilité, nous ressentons avec plus ou moins d'évidence des images, des perceptions, des désirs. Cela se traduit dans la clinique par des impressions d'ennui, d'espoir, de fatigue, de joie, d'épuisement... « En ce sens la relation contre-transférentielle est un perpétuel mouvement conscient et inconscient avec ses mécanismes propres d'identifications. Mouvement qui nous porte à réfléchir quant à notre ambivalence et à notre tolérance par rapport au vieillissement » (Liotard D., 1990, p.79).

## **3.5 CREATIVITE ET DEMENCE**

« La création est un acte de résistance »<sup>1</sup>

De part la maladie de ces patients « On oublie de leur donner les moyens de s'exprimer, les moyens de crier au monde qu'ils sont encore vivants » (Laforestrie R., 2004, p.22). Néanmoins, nous pourrions croire qu'avec les troubles praxiques, la peinture et les activités plastiques en général sont incompatibles avec la maladie d'Alzheimer. Or, il n'en est rien. La maladie n'empêche pas la créativité chez les patients, bien au contraire. Dans leurs œuvres, on assiste à la libération des contraintes, à l'apparition de formes et d'un laisser-aller aux mouvements débordants, à des gestes répétitifs dans lesquels s'unissent création et plaisir. Le processus de dégéné-

---

<sup>1</sup> Deleuze G, cité par Brandily A. (2005, p.152)

rescence créerait ainsi une perte d'inhibition propice à la création, la démence devient alors positivement une ouverture sur le processus artistique.

Le peintre Willem Kooning en est un bel exemple. Atteint de la maladie d'Alzheimer à 70 ans, il était considéré comme un des maîtres de l'art abstrait. Certains disent qu'il peignait encore davantage « de façon nouvelle et améliorée ». Certes cet homme était déjà un artiste avant la survenue de sa maladie, mais nul n'a besoin d'être un peintre renommé pour créer. Une personne même à un stade démentiel avancé peut faire preuve de créativité avec un accompagnement. Mme D illustrera parfaitement ce propos dans la partie clinique.

Mais la créativité peut aussi être envisagée dans un sens plus large. Pour D.W Winnicott, cité par A.Brandily (2005, p.153), La créativité « (...) est quelque chose d'universel. Elle est inhérente à la vie », il précise même plus loin que quel que soit ce qui peut arriver à l'être humain, la capacité de l'individu à vivre une vie créative n'est jamais totalement détruite. Il existe, dit le pédiatre et psychanalyste américain, « cachée quelque part, une vie secrète qui est satisfaisante parce que créative » (Ibidem). Ce que l'on constate, c'est que chez l'adulte dément cette vie semble bien cachée.

# **PARTIE CLINIQUE**

# **1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT**

L'établissement privé dans lequel j'ai fait mon stage fut inauguré en 1975 et rénové il y a une dizaine d'années pour des exigences de sécurité de confort. Le hall d'entrée fut rétablit par des boiseries, la salle à manger agrandie et une verrière créée. De plus, les chambres furent considérablement réaménagées. Celui-ci se situe à quinze kilomètres de Paris, dans un cadre de verdure. Implanté en centre ville et proche de toutes les commodités (commerces, marché, hôpital), cette maison de retraite médicalisée agréée assure un projet de vie, des soins, des animations et des sorties pour ses résidents.

La maison de retraite a une capacité de soixante résidents et accueille des personnes autonomes, semi-valides, dépendantes et /ou désorientées. Néanmoins, les patients vieillissent avec leurs pathologies et aujourd'hui l'établissement est pour une grande partie constituée de personnes démentes dépendantes.

L'équipe médicale et paramédicale est composée de 26 soignants dont deux infirmiers de jours et deux de nuits, six aides soignantes, un médecin coordinateur, deux aides médico-psychologiques, neuf auxiliaires de vie, deux kinésithérapeutes, d'une psychomotricienne à mi-temps et d'une animatrice.

## **2 PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE**

### **2.1 DANS L'ETABLISSEMENT**

La psychomotricité est bien reconnue dans la maison de retraite grâce à la présence d'une psychomotricienne depuis 2002. Les prises en charge sont donc bien ancrées dans la pratique de l'établissement.

En raison du manque de place, il n'y a pour l'instant aucune salle réservée à la psychomotricité. Cela s'apprête donc très bien à l'adaptation ! Les prises en charge individuelles se font en chambres ou dans des petits salons mis à la disposition des résidents et des familles. Les prises en charge groupales ont lieu dans une salle à manger au premier étage. Disposant d'un grand parc, l'été est propice aux prises en charge individuelles ou groupales à l'extérieur (bains de pieds, pétanque, jeux de mémoires, quiz). Face à toutes les difficultés rencontrées, le corps de la personne

âgée Alzheimer devient un intermédiaire privilégié dans la relation avec l'extérieur. Ainsi un travail sur le corps permet de conserver le contact avec le sujet âgé. La psychomotricienne propose donc aux résidents des expériences sensorielles, cognitives et motrices. Outre la visée relationnelle, elles permettent une conservation des acquis et l'amélioration d'un mieux être. En fonction des possibilités de chaque patient, la psychomotricienne travaille sur l'entretien des capacités instrumentales en utilisant des stimulations psychomotrices comme l'atelier thérapeutique tâches ménagères, le repas convivial, le groupe motricité, la gym douce, l'atelier mémoire et quiz, les entretiens individuels, le toucher thérapeutique et la relaxation ainsi que l'atelier écriture et la création de poèmes. Lorsqu'elle était à temps plein sur la structure, la psychomotricienne effectuait des accompagnements à la toilette afin d'apaiser les patients; travaillant désormais à mi-temps, cette prise en charge ne se fait plus.

La psychomotricienne évalue chaque patient à son entrée dans l'établissement ce qui aboutit toujours à un projet thérapeutique personnel. Cette évaluation sera ensuite refaite au moins une fois par an, l'objectif étant de réaliser des bilans psychomoteurs cotés et/ou d'observation afin de réadapter et/ou d'améliorer au mieux le projet thérapeutique mis en place. Tous les résidents sont pris en charge en psychomotricité à des fréquences variables selon leur état, aucun n'est délaissé même à un stade très avancé de maladie (Alzheimer, Parkinson, démences diverses).

## **2.2 INTERETS DE LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE PERSONNES ALZHEIMER**

Il est flagrant de voir dans les services de gériatrie que la personne âgée démente Alzheimer dérange par son comportement. Pourtant la personne démente reste un être pensant, c'est à-dire un sujet dont les conduites ont un sens même si elles paraissent insensées. La psychomotricité par son approche corporelle et la lecture qu'elle en fait peut aider à comprendre certains comportements et surtout stimuler le patient de façon adaptée pour freiner l'évolution de la maladie voire faire ressurgir des capacités jusque là perdues. Plusieurs éléments sont au centre des prises en charge :

*Le corps* apparaît comme un objet facilitateur de la relation et sert de base à la reconstruction du sujet dément. Dans la maladie d'Alzheimer, le corps souvent désinvesti, vécu comme étranger est à l'origine d'un vécu morcelant et déstructurant de l'unité psychocorporelle. En agissant sur ce corps devenu étrange pour la personne, le psychomotricien éveille son attention et maintient l'intérêt sur ce qui se passe en elle ; ceci facilite la prise de conscience corporelle et entraîne une transformation psychique

et physique. Pour ce faire, le psychomotricien passera par un toucher enveloppant et une verbalisation afin de réconcilier le patient avec son corps. Grâce à ce contact peau à peau, le thérapeute éveillera des sensations corporelles agréables, autres que les soins corporels et médicaux. L'intérêt porté au corps favorise un réinvestissement et un enrichissement proprioceptif et tactile. Par l'intermédiaire de la psychomotricité, le patient Alzheimer redécouvre son corps en mouvements et parfois certaines capacités qu'il n'exploitait plus.

*La verbalisation* par le patient n'est plus possible arrivé à un certain stade de la maladie. Les sensations qu'il semble éprouver se reflètent sur le corps, le psychomotricien aura donc cette fonction d'étayage par la parole afin que le patient ait une perception plus affinée de ses sensations. Notre voix peut aussi avoir un rôle réassurant, le calme peut être communicatif et participer à la sécurisation que l'on veut apporter à la personne démente. Ce n'est pas parce que le langage n'existe plus chez le patient dément qu'il ne comprend plus. Nous pourrions comparer cela aux jeunes enfants qui comprennent nos propos bien avant de savoir parler. Or le problème de beaucoup de personnes démentes est que l'on ne leur parle plus, elles s'isolent alors dans leur monde et se replient sur elles-mêmes. Il est donc essentiel pour le psychomotricien, et quelque soit le stade de la maladie, de continuer à commenter ce qu'il voit, ce qui se passe avec des phrases courtes et simples, tout en stimulant les réponses.

*L'écoute* est primordiale autant au début de la maladie, lorsque le patient évoque une angoisse face à ses troubles, qu'à des stades plus avancés. En effet, il arrive parfois dans leur déchéance des moments d'extrême lucidité. Par une écoute empathique, on aide la personne à exprimer ses émotions, et le fait de pouvoir en parler, d'être compris et rassuré, atténue en partie l'angoisse. Il est important d'écouter tous les propos sans les ignorer et les reprendre avec elle. La personne se sent alors entendue et soulagée.

*La stimulation cognitive* vise la conservation des acquis dans le temps. Elle concerne le langage, l'entretien de la mémoire, l'écriture, la logique pour ainsi permettre au patient d'utiliser le plus longtemps possible et au mieux les différents moyens d'échanges.

*Les sens* sont un bon moyen d'approche pour les personnes désorientées car elles sont très sensibles au toucher, à la musique, au regard, aux odeurs. Elles vivent dans l'instant présent et ce sont des notions concrètes et parlantes pour elles. La psychomotricité peut pallier aux privations sensorielles rencontrées par le sujet dément et ainsi améliorer considérablement la présence à soi et au monde, la participation, la réorientation vers la réalité et l'intérêt pour la relation.

*La désorientation temporo-spatiale* est une caractéristique des patients Alzheimer. Ils perdent peu à peu tous leurs repères dans le temps et dans l'espace. Les prises en charge psychomotrices resitueront la personne, tout d'abord en proposant un cadre structuré et ritualisé (même jour, lieu et personnes) et en rappelant systématiquement notre nom, ce que l'on fait, le moment de la journée... Ces éléments paraissant répétitifs sont néanmoins primordiaux pour rassurer et restructurer la personne désorientée dans ces notions de base devenue floues.

Le but des séances de psychomotricité est de freiner le déclin cognitif car mêmes si les capacités d'apprentissages peuvent être altérées, le milieu continue d'exercer une influence importante sur les comportements. La psychomotricité contribue à augmenter les conduites adaptées et à réduire les comportements pathologiques. De plus, à l'aide du dialogue tonique, des sensations, de la communication verbale et non-verbale, le psychomotricien favorisera le bien-être, l'apaisement, la détente et le réconfort.

### **2.3 MA PLACE DE STAGIAIRE DANS L'ETABLISSEMENT**

Ayant déjà effectué un stage de deux semaines pendant l'été dans l'établissement, je me suis vite intégrée à l'équipe, que je connaissais déjà. Je me suis tout de suite sentie à l'aise avec les personnes âgées. J'avais tout à apprendre avec ce public mais j'avais un bon contact avec celui-ci. L'observation active et la participation des premières semaines ont laissé place à la prise d'initiative et à la proposition de prises en charge. La psychomotricienne m'a donné une place singulière en me considérant comme une future professionnelle. Attentive à mes idées et à mes considérations, elle m'a soutenue lors des prises d'initiatives avec les patients, tout en respectant mon rythme d'adaptation. Cette fonction de stagiaire m'a alors permis de faire mes expériences, de développer mes idées et d'essayer de les mettre en œuvre tout en faisant des erreurs. Ma maître de stage était à mes côtés pour les reprendre avec moi et en discuter.

C'est ainsi que j'ai été amenée à penser puis à mettre en place un atelier plastique avec des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

## **3 L'ATELIER PLASTIQUE**

Cette idée d'atelier plastique est venue de lectures sur la médiation peinture en psychomotricité. Intéressée, j'ai réfléchi à une adaptation pour l'utiliser avec des personnes

âgées Alzheimer. Ne souhaitant pas seulement peindre, j'ai mis en place un atelier plus large comprenant divers moyens d'expressions : découpage, collage, dessin, peinture et argile.

Le terme d'atelier n'a pas été choisi au hasard. Une citation de M.Thivaud explique ce choix : « J'aime appeler ces espaces de rencontres des « ateliers » car un atelier est un lieu où l'artisan travaille. Or, nos rencontres sont également des espaces/ temps de travail : sur nos mémoires certes mais aussi sur nous-mêmes » (Thivaud M.; 1998, p.51).

### **3.1 CONSTITUTION DU GROUPE**

Aux vues des bilans effectués, l'atelier plastique a été proposé à cinq résidents âgés de 60 à 90 ans dont quatre sont atteints de la maladie d'Alzheimer. En concertation avec la psychomotricienne, l'atelier a été proposé à des résidents à des stades différents de la maladie pour des raisons d'entre-aide, de complémentarité et de richesse clinique. De plus, il nous a semblé intéressant d'inclure une personne non dément. Monsieur L est le plus jeune des participants, il présente une légère déficience intellectuelle ainsi que des difficultés d'audition et d'élocution. Sa présence permettra probablement une stimulation des autres résidents tant sur le plan de la créativité qu'au niveau des interactions. Il sera sûrement un des moteurs du groupe. H.K Lesniewska dans *Alzheimer thérapie comportementale et art-thérapie en institution* dit que cette cohabitation est profitable aux patients déments. En effet, leurs troubles du comportement diminuent et par imitation ils copient les gestes et le style de peinture des autres patients non déments.

### **3.2 LE CADRE THERAPEUTIQUE**

Cet atelier ne cherchant pas à faire de l'animation vise des objectifs thérapeutiques groupaux et individuels qui seront développés dans les parties suivantes. Un cadre thérapeutique doit donc être mis en place afin de tendre vers ces objectifs.

#### **3.2.1 UN GROUPE « FERME »**

J'ai choisi de mettre en place un groupe dit « fermé », c'est à-dire un groupe auquel participent les mêmes acteurs. Ce type de groupe permet d'instaurer un cadre thérapeutique pour les résidents, dans lequel ils peuvent évoluer. Le groupe ainsi constitué permet d'instaurer une dynamique de groupe particulière où il est possible de mesurer l'évolution de chacun, les repères étant fixes.

### 3.2.2 LE CADRE SPATIO-TEMPOREL

La structure ne disposant pas d'une salle de psychomotricité, l'atelier plastique se déroule dans le hall du premier étage. Même si ce lieu n'est pas le plus approprié, le cadre spatial est fixe et constitue un point de repère dans l'espace. Les séances ont lieu de manière hebdomadaire les vendredis de 17h à 18h.

### 3.2.3 LE CADRE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

Le cadre physique est représenté par le matériel apporté à chaque séance, la salle, la durée de la séance. Il sert de soutien au cadre psychique, qui lui, renvoie à une disponibilité psycho-corporelle, une élaboration de ce que le patient nous renvoie, une présence chaleureuse, bienveillante et contenante. A ce propos S.Freud disait « le Moi psychique s'appuie sur le Moi corporel »<sup>1</sup>.

➤ Le groupe « fermé », le cadre spatio-temporel, physique et psychique garantissent l'unité thérapeutique. Celle-ci offre donc une stabilité de repères nécessaires aux résidents. Cette stabilité peut être rassurante et sécurisante pour les participants.

## 3.3 PROJET THERAPEUTIQUE GROUPAL

Le but de cet atelier est de permettre aux résidents de s'impliquer physiquement et psychiquement dans un projet valorisant, favorisant l'expression. Dans cet espace thérapeutique, chaque participant passera du statut de malade dépendant à celui d'artiste pouvant étonner par ses créations.

Un projet thérapeutique groupal a donc été défini, celui-ci donnant les principaux axes de travail de l'atelier plastique.

L'atelier visera une *stimulation cognitive et sensorielle* afin d'aider au maintien des acquis. Les *repères spatio-temporels* seront au centre des séances grâce à la conservation du cadre et aux rituels mis en place. De part la prise en charge groupale, l'atelier favorisera un *maintien des relations et des liens sociaux*, luttant ainsi contre l'isolement et le repli sur soi. Grâce à un accompagnement et à un regard soutenant, une *revalorisation narcissique* ainsi qu'une *meilleure estime de soi* seront recherchées. De plus, la médiation plastique permettra aux participants de stimuler leurs *capacités créatives*, leur *motricité fine*, leurs *praxies*, ainsi que l'*expressivité* et la *communication*.

---

<sup>1</sup> Cours de psychomotricité de P.Bourger (3<sup>ème</sup> année)

### **3.4 ORGANISATION DES SEANCES**

Il est important qu'il y ait conservation du cadre et que les séances soient ritualisées pour les patients Alzheimer. Celles-ci se déroulent donc en trois temps

#### **3.4.1 DEBUT DE SEANCE**

Toutes les séances débutent par des salutations avec une reprise des noms de famille. Suit ensuite un court temps d'échange et de prise de nouvelles de chacun afin de savoir l'état d'esprit du jour. Je demande ensuite aux participants la date en les aidant avec des indices (quel jour arrive après jeudi, combien font six fois deux ...). Puis, je leur explique le thème de la séance. Il arrive régulièrement que je leur fasse tout d'abord vivre corporellement ce thème pour que celui-ci leur « parle » et soit ainsi plus accessible psychiquement.

#### **3.4.2 REALISATION PLASTIQUE**

Je propose des créations à faire seul, en binôme ou en groupe. Le même matériel est utilisé sur deux ou trois séances pour leur laisser le temps de l'investir. Les thèmes proposés, eux, changent à chaque séance. Afin de leur donner un large choix créatif, ils peuvent être très vastes et plutôt abstraits comme les couleurs par exemple ; ou bien être plus précis et concrets comme une forêt de sapins dans un but plus cognitif (comment est un sapin? a t-il des feuilles? de quelle couleur est t-il?...). La réalisation plastique dure environ 40 minutes.

#### **3.4.3 FIN DE SEANCE**

L'œuvre terminée, je leur propose de chercher tous ensemble un titre qui sera ensuite écrit par l'un d'eux sur leur création groupale. Puis, ils inscrivent leurs noms et prénoms ainsi que la date quand ils en ont encore la possibilité. Les autres peuvent signer car la signature reste très longtemps conservée chez ces patients ; si comme dans le cas de Mme D elle n'est plus possible, je les laisse faire une trace. Ce travail d'écriture est important car cela leur prouve que c'est bien eux qui sont les auteurs de cette œuvre. A la fin de la séance je leur demande leurs impressions, leurs ressentis, s'ils ont apprécié ou non la séance. Je verbalise la fin de la séance et leur dis à vendredi prochain. Tout le monde se serre la main, puis je les raccompagne ensuite au rez-de-chaussée pour aller dîner. Il n'est pas rare que je sois remerciée sur le chemin du retour pour ce que je fais.

## **4 PRESENTATION DE TROIS DES PARTICIPANTS**

### **4.1 MONSIEUR F**

#### **4.1.1 PRESENTATION ET ANAMNESE DU PATIENT**

Mr F est âgé de 86 ans, il présente une démence neuro-dégénérative de type Alzheimer diagnostiquée en 2004. C'est un monsieur agréable, instruit et plein d'humour. Il s'alimente seul mais a besoin de stimulation dans la toilette et l'habillement. Marié depuis 63 ans avec sa femme, il a eu cinq enfants. Il a exercé le métier d'ingénieur en chef des travaux publics et dit avoir apprécié son métier. Il a beaucoup voyagé au cours de sa vie. Il appréciait énormément l'art en général. Sa femme le décrit de cette façon « caractère égal, assez gai, insouciance pour le quotidien, très impliqué dans son travail ». Ses passe-temps étaient le tennis, le golf, la lecture et le cinéma.

L'histoire de la maladie a débuté en 2004 par des troubles de la mémoire évoluant de façon progressive depuis cinq ans. Il existe un retentissement sur les activités de la vie quotidienne ; un ralentissement sur le plan comportemental ainsi qu'une perte d'intérêt des activités antérieures. Il présente des hallucinations auditives (entend des voix) et une anxiété. C'est un patient qui a conscience de sa maladie et qui le vit très mal. Il a des difficultés auditives mais refuse l'appareillage, et des troubles visuels (dégénérescence maculaire liée à l'âge).

Depuis 2006, il bénéficie d'une prise en charge en accueil de jour à raison de deux fois par semaine pour stimulation cognitive afin de renforcer et de maintenir ses capacités restantes. Il a vécu à son domicile avec sa femme jusqu'en juillet 2009, date à laquelle il est entré en maison de retraite médicalisée, à la demande de sa femme qui ne le supportait plus; le maintien au domicile étant devenu trop périlleux. Mr F a été très perturbé par ce changement, cherchant sa femme dans la maison de retraite. Actuellement, il présente des affects dépressifs majeurs qu'il verbalise : « Qu'est-ce que je fais là ? », « Pourquoi vous m'avez levé du lit ? »...

#### **4.1.2 BILANS GENERAUX ET BILAN PSYCHOMOTEUR**

Bilan neuropsychologique du 7 mars 2007

Le bilan neuropsychologique de Mr F met principalement en avant :

- une bonne orientation temporo-spatial
- une altération importante de la mémoire épisodique antérograde
- une baisse des ressources attentionnels qui se caractérisent principalement par un ralentissement idéatoire majeur.
- un dysfonctionnement exécutif
- une atteinte modérée des fonctions instrumentales
- le maintien des capacités gnosiques
- des affects dépressifs avec un score de 6 /9 à l'échelle de dépression de Goldberg (dit avoir le « moral sombre », inquiet par rapport à son avenir)

Au total, on observe une altération cognitive modérée probablement d'origine neurodégénérative.

#### Bilan psychomoteur effectué en Novembre 2009

J'effectue le bilan psychomoteur de Mr F sur deux séances. Celui-ci comprend des tests : évaluation rapide des fonctions cognitives (ERFC), test de l'horloge et Get up and go. Les autres observations sont tirées d'épreuves ou d'observations en situation écologique.

**Motricité et tonus** En motricité générale, Mr F se déplace seul, sa marche est lente avec de petits pas. Il possède une canne (mais ne s'en sert qu'occasionnellement) car il présente des troubles de l'équilibre. En effet, celui-ci a fait plusieurs chutes au cours des derniers mois. Au test du Get up and go, il obtient un score de 10 points et un temps de 31 secondes, ce qui signe d'un risque important de chute. Sa motricité fine est bonne, il tient son stylo avec une prise tridigitale et l'écriture est lisible. On retrouve des difficultés toniques normales à cet âge (hypertonie de fond), mais un relâchement partiel est possible.

**Praxies et gnosies** Mr F n'a pas de difficultés praxiques majeures. Les praxies constructives sont bien réalisées dans le test de l'ERFC (cf. annexe 1) tout comme les praxies idéomotrices (gestes symboliques, mimés et abstraits). De plus, la conceptualisation est excellente. Au test du Bergès-Lézine, il réalise correctement les figures complexes avec les doigts en faisant preuve de concentration et de persévérance, malgré ses difficultés visuelles. Tous les gestes sont effectués en réversibilité. Au niveau gnosique, Mr F reconnaît toutes les formes et nomme facilement le nom des objets.

**Espace** Mr F possède une bonne orientation spatiale. Il oriente correctement des objets entre eux. Il est capable de retrouver sa chambre et de se rendre seul en salle à manger. Il retient sa place à table. Cependant, il ne sait pas dans quel lieu nous sommes, ni dans quelle ville et se retrouve vite perdu dans les couloirs lorsqu'il n'est pas dans l'aile où est située sa chambre.

En revanche, au test de l'horloge, il fait preuve d'une bonne organisation spatiale en commençant par inscrire le centre du cadran puis en plaçant les chiffres 12, 3, 9 puis 6. De plus, le repérage spatial sur ce support en deux dimensions est correct puisqu'il place tous les chiffres sur le cadran en respectant les graduations égales.

**Temps** Mr F sait lire l'heure, il connaît la succession des jours et sa date de naissance mais pas son âge précis (à cause du repérage dans le temps présent).

De plus, il cite la saison, le mois et le jour de la semaine. Ses réponses ne sont pas spontanées, néanmoins, il utilise des techniques adaptées afin de pallier ses troubles mnésiques : il regarde le temps dehors, il hésite entre vendredi et samedi mais choisit vendredi car « samedi c'est le week-end et il y a moins de monde » !

Au test de l'horloge, le symbolisme temporel est légèrement altéré (cf. annexe 2). Il y a bien les aiguilles mais celles-ci ne sont raccrochées au centre du cadran que sur sollicitation. De plus, pour indiquer 11h10, il place l'aiguille des minutes sur le 10.

Lors de reproductions rythmiques, il utilise la mémoire des chiffres pour se souvenir du rythme (si deux frappes et une pause puis une autre frappe, il retient 21). Cependant, il ne peut reproduire le rythme correctement car il ne l'a pas intégré corporellement, restant uniquement dans la sphère intellectuelle.

**Mémoire et attention** Mr F présente d'importants troubles mnésiques. En allant dans une salle pour lui faire passer les épreuves, il s'arrête dans le couloir car il ne sait plus où il va. Il faut souvent lui rappeler où il est. Le rappel immédiat pour les mots est déficitaire même avec renforcement de l'encodage. Il manque un mot sur les quatre. Le rappel immédiat des chiffres est bon au premier essai même en ordre inverse. Le rappel libre sans indigage pour les mots est effondré, néanmoins il rappelle la suite de chiffres appris précédemment à la place. La mémoire des chiffres est donc conservée. Ses capacités attentionnelles sont bonnes malgré un ralentissement idéatoire.

**Langage et compréhension** Mr F a un discours cohérent et adapté à la situation. Il pose des questions sur ma formation et s'interroge sur l'intérêt des épreuves que je lui fais passer. Il cache sa maladie d'Alzheimer derrière un grand humour (jeux de mots, blagues, pitreries). On note un léger manque du mot.

**Raisonnement et jugement** Cet item de l'ERFC est important car il est vite altéré dans la maladie d'Alzheimer. Du fait des troubles mnésiques importants, les énoncés oraux sont oubliés et la réponse est donc donnée au hasard. En revanche, avec un support visuel il montre qu'il est capable de raisonnement et en me donnant la bonne réponse. De plus, ses capacités de jugement sont préservées.

### **Conclusion du bilan psychomoteur**

Mr F s'est montré volontaire et coopérant lors du bilan. Il obtient un score de 33,5/50 au test de l'ERFC qui montre donc un déficit cognitif conséquent, et 6/7 au test de l'horloge. Au niveau moteur, on retrouve des troubles de l'équilibre ainsi qu'une lenteur à la marche. Il ne rencontre pas de difficultés praxiques ni gnosiques mais présente un début de désorientation temporo-spatiale ainsi que des troubles mnésiques importants. Néanmoins, Mr F a montré qu'il était capable de mettre en place des procédés logiques tout le long du bilan, et de faire preuve d'une bonne analyse. De plus, il conserve une bonne mémoire des chiffres.

### **4.1.3 PROJET THERAPEUTIQUE INDIVIDUEL**

Grâce au bilan, les objectifs de prises en charge en psychomotricité pour Mr F sont:

→ *Une stimulation cognitive* afin de conserver le plus longtemps possible son raisonnement, son jugement et sa réflexion. Ceci au travers de sa participation aux ateliers sémantiques, écriture et mémoire.

→ *Un évitement de l'isolement* pour échanger et discuter et qu'il déprime moins, grâce à une intégration dans des prises en charge groupales.

→ *Développer le lâcher-prise et le développement de l'imaginaire* dans un but de détachement d'avec la réalité, le concret. En effet, Mr F est constamment dans l'intellectualisation et le raisonnement, il ne peut donc laisser libre court à sa créativité. Cet objectif pourra être abordé au travers de la médiation plastique.

### **4.1.4 LA PRISE EN CHARGE EN ATELIER PLASTIQUE ET SON EVOLUTION**

Aux vues des axes du projet thérapeutique de Mr F, nous lui proposons de participer à l'atelier plastique. Mr F accepte l'invitation, en me spécifiant tout de même que le dessin n'est pas son fort. Au moment où la prise en charge débute, il est toujours déprimé, parlant beaucoup de sa femme. Les premières séances n'ont pas été faciles pour lui, et la créativité est encore pauvre aujourd'hui, mais je m'aperçois tout de même de changements au fil des séances.

La première séance est axée sur un dessin libre sur le thème de l'automne. Mr F dit ne pas être inspiré par ce thème, il ajoute « le thème actuel c'est la vieillesse ... ». Il finira par dessiner un arbre aux crayons de couleurs sur sollicitation.

Pour la deuxième séance, j'apporte donc des coloriages sur le thème de l'automne. Avant de les faire dessiner ou peindre sur une feuille blanche, je pense qu'il y a des étapes. Leur redonner l'accessibilité à l'objet est important, c'est pour cela que je commence par des coloriages. Mr F choisit un papillon, qu'il colorie au feutre rouge en repassant plusieurs fois et ajoute un peu de jaune. Il fait deux ailes coloriées différemment au début puis me dit « ça n'existe pas un papillon avec deux ailes de différentes couleurs »; le fait que son papillon ne soit pas réaliste le dérange. Il y remédiera en coloriant tout en rouge. Je lui demande alors l'histoire de ce papillon. Après de nombreux « je ne sais pas, c'est un papillon » et plusieurs sollicitations de ma part, il raconte « un papillon, c'est le printemps, il sort de sa coquille, il va chercher des graines d'un côté, de l'autre, il se spécialise dans les transports (référence à son ancien métier d'ingénieur des travaux publics). C'est un insecte qui aide les autres qui n'ont pas d'ailes. Il se balade de fleurs en fleurs pour favoriser l'éclosion d'autres plantes. Je pense qu'il vit seul, vole de fleurs en fleurs pour remplir sa mission ». A la fin de cette séance Mr F me prend en aparté, il est perdu et anxieux. Il me dit qu'il aimerait bien qu'on lui écrive les choses pour savoir ce qu'il va faire et me demande où il va bien dormir ce soir car il n'a pas un sou. Je lui explique donc la situation et essaie de le rassurer.

La troisième séance consiste à dessiner un sapin avec ou sans modèle pour créer grâce à chaque membre de l'atelier une forêt de sapins. Dans un premier temps, je propose aux résidents de vivre corporellement le fait d'être un sapin, nous nous mettons debout autour de la table et imaginons les yeux fermés notre tronc, nos branches, notre grandeur, le lieu où nous sommes... Mr F a du mal à garder les yeux fermés, il a des difficultés à s'imaginer dans la peau d'un végétal et reste très réaliste en disant « *moi quand j'étais dans le sud, j'ai vu des sapins...* ». Il reste dans l'intellectualisation, ce qui se ressent dans tous ses dessins. Son sapin est très proche de la réalité et il gomme beaucoup car il n'accepte pas que son arbre soit penché. Il n'est pas content de lui et se dévalorise « j'ai perdu la main », « il faudrait qu'on me change de main ».

Pour les trois séances suivantes, je propose une création de groupe avec le contour de leur main ainsi que des collages et des mots autour évoquant le bonheur, la joie, la réussite. Avec comme symbole « toutes les bonnes choses que vous voudriez tenir dans vos mains ». Mr F, toujours dans l'intellect choisit une image de J-L Etienne dans

une montgolfière et une photo d'agronomes utilisant un niveau (il m'explique d'ailleurs en détail comment s'en servir car lui-même en utilisait quand il travaillait). La science et la technologie reste au centre de ses préoccupations et il lui est impossible pour le moment de glisser vers du subjectif et de l'imaginaire. Il reste septique à coller des images qui selon lui n'ont pas de rapport avec les mains tracées. Il ajoute « *cela ne fait pas avancer la science* ». Néanmoins, les mots qu'il choisit d'écrire sont famille et vacances. A cette séance des rires éclatent car j'ai appelé Mr F Mr V, ce qui a fait beaucoup rire Mr F et Mme V! Je note une augmentation des interactions entre les participants à chaque séance autant pour Mr F que pour les autres artistes. De plus, c'est Mr F qui trouve un titre à l'œuvre réalisée : la vie continue...; une pointe d'optimisme de la part de ce monsieur pour qui la maison de retraite est un échec de vie.

La septième séance est consacrée à la peinture en binôme car je les sens suffisamment en confiance et à l'aise. Le but est de peindre un trait à tour de rôle en reprenant la fin du trait de son partenaire. Mr F est en binôme face à Mme D (qui présente une démence beaucoup plus avancée). Il choisit la couleur noire et trace des traits droits au début, puis s'autorise des arrondis. La consigne est bien respectée. Son discours est toujours très négatif avec de nombreux « ça ressemble à rien ». L'abstrait le perturbe, il compense donc par des commentaires « j'ai fais un chapeau à ce pauvre homme sous la pluie ! », « c'est une tête, là c'est l'œil... ». Ne pouvant s'écarter de la réalité (ce qui le rattache à son métier, son ancienne vie), il donne du concret à cette œuvre qui « ne ressemble à rien » ce qui l'oblige à imaginer.

Les interactions avec sa partenaire sont multiples : « c'est à votre tour », « Paulette, faites un pot de fleur ici ». Puis Mr F éclate de rire, un rire sonore et communicatif car sa partenaire vient de tremper son pinceau dans le thé de ma maître de stage et le suce allégrement !

#### **4.1.5 CONCLUSION**

Malgré le fait que Mr F soit perpétuellement dans une démarche intellectuelle, en cherchant à tout prix à coller à la réalité, je perçois au fil des séances un début de prise de plaisir à participer à l'atelier, qu'il verbalise en disant « au moins ici on rigole bien ! ». Même si son comportement n'a pas changé radicalement; au début de l'atelier, je le sentais très sérieux, dubitatif quant à l'intérêt de ce que je proposais, répondant par des « oui » sans motivation et faisant ce que je lui demandais sans prendre de plaisir. Même si les objectifs pour Mr F sont loin d'être atteints, sa prise en charge à l'atelier

plastique lui est bénéfique tant du point de vue relationnel, imaginatif, moteur que de la prise de plaisir. Je le sens de plus en plus à l'aise, en confiance et en interactions avec les autres membres de l'atelier.

## **4.2 MADAME G**

### **4.2.1 PRESENTATION ET ANAMNESE**

Mme G est âgée de 83 ans, elle présente une démence neurodégénérative type Alzheimer diagnostiqué en 2003. C'est une résidente plutôt solitaire mais aimant la communication avec le personnel soignant. Elle aime rendre service aux autres résidents ainsi qu'au personnel. Elle n'est plus autonome dans la toilette ; l'habillage lui est effectué sur stimulations verbales.

Les éléments de vie de Mme G sont peu nombreux, néanmoins, nous savons qu'elle n'a pas eu une vie facile. En effet, elle est l'aînée d'une fratrie de cinq enfants et a dû s'occuper très vite de ses petits frères et sœurs, leur mère étant décédée très jeune. Cette période de vie l'a beaucoup marquée car elle en parle très souvent. Elle a exercé le métier de chef de bureau à la sécurité sociale, profession qui lui a énormément plu. Mme G appréciait l'art en général. Elle est célibataire et sans enfants.

#### Histoire de la maladie

La maladie d'Alzheimer est diagnostiquée et traitée depuis Aout 2003.

Elle habite dans un appartement où une infirmière vient deux fois par jour pour la distribution des médicaments (depuis Aout 2003). Cependant, le maintien au domicile devient impossible en raison des troubles mnésiques importants, de l'hygiène défectueuse, d'une mauvaise alimentation, ainsi que d'une inversion du rythme nyctéméral. Il est à noter que c'est une femme isolée, n'ayant plus que très peu de famille (une nièce et une belle-sœur). Elle entre donc en maison de retraite médicalisée en 2004.

Elle s'y plaît, passant de longs moments seule à marcher dans le parc ou dans la structure. Sa belle-sœur lui rend visite une fois tous les quinze jours.

#### Bilan psychométrique en 2004

Elle obtient un score de 19/30 au MMS (minimal mental score) ainsi que 8/10 aux cinq mots de Dubois. L'évaluation révèle la présence d'un tableau d'altération cognitive modérée à sévère en lien avec un dysfonctionnement important des formations hippocampiques en faveur d'une démence type Alzheimer.

## Bilan psychomoteur effectué en Novembre 2009

J'ai fait passer le bilan psychomoteur à Mme G en deux fois. Plusieurs tests ont été réalisés : le Get up and go, le test de l'horloge ainsi que l'évaluation rapide des fonctions cognitives (ERFC). Les autres observations ont été tirées d'épreuves ou en situation écologique.

**Motricité et tonus** Mme G marche seule, les bras dans le dos et le buste légèrement penché en avant. Le test du Get up and go est réussi facilement en peu de temps (22 secondes). En revanche, il existe des déséquilibres lors d'exercices dynamiques. En motricité fine, elle a une bonne tenue du crayon mais on note des imprécisions et des persévérations surtout à la copie (cf. annexe 3). Au niveau du tonus, un relâchement même partiel est impossible.

**Praxies** Mme G présente des difficultés praxiques. Au test du Bergès-Lézine, les gestes simples sont bien réalisés mais les plus complexes faisant intervenir les doigts sont impossibles à effectuer malgré sa persévération. Les praxies constructives sont correctes mais manquent de précision. Les praxies gestuelles montrent une dégradation dans tous les items au niveau symbolique (demander le silence), au niveau des mimes d'action et au niveau abstrait (mettre sa main gauche sur sa joue droite...).

**Espace** Mme G possède une bonne orientation spatiale. Elle connaît tous les repères topologiques de base et oriente correctement des objets entre eux. Cependant, en lien avec ses troubles mnésiques elle ne retrouve pas sa chambre seule, ne sait pas où elle est ni dans quelle ville et se perd dans les couloirs.

Au test de l'horloge, où elle obtient 2/7, le repérage spatial sur support en deux dimensions est difficile, seul le 12 est bien placé. Les autres chiffres sont organisés les uns à la suite des autres dans l'ordre mais les graduations ne sont pas justes.

**Temps** Lors de la passation de l'ERFC, elle obtient 1/8 à l'orientation temporo-spatiale, néanmoins, elle sait que nous sommes avant l'hiver (le mot automne n'est pas trouvé). Le symbolisme temporel est fortement altéré, au test de l'horloge, les chiffres vont jusqu'à 15, les aiguilles sont absentes et 11h10 est marqué avec un trait près du 11 et d'un 10 entouré (cf. annexe 4).

**Mémoire et attention** Mme G est capable d'une attention prolongée au cours du bilan. La mémoire verbale en rappel immédiat même avec renforcement de l'encodage est très déficitaire avec deux mots retenus sur quatre. La mémoire des chiffres est légèrement meilleure. Redonner la liste de chiffres à l'envers lui est impossible. Le rappel

libre sans indiçage est effondré. En fluidité verbale, elle ne rappelle que trois villes en une minute, répétant deux fois les mêmes.

La mémoire de travail est donc très altérée alors que la mémoire rétrograde est conservée puisqu'elle parle énormément de son enfance et de son ancien travail.

**Langage et compréhension** Mme G parle bien, elle a des propos cohérents même si elle parle souvent d'éléments du passé au présent. Il existe une anomie, mais elle peut dénommer des images. Parfois, elle utilise des paraphrasies sémantiques c'est-à-dire qu'elle remplace un mot par un autre voisin du sens «visage de femelle » au lieu de femme. Elle comprend bien les consignes et les exécute parfaitement.

**Raisonnement et jugement** Le calcul mental est impossible. Le raisonnement mental est possible quand il ne fait pas intervenir trop de phrases. Cependant, dès que l'énoncé est plus long, elle a besoin du support visuel pour raisonner. Les capacités de jugement sont conservées. Elle obtient un score de 4/5 à cet item de l'ERFC.

**Schéma corporel** Elle reconnaît et nomme toutes les parties du corps sans difficultés sur elle et sur autrui.

### **Conclusion du bilan psychomoteur**

Mme G s'est montrée très volontaire et coopérante lors du bilan. Elle était même en demande « d'exercices » me disant « je suis enchantée car ça fait travailler ma tête, en vieillissant on devient flemmard ». Elle obtient 22,5/50 à L'ERFC, ce qui signe d'un déficit cognitif très important, et 2/7 au test de l'horloge qui prouve que la sphère temporo-spatiale est très altérée. La désorientation spatiale est manifeste.

Sur le plan moteur, Mme G ne rencontre pas de difficultés, elle se déplace seule et marche beaucoup. Elle peut néanmoins avoir quelques déséquilibres lors d'exercices dynamiques. C'est une personne qui est dans une recherche de bien faire et qui peut donc parfois aller au-delà de ses limites corporelles et se mettre en danger. D'importants troubles praxiques sont observés ainsi que des troubles mnésiques massifs. De plus, il existe un appauvrissement progressif en langage sémantique avec un manque du mot important et des remplacements. Mme G devient donc progressivement apraxique et aphasique. Néanmoins, elle reste une dame souriante et bavarde en demande d'activités et de discussion. Elle reste un élément moteur dans un groupe.

#### **4.2.2 PROJET THERAPEUTIQUE INDIVIDUEL**

Grâce au bilan, nous retenons les axes de prises en charge psychomoteurs suivants:  
→ *La conservation de ses capacités motrices* étant donné sa bonne forme physique. Il serait donc intéressant qu'elle participe au groupe de gymnastique douce afin qu'elle entretienne cette facilité motrice et qu'elle prenne peu à peu conscience de ses limites corporelles.

→ *La stimulation cognitive* afin de préserver les acquis encore présents, de ralentir le déclin des fonctions supérieures et la progression de l'anomie. Les ateliers mémoire, quiz et sémantique lui seront bénéfiques.

→ *Les praxies gestuelles* car l'apraxie devient majeure. Lui proposer de participer à l'atelier plastique permettrait de stimuler toutes ces actions liées à la réalisation plastique tels que le découpage, le collage, la tenue d'un pinceau, d'un crayon, boucher et déboucher un feutre...

#### **4.2.3 PRISE EN CHARGE A L'ATELIER PLASTIQUE ET EVOLUTION**

Aux vues des axes du projet thérapeutique de Mme G, l'atelier peinture est proposé à Mme G qui accepte toute souriante d'y participer. Elle est très contente car elle dit s'ennuyer dans la maison de retraite. Chez cette dame, toute proposition d'activité est accueillie joyeusement. Chaque vendredi, je passe au moins dix minutes à la chercher car elle déambule sans but dans les couloirs ou dans le parc.

Dès le début des séances, Mme G identifie ses œuvres à son passé, un bonhomme devient un de ses frères, la photo d'un chat devient « son minou »... Pendant qu'elle dessine, peint, colle ou découpe, elle raconte ses souvenirs d'enfance. Une image, un mot, un dessin ou un sujet va lui rappeler son passé. Dans ces moments là, l'anomie est beaucoup moins importante, le discours est plus fluide.

Au fil de l'atelier, elle investit de plus en plus le dessin et montre de moins en moins de conduites d'échec. Lors des premières séances, elle verbalise « ça me dit rien » qui est à comprendre dans les deux sens du terme : je ne comprends pas ce qu'il faut faire et donc je n'aime pas ce qu'on fait ; « ça ressemble à rien, je ne me rappelle plus »... Dorénavant, je peux l'entendre dire « je trouve que c'est pas vilain du tout ». Elle est souvent contente du résultat et parfois même étonnée devant son œuvre car il n'est pas rare qu'elle ne la reconnaisse plus. Je l'entends dire « *oh c'est joli ça* », je lui confirme alors que c'est bien son dessin, toute surprise « *oh bien ça alors !* », elle rit. Les interactions avec les autres participants de l'atelier ont toujours été présentes car

c'est une dame qui aime beaucoup discuter. Néanmoins, elles sont de plus en plus nombreuses : « c'est à votre tour Mr L », « c'est vous qui avez fait ça ? » demande t'elle à Mr F...

Pour ce qui est de la créativité, Mme G en a toujours fait preuve. Elle est capable de se détacher d'un modèle et s'approprie bien son dessin. En « dessin », elle utilise une technique de tracés lancés (cf. annexe 5) et repasse plusieurs fois sur ses traits. Elle se laisse guider par sa propre réalisation, le hasard faisant ressurgir des images qu'elle essaie de compléter. Sa maladresse la transporte vers une autre image. L'appui sur le crayon est important, elle use d'ailleurs tous les crayons de couleurs. Le fait d'utiliser la peinture, l'oblige à s'adapter à l'instrument. Je remarque qu'elle appuie beaucoup moins fortement sur le pinceau que sur le crayon de couleurs.

Les difficultés praxiques sont observables pendant les séances. En effet, le bouchage et le débouchage des feutres semble impossible, elle les tourne dans tous les sens et finit par les utiliser avec le bouchon. De plus, elle ne sait pas remettre de la peinture sur son pinceau.

En revanche, j'observe une amélioration dans la prise d'initiatives au cours de l'atelier. D'une attitude assez passive au début des séances, elle est capable au jour d'aujourd'hui de proposer elle-même des actions : réduire une image en la découpant pour qu'elle rentre dans l'espace de la feuille, changement de sens de la feuille quand elle travaille en binôme pour qu'il n'y ait pas toujours la même couleur d'un côté. Je sens Mme G de plus en plus l'aise dans l'atelier, en confiance grâce à la ritualisation et la rythmicité des séances. Elle est heureuse de faire partie de ce groupe peinture. Elle investit énormément les séances et prend du plaisir à créer dans ce groupe. A chaque fin d'atelier peinture, elle verbalise que la séance lui a plu à sa manière « c'est bien ici, on ne s'ennuie pas au moins », « On est bien, c'est gentil comme tout avec ces dames »...

#### **4.2.4 CONCLUSION**

L'évolution de la prise en charge de Mme G en atelier plastique n'est pas flagrante car ses difficultés ne sont pas dans les interactions, la créativité ou l'estime de soi. En effet, les interactions et la créativité sont assez riches, et la dévalorisation n'est que peu ou pas présente. Cependant, j'ai pu observer au cours des séances que l'apraxie devenait majeure au travers de l'utilisation des différents outils. Une présence plus importante à ses côtés serait souhaitable afin de l'accompagner dans ses gestes. Il est sûr que je ne ferais pas disparaître cette apraxie évolutive, néanmoins, je pourrais stimuler verbalement et /ou corporellement Mme G afin de ralentir le processus.

## **4.3 MADAME D**

### **4.3.1 PRESENTATION ET ANAMNESE**

Mme D est née le 27/06/1923, elle a donc 87 ans. Elle est à un stade très avancé de démence. Son langage est incompréhensible, mais c'est une dame qui est dans la communication non-verbale. Elle est sensible aux sourires et y répond de manière spontanée. Elle apprécie la musique et la danse. Elle est dépendante du personnel soignant pour tous les actes de la vie quotidienne.

#### Anamnèse

Je n'ai trouvé que très peu d'éléments de vie dans le dossier de Mme D. Elle est veuve et a un fils absent. Il ne lui a pas rendu visite depuis son entrée dans l'établissement. Elle n'a aucun vêtement personnel, tout lui est prêté par la maison de retraite. Elle a été la secrétaire du maire de la ville pendant de nombreuses années, elle est donc très connue des habitants de la ville. Elle entre en maison de retraite en 2001. Mme D y a un statut particulier, c'est une des plus ancienne résidente. Depuis 9 ans, son histoire fait partie de la maison de retraite. Abandonnée par ses proches, les soignants de la structure sont devenus sa famille. Lors des sorties en ville, Mme D est très souvent interpellée dans la rue par des habitants de la ville qui la connaissent bien.

### **4.3.2 BILANS GENERAUX ET BILAN PSYCHOMOTEUR**

#### Bilan médical (évaluation gériatrique) datant d'avril 2004

Mme D présente un tableau de démence non étiquetée depuis plusieurs années avec troubles du comportement. Une démence de type Alzheimer est probable mais une démence vasculaire ne peut être éliminée. On observe une perte d'autonomie et une altération de l'état général depuis quelques semaines associées à des céphalées et une incontinence. Les fonctions supérieures sont très atteintes avec un MMS de 6/30 et 0/10 aux cinq mots de Dubois. Ses propos sont confus. On retrouve des troubles de l'attention et de la concentration avec des éléments frontaux, une atteinte des fonctions exécutives phasiques (perte du mot, paraphasies sémantiques, baisse de la fluence verbale). Le stade évolué de la pathologie rend le diagnostic difficile.

#### Bilan psychomoteur d'observation effectué en Novembre 2009

Mme D étant à un stade avancé de la maladie, je n'ai pu proposer de tests cotés ou

d'épreuves, je me suis donc concentrée sur un bilan d'observation. Celui-ci n'a pas été réalisé à un instant T, mais sur trois jours. En effet, selon son état de santé général et son humeur, ses comportements peuvent varier. Un bilan figé à un instant présent n'était donc pas approprié pour évaluer ses capacités.

**Motricité** Au niveau moteur, Mme D se déplace seule. La marche est lente et les pas de faible amplitude. Elle peut donner l'impression de ne plus avoir d'initiative motrice. En effet, elle peut rester longtemps assise au même endroit mais elle est capable lorsqu'elle le veut de se déplacer à son initiative selon ses motivations ou le contexte : suivre une personne passant devant elle, aller vers un objet qui l'attire par exemple.

**Praxies et gnosies** Mme D est apraxique, elle ne sait plus ni utiliser un crayon, une fourchette, ni comment procéder pour s'asseoir. Mme D nécessite donc une aide constante pour tous les actes de la vie quotidienne. Au niveau des gnosies, la reconnaissance d'objet semble impossible.

**Langage et compréhension** Pour ce qui est du langage, l'aphasie est complète. Le discours de Mme D n'est pas compréhensible, elle « marmonne » des phrases en donnant l'impression qu'elle s'adresse à une personne près d'elle. La compréhension verbale me semble quasi-inexistante mais l'imitation est encore possible lorsque le contexte est favorable (activités appréciées, bon sommeil...). Elle est alors capable d'applaudir sur imitation.

**Mémoire et attention** Son attention est très diffuse, elle se disperse vite dans une activité. Le maintien d'un éveil de qualité dans la journée est difficile. L'hypersomnolence diurne est fréquente chez Mme D, probablement favorisée par l'apathie. Eveillée, elle est attentive à tout ce qui se passe autour d'elle.

Sa pathologie étant à un stade avancé, sa mémoire est impossible à évaluer. Néanmoins, j'ai l'impression qu'elle a des « flashes » de mémoire. Dans la rue par exemple, elle semble reconnaître certaines personnes et le manifeste par des mimiques ; elle se lève à l'écoute d'une musique et sait qu'elle doit danser.

**Espace/temps** Mme D présente une désorientation temporo-spatiale complète depuis plusieurs années. En revanche, lorsqu'elle danse, je remarque des mouvements en rythme avec la musique.

**Comportement** Mme D est très réceptive à l'empathie du soignant, elle peut donc se montrer opposante (crispations et refus) lorsque le soignant n'est pas assez contenant et bienveillant verbalement et physiquement à son égard. Cependant, elle n'est pas

agressive. Les troubles psycho-comportementaux, eux, sont majeurs avec des conduites stéréotypées de lissage et de pliage, d'agrippement et d'errance sans but apparent.

### **Conclusion du bilan psychomoteur**

Mme D est une dame attachante avec qui le contre-transfert est puissant. Elle semble présenter toutes les caractéristiques de la maladie d'Alzheimer : amnésie, apraxie, aphasie et agnosie. Néanmoins, sa motricité générale est bonne, elle marche seule et elle possède une communication non verbale riche : regard, mimiques, sourires, toucher.

#### **4.3.3 PROJET THERAPEUTIQUE INDIVIDUEL**

Grâce au bilan, nous retenons les axes de prises en charge psychomoteurs suivants:  
→ *La conservation des capacités motrices* en intégrant Mme D à un atelier de motricité (jeux de ballons, utilisation de cerceaux, de bâtons, exercices corporels...).

→ *Développer les interactions et préserver sa communication non verbale riche* grâce à des prises en charge en petit groupe et des activités qu'elle apprécie comme la danse et la musique. De plus, participer à un atelier avec des personnes à un stade moins avancé de démence lui permettra d'assister à des interactions plus riches, ce qui aura peut-être une incidence sur son comportement.

→ *Développer d'autres moyens d'expression* afin que Mme D puisse communiquer autrement que par le langage qui est devenu incompréhensible. L'atelier plastique semble adapté aux besoins de Mme D.

→ *Développer une autonomie créatrice* pour permettre à Mme D de faire des choses par elle-même. En effet, elle subit la réalité d'une journée et le rythme des soins, des repas, du sommeil lui est imposé. Sa seule liberté reste la déambulation. Un espace où elle pourrait redevenir pour un temps actrice de sa vie lui serait probablement bénéfique.

#### **4.3.4 PRISE EN CHARGE A L'ATELIER PLASTIQUE ET SON EVOLUTION**

Lorsque je propose à Mme D de participer à l'atelier « peinture », elle me répond avec un grand sourire et me suis très facilement. Il en sera ainsi à chaque fois.

Aux deux premières séances, je m'aperçois que Mme D ne sait plus tenir un crayon mais elle plie inlassablement la feuille posée devant elle, ce qui prouve que certaines praxies sont encore présentes. Elle se lève à plusieurs reprises. Je la laisse alors déambuler quelques instants dans la pièce, puis la raccompagne à sa chaise. J'essaie

ensuite de l'aider physiquement à tenir son crayon, en plaçant sa main et en superposant la mienne par-dessus la sienne. Lors des séances suivantes, les praxies s'améliorent car elle retrouve la tenue du crayon sans aide de ma part. Cependant, elle le repose à chaque fois sur la table sans faire de traces. Peu à peu, elle redevient capable de garder en main le crayon de couleur ou le feutre et de laisser des traces sur la feuille sur stimulations verbales. A une séance sur le découpage, j'observe assez étonnée qu'elle prend d'elle-même les ciseaux, les tient correctement et les place de manière à découper le magazine en entier. Je verbalise alors que c'est une très bonne idée, mais qu'une page serait plus facile à découper. Le geste reste difficile, je l'aide donc physiquement en découpant avec elle.

Son attention est labile, elle se disperse très vite, regarde les autres, ce qui se passe autour d'elle mais il est facile de la recentrer sur son dessin. A la quatrième séance pour le dessin du sapin je trace des lignes en pointillés, Mme D les suit au feutre, ses lignes sont zigzagantes mais l'intention est bien là. Elle ajoute des points et quelques traces (cf. annexe 6). Les séances avancent et dorénavant Mme D reste assise pendant toute la durée de celle-ci.

Elle devient capable de reprendre seule de la peinture dans le pot et de continuer sa création avec moins de dispersion. Désormais, Mme D peut prendre un crayon de couleur à son initiative et faire des traces sur sa feuille sans que je la sollicite verbalement. Elle est de plus en plus présente et dans l'action : elle veut découper, tourne les pages des magazines, me montre du doigt des images qui lui plait, pointe du doigt la couleur qu'elle veut. Le découpage devient possible grâce à des stimulations verbales et une légère aide physique (tenue de la feuille, impulsion du geste).

Dans une des dernières séances, j'observe une coordination bimanuelle : Mme D peint d'une main et cale sa feuille avec sa main pour la première fois. Je l'entends compter en faisant des pointillés « 1, 2, 3 ».

Au niveau communicatif, Mme D discute beaucoup lors de l'atelier, particulièrement quand je suis à côté d'elle. Il me semble alors qu'elle ne parle plus à des personnes imaginaires mais qu'elle me raconte ce qu'elle fait, sa création... Elle ne cesse de tourner la tête, de me sourire tout en parlant. Ma compréhension de ses propos reste limitée, ne saisissant que des bribes de phrases « Qui c'est ? », « c'est pour quoi ? » (en me montrant des traits), « je ne sais pas ». Au fil des séances, ses propos deviennent de plus en plus cohérents. Montrant un réel intérêt pour la peinture, elle manifeste son mécontentement lorsque je lui prends sa feuille en fin de séance, « faites attention ! » me dit-elle distinctement, ou encore « attendez » en me reprenant la feuille des mains.

Je verbalise qu'elle pourra continuer la semaine prochaine, j'entends alors un « Mais bien sûr ! ». Elle tient aussi à son autonomie car elle rouspète quand on lui tient sa main « Faut pas faire ça ! C'est moi, c'est moi » me dit-elle.

Les interactions entre elle et les autres participants sont présentes. « Qu'est ce que tu as ? » demande t elle à Mr F alors qu'ils peignent en binôme. Une autre fois, elle dira en regardant l'œuvre de Mme G « pas beau » !

Lors du rituel des salutations, elle répond de plus en plus souvent au bonjour et au revoir des autres participants.

#### **4.3.5 CONCLUSION**

L'évolution de Mme D à l'atelier est indéniable. Elle a retrouvé certaines praxies et sa motricité fine est bien meilleure. Les interactions se multiplient et de nombreuses interventions orales de sa part sont de plus en plus compréhensibles et cohérentes. Elle semble prendre du plaisir à dessiner, peindre et se montre inspirée. Je ne m'étonne plus de la prendre comme exemple pour « décomplexer » les autres participants. Libérée des contraintes culturelles et des convenances, Mme D n'a rien à prouver, elle laisse libre cours à son inconscient. Ne pouvant plus extérioriser ses sentiments, la peinture lui permet d'avoir une expression immédiate.

# **DISCUSSION**

Dans cette partie, je ne discuterai pas autour d'une idée centrale. Cependant, le fil rouge de ma discussion reste la médiation plastique. J'aborderai différents points qui me paraissent essentiels concernant l'atelier mis en place.

## **1 EN QUOI L'ATELIER PLASTIQUE EST-IL UN REEL ESPACE DE « SOINS » ?**

Grâce à leur prise en charge à l'atelier plastique, Mr F, Mme D et Mme G m'ont prouvé que rien n'était figé, que malgré la vieillesse, la maladie et le processus dégénératif, il restait des possibilités, des compétences à exploiter afin d'aider à relancer un dynamisme apparemment éteint. Ils se sont montrés étonnants, rieurs et souvent plein d'entrain. Quels sont donc les éléments qui ont permis cette évolution chez les participants ? Que se joue-t-il donc dans cet espace d'expression ?

### **1.1 « UN LIEU POUR OSER JOUER AVEC SA CREATIVITE ET PRENDRE PLAISIR A EXISTER AU-DELA DES PERTES » (Donaz M., 2004, p.167).**

Tout d'abord, la notion de plaisir est importante à l'atelier, j'essaie donc de tout mettre en œuvre pour que le travail de création soit associé au plaisir. Celui-ci peut concerner le plaisir sensori-moteur de découvrir ou redécouvrir une matière, un outil ; le plaisir de rencontrer d'autres personnes, de créer, d'imaginer, de faire des choix, d'évoquer des souvenirs du passé... Il est important de dire que la création n'est pas réservée à l'enfant, il n'y a pas d'âge pour jouer avec les formes et les couleurs. Les processus psychiques intervenant dans l'acte de création relancent le Moi infantile et ludique de chaque personne : « la créativité que nous avons en vue est celle qui permet à l'individu l'approche de la réalité externe » » (Winnicott D-W., 1975, p.91). Le patient qui crée pareillement à l'enfant qui joue, se comporte « en poète en tant qu'il crée un monde à lui; plus exactement, il transporte les choses du monde où il vit dans un ordre nouveau tout à sa convenance (...), il prend son jeu très au sérieux, il y engage de grandes qualités d'affects » (Ibidem).

## **1.2 UN LIEU DE COMMUNICATION**

J'ai pu remarquer au cours des premières séances, qu'il ne suffisait pas de regrouper les personnes pour qu'elles entament une discussion. S'adressant rarement la parole, elles attendent en se tournant les pouces (ce n'est pas qu'une image !). Une démarche de ma part est donc nécessaire afin de favoriser l'échange et le dialogue. La médiation plastique revêt un lieu privilégié de communication, quelle soit verbale ou non-verbale. Les moyens utilisés (peinture, collage, argile, dessin...) permettent d'établir des liens autour d'une même activité qui va nourrir la relation. Parler de l'œuvre en cours de création, de la façon d'utiliser un outil, des difficultés rencontrées et du plaisir éprouvé ou non facilite la communication entre les participants et avec moi-même : nous sommes dans le concret, dans l'instant présent. Lorsque les mots se perdent, c'est avec les formes et les couleurs que va s'exprimer la personne. Laisser des traces, c'est encore montrer que l'on est encore un être communicant. « Maintenir en vie la communication, c'est redonner vie à la psyché et être parfois le témoin d'heureuses récupérations » (Péruchon M., 1994, p.148).

## **1.3 UN LIEU DE REVALORISATION ET DE REHABILITATION**

Les participants à l'atelier souffrent d'être dépendants pour toutes les activités de la vie quotidienne : les soignants les lavent, les habillent, les accompagnent pour aller manger, voire pour certains leur donnent à manger. Ils ne sont plus acteurs de leur vie, ils deviennent des sujets que l'on déplace au gré des événements. La médiation plastique, en leur donnant des possibilités de choix, en les aidant à imaginer des solutions leur permet de retrouver un peu le contrôle de leur existence. Du statut de sujets dépendants, ils passent à celui de personnes s'exprimant, libres d'agir ou non. En séance, le patient « quitte sa passivité pour redevenir un être actif et créatif » (Hof C., 2008, p.40). S'il est conscient de la réalisation de son œuvre, il regagne alors une motivation ainsi qu'une forme de dignité ; si l'évolution de la maladie empêche la personne de se rappeler qu'elle en est l'auteur, comme dans le cas de Mme G, elle est étonnée, septique mais fière quand sa création est appréciée. Néanmoins, la proposition d'être actif peut aussi avoir comme effet de raviver leur profond sentiment de dévalorisation. A chaque séance faisant intervenir le dessin, Mme V dit « C'est moche ce que je fais, ça ne ressemble à rien » ou encore « Mais ça n'a pas de valeur, c'est moi qui l'ai fait ».

Mme G a travaillé tout au long de sa vie pour subvenir aux besoins de sa famille et élever ses petits frères. Elle s'ennuie quand elle ne fait rien, et cherche donc conti-

nuellement à se rendre utile. La maladie et son entrée dans la maison de retraite lui ont fait perdre peu à peu son autonomie. Tous les jours, elle voit les membres du personnel s'affairer et accomplir les gestes qui lui étaient si familiers. L'atelier est l'occasion pour elle de se rendre utile : elle fait un panier en argile pour mettre devant la fenêtre de la salle commune, peint une maison qu'elle offrira à une aide-soignante. De plus, je prends soin de la mettre à contribution pour m'aider à pousser un fauteuil, nettoyer la table, aller chercher de l'eau...Je la remercie alors vivement pour son aide apportée.

#### **1.4 UN LIEU SECURISANT ET PROTEGE**

En observant les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer dans l'établissement, je me suis rendu compte qu'elles vivaient dans un monde, qui, pour elles devenait de plus en plus étrange. En effet, entourées, voire agressées par tant d'images, de sons, et de mouvements qui leur sont difficilement décriptables, elles s'angoissent. Un tel atelier est donc devenu intéressant pour qu'elles puissent s'exprimer dans un cadre contenant où elles sont à l'aise et en confiance, celui-ci pouvant aboutir à la sécurité et à la motivation. Ce sentiment de sécurité est favorisé par les rituels mis en place, la stabilité et la conservation du cadre, le sentiment d'appartenance à un groupe et ma disponibilité. Mme D s'endort parfois en séance. Je ne pense pas qu'elle dorme par ennui car elle aime regarder les autres faire. Il me semble plutôt que le lieu s'y prête ; le sentiment de sécurité l'autorise à lâcher prise, à s'assoupir suite à une nuit un peu agitée. Je la laisse se reposer un moment avant de lui proposer de continuer ce qu'elle faisait. Mr J<sup>1</sup>, dont je développerai le cas plus bas est un homme atteint de démence à un stade très avancé. Il déambule toute la journée et ne reste assis que quelques secondes. Or, à plusieurs séances il m'attend sur le lieu de l'atelier, reste sur une chaise et montre un fort intérêt pour l'activité. Je pense qu'il n'est pas là par hasard. Pour moi, l'atelier comme lieu sécurisant et protégé prend tout son sens avec Mr J.

#### **1.5 UN LIEU DE CONSERVATION DES ACQUIS MOTEURS**

Au-delà de l'aspect créatif, de la revalorisation de soi, la médiation a un réel impact sur la motricité. En effet, l'utilisation des outils, des diverses matières font intervenir la

---

<sup>1</sup> Cf. Supra p.66

motricité fine, les praxies, les coordinations oculo-manuelles et la tonicité. De plus, chaque objet ou matière nécessite une adaptation tonique. Avec l'évolution, les troubles tonico-moteurs et praxiques peuvent altérer les compétences acquises depuis de nombreuses années. L'expression plastique présente l'intérêt de stimuler des aptitudes depuis longtemps délaissées et vouées à disparaître et de solliciter celles restantes. Dans le cas de Mme D, il s'agit même d'une récupération partielle de praxies jusque là perdues. Tenir un crayon et faire des traces est dorénavant possible. D'autre part, les séances d'argile permettent à Mme V de retrouver une meilleure tonicité de ses mains et de ses doigts.

## **1.6 UN ESPACE TRANSITIONNEL**

L'espace de l'atelier est un cadre et c'est justement celui-ci qui définit la liberté possible. Cet espace dans lequel l'action se déroule nous rappelle l'espace transitionnel, notion développée par D.W Winnicott. Cette « aire intermédiaire » comme il l'appellera, est une « troisième aire » paradoxale car elle se situe entre la réalité extérieure et la réalité interne, c'est à-dire entre le dedans et le dehors. Cet espace intermédiaire en expression plastique correspond à « un espace-temps se situant à la fois en-dehors de leur temporalité psychique et des relations imposées par le cadre institutionnel répondant aux besoins fondamentaux » (Bernard E. & Moutarde S., 2004, p.97). Le mouvement créatif amène l'individu vers cet espace transitionnel, où pourrait se tisser de nouvelles relations. La production groupale devient elle-même un objet transitionnel, c'est-à-dire un objet permettant de lutter contre les angoisses dépressives. La production de Mme D semble devenir son « doudou », elle s'y accroche, devient possessive et ne veut pas s'en séparer.

## **1.7 UN LIEU POUR VIVRE SON EXISTENCE EN GROUPE**

L'atelier est un vrai lieu de rencontre, d'ouverture à soi mais aussi en lien avec les autres. Le temps d'appropriation des premières séances laisse place à un sentiment d'appartenance au groupe qui vient pallier les défaillances des enveloppes psychiques de ces personnes âgées. Ce sentiment d'appartenir à un groupe a été très progressif. Au début chacun créait de son côté, sans se soucier des autres. Peu à peu, les regards se sont croisés et de la complicité est née entre les participants. D'une séance à l'autre ils oublient qu'ils font partie d'un groupe, mais une fois assis tous ensemble, ils parlent d'une sensation familière. Désormais, à chaque début de séance, Mme G vient

systématiquement embrasser Mme V et sans que je ne leur dise, ils se serrent tous la main pour se dire bonjour.

Après avoir surmonté la réactivation de certaines angoisses schizo-paranoïdes, en référence aux positions de M. Klein, chaque patient peut éprouver son existence de façon moins dramatique. Certains participants sortent de leur carapace défensive, laissent libre cours à leur imaginaire et le plaisir d'être ensemble vient à se dire « On est bien ici avec toutes ces dames ! Et les messieurs aussi ! » dit Mme G ; « Au moins ici on rigole bien ! » répète souvent Mr F en riant.

### **1.8 UN LIEU DE LIBERTE, D'ECOUTE ET D'EMPATHIE**

L'atelier d'expression plastique est un lieu propice à la rêverie, aux fantasmes et à la fantaisie. C'est un espace qui doit être envisagé comme un lieu de liberté dans un univers institutionnel où tout est réglé, « une fenêtre ouverte dans un service fermé ». En outre, l'atelier est un espace d'écoute et d'empathie. Les participants se sentant en sécurité et écoutés évoquent souvent leurs difficultés, leur mal-être, leur solitude pendant ou après l'atelier.

C'est un moment que choisit Mme G pour me parler de son ennui dans l'établissement. Pour Mr F, les séances ne sont pas sans effets. Il rigole énormément et prend du plaisir à être dans ce groupe. Les décompensations dépressives sont donc fréquentes après la séance. Il est dans un état de tristesse profond et d'incompréhension. La raison de sa présence ici le questionne, il croit qu'on lui a fait une farce. Perdu, il me prend en aparté pour avoir des explications.

Il s'agit alors d'être dans une attitude empathique qui consiste selon C.Rogers (psychologue humaniste américain) à « sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient les vôtres » (Le développement de la personne, 1991). L'important est selon moi de rester pleinement soi-même tout en écoutant attentivement les ressentis du patient afin d'imaginer les démarches pour créer des liens avec lui, les solutions qui l'aideront dans son cheminement. « La déformation du corps, les handicaps physiques et mentaux n'interdisent pas de tenir la main ni d'échanger des mots vrais et chaleureux » (Hof C., 2008, p.45).

➤ Avec les difficultés liées à la démence, l'atelier plastique entreprend une remobilisation du désir, de la créativité, des sensations, du corps, de la verbalisation des ressentis et des échanges relationnels. C'est à ce véritable travail de liaison entre le corps

et le psychisme que participe la médiation plastique. Nous sommes donc bien dans une optique psychomotrice, allant davantage vers de la thérapie psychomotrice que de la rééducation psychomotrice. C'est en ce sens que je peux dire que l'atelier plastique est un réel espace de soins. « Ce ré-accordage à la création inclut un engagement physique, psychique et social de la personne âgée démente, dans laquelle l'épreuve du plaisir d'exister, avec et par le mouvement d'expression, est inaugurée au fil des séances » (Bernard E. & Moutarde S., 2004, p.104).

## **2 REFLEXIONS, LIMITES ET PERSPECTIVES DE L'ATELIER**

### **2.1 DE L'ATELIER IMAGINAIRE A L'ATELIER REEL**

Comme dans tout domaine, j'ai pu m'apercevoir de la difficulté à appliquer mes idées théoriques dans les séances de pratique. Construire cet atelier mentalement, établir les objectifs à atteindre, réfléchir aux matériaux et aux thèmes en amont m'a fait imaginer un atelier parfait, voire utopique. Un rapprochement peut être fait avec le concept d'enfant imaginaire et réel. En effet, l'enfant imaginaire est l'enfant idéal que les parents construisent psychiquement avant sa naissance. L'enfant réel est celui qui naît; tel qu'il est, et souvent très différent du bébé que les géniteurs avaient imaginé. Tout comme les parents doivent faire le deuil de ce bébé imaginaire afin d'investir leur enfant réel, j'ai dû moi aussi « faire le deuil » de l'atelier parfait pour accompagner les participants dans leurs difficultés et leur réticence.

Refus, arrêt de l'activité en cours, découragements et dévalorisation ont été des difficultés auxquelles je me suis constamment heurtée. Néanmoins, la mise en pratique de l'atelier m'a aussi permis d'assister à des moments inattendus, qui n'apparaissent pas dans la théorie.

#### **2.1.1 SOUPLESSE DE L'ATELIER**

Il m'est arrivé de faire une exception au cadre thérapeutique fermé de l'atelier en acceptant la participation d'une autre personne à deux séances. Mr J est à un stade très avancé de démence et présente des troubles du comportement majeurs. Il déambule toute la journée dans les couloirs, rentrant souvent dans les chambres des résidents et il ne peut rester assis que quelques minutes. Ses capacités de compréhension me semblent inexistantes. Lorsque l'on s'adresse à lui, il rit de façon nerveuse. A deux reprises je trouve donc ce monsieur installé à la table où nous faisons l'atelier. Après

avoir réuni tous les participants je m'aperçois qu'il est encore présent; assis. Etonnée par cette attention qu'il porte au groupe et son immobilité, je décide de le garder avec nous en demandant leur avis aux participants. Cette séance porte sur le dessin d'un bonhomme. Je donne une feuille et un feutre à Mr J et la même consigne qu'aux autres. Il ne dessine pas un bonhomme mais d'une manière étonnante, tient correctement le feutre et trace des traits discontinus ressemblant à des lignes d'écriture (cf. annexe 7). Quelques minutes plus tard, il pose le feutre mais ne se lève pas pour autant; il observe ce que font les résidents. Il ne partira que 20 minutes après le début de la séance.

A la deuxième séance, il est assis sur un fauteuil près de nous. La séance commence et il vient s'asseoir de son plein gré sur une chaise autour de la table. Il refusera la feuille que je lui propose mais s'intéresse aux magazines. Il en prend un, le feuillette et n'hésite pas à prendre ceux qui sont devant Mme G ou Mr F. Cette fois, il restera assis jusqu'au bout de la séance. Je remarque qu'au cours de ces séances, ses rires nerveux ont nettement diminué.

Une autre fois, alors que je range le matériel à la fin d'une séance, je vois arriver Mr J. Il essaie de prendre l'œuvre créée par le groupe, puis de s'asseoir à la table. Il me suit dans la pièce où je range la table et la tient avec moi. Même s'il est arrivé ici au hasard de ses déambulations, j'ai la réelle impression qu'il a apprécié ces moments de groupe et les recherche. Je verbalise la situation à Mr J qui me regarde attentivement. Heureusement une aide-soignante vient le chercher pour aller dîner car je pense que j'aurais eu toutes les peines du monde à le faire sortir de la pièce.

## **2.1.2 LES DIFFICULTES RENCONTREES**

### ***L'ORGANISATION ET LA GESTION DU GROUPE***

J'ai parfois été confrontée à des difficultés liées à la gestion du groupe et à l'organisation de l'atelier.

L'atelier se déroule de 17h à 18h afin que les cinq participants soient présents. Cet horaire s'est révélé délicat pour gérer au mieux le groupe. En effet, à partir de 17h-17h30, le personnel soignant commence à installer les résidents dans les salles du rez-de-chaussée pour dîner. Le hall dans lequel nous sommes installés devient alors un lieu de passage important pendant plusieurs minutes, perturbant ainsi le cadre thérapeutique. Les participants sont distraits, se retournent, parlent aux passants. Je

prends alors un temps pour leur expliquer la raison de ses passages et de ce bruit puis les recentre sur leur création.

De plus, le personnel soignant ne pouvant descendre tous les résidents de l'étage en même temps, je me retrouve un moment seule à l'étage avec mon groupe et les autres résidents dans leur chambre. Il m'est arrivé de devoir quitter mes patients pour venir en aide à une dame démente qui hurlait, prise de panique à cause de ses hallucinations visuelles. Gérer un groupe de cinq personnes et en même temps les éléments extérieurs se révèle très complexe et déstabilisant autant pour les participants que pour moi.

En outre, gérer seule un groupe de cinq personnes n'a pas été aisé pour moi. Les séances sont riches cliniquement et il est intéressant de pouvoir observer ce qui s'y passe, de prendre des notes sur leurs propos. Néanmoins, le thérapeute dans un tel groupe ne peut pas rester qu'observateur. Ma participation physique et verbale est nécessaire pour que cet atelier reste une prise en charge psychomotrice. « Jongler » entre les prises de notes, la stimulation verbale, la réassurance et l'aide physique s'est avéré une tâche complexe. Je me suis parfois sentie dépassée par certaines situations. Alors que Mme D mange son pinceau et que Mme G peint sur la table, Mr F dubitatif me demande l'intérêt de ce qu'il fait, Mme V ne cesse de se dévaloriser et Mr L veut partir...

Face à ces conditions, les participants ressentent probablement mon état de tension général, c'est pourquoi je mets des mots sur mon comportement afin de donner du sens à la situation que je vis. « Et bien, je ne sais plus où donner de la tête moi ! » est le genre de phrase que je peux leur dire.

Il arrive aussi parfois que le groupe ne soit pas au complet pour des raisons extérieures telles que le passage du pédicure ou la visite d'une famille. Cette absence d'une personne à une séance a un impact sur le cadre thérapeutique physique. Je profite alors de cette absence pour demander aux participants si nous sommes au complet, et ensemble nous essayons de trouver cette personne manquante.

## **LA PATHOLOGIE**

### ***- Le manque d'imagination***

En débutant l'atelier plastique, je pensais que l'utilisation du médiateur « arts » allait offrir la possibilité aux patients de faire des choix, de laisser place à leur imagination.

Cependant, je me suis confrontée à leurs difficultés à y parvenir. Cela se retrouve dans les productions mais aussi dans les titres des œuvres. Mr F et Mme V plus particulièrement, n'ont pu se laisser aller à l'imaginaire. Mr F n'accepte aucune digression imaginaire, il ne crée que des œuvres réalistes : son papillon doit avoir des couleurs d'ailes symétriques, son sapin doit être droit (cf. annexe 8). Mme V, elle, ne sait pas quoi faire. Cependant, on retrouve aussi chez elle un manque de confiance en soi et de « laisser aller ».

Néanmoins, j'ai l'impression que ce manque d'imagination touche seulement les deux personnes les moins atteintes parmi les participants. En effet, Mme G et Mme D qui sont à des stades plus évolués de la maladie font preuve d'imagination : productions singulières, tâches éparses... Cela est dû au fait que plus la démence avance plus le patient a une expression immédiate et laisse libre cours à son inconscient. Mr F et Mme V sont encore dans un souci de bien faire et donc sous l'influence des convenances culturelles et des convenances. Mme G et Mme D, elles, peuvent être originales sans difficultés car elles sont libérées de ces pressions sociales.

#### *- L'effet à court terme des prises en charge à l'atelier*

Au cours de l'année, je me suis rendu compte qu'il était illusoire d'espérer que les bénéfices de la séance perdurent sur le long terme. Mr F par ses décompensations dépressives à la fin des séances en est un exemple représentatif. Les troubles mnésiques des patients ne leur permettent pas de se souvenir de l'atelier ayant eu lieu peu de temps auparavant. Dès lors l'atelier plastique doit s'attacher à offrir un espace contenant au sein duquel les patients pourront expérimenter un mieux-être psychique et corporel. La pratique artistique n'empêche pas le vieillissement et ne permet pas aux personnes démentes de recouvrer des fonctions perdues.

Elle mobilise leur potentiel restant et les revaloriser narcissiquement afin qu'ils puissent se réapproprier, l'espace d'un instant, leur corps et leur identité.

#### *- Fluctuation d'une séance à l'autre*

J'ai parfois eu l'impression avec les participants de l'atelier plastique de faire un pas en avant à une séance puis deux en arrière à la suivante. Il m'est donc arrivé de remettre en question ma façon de faire et le contenu de mes séances. Or, ces personnes âgées ont une maladie dégénérative, leur pathologie évolue et il est normal de ne pas voir de progression constante comme cela peut être le cas avec des enfants.

## ***UN QUESTIONNEMENT PERMANENT***

Animation, art-thérapie, utilisation du médiateur arts en psychomotricité... Les limites entre ces trois disciplines m'ont parfois été difficiles à discerner. Néanmoins, l'art-thérapie requière une formation que je n'ai pas. Mon atelier ne pouvait donc pas y ressembler. Le danger était pour moi de « dériver » vers de l'animation, ce ne qui constituait plus un cadre thérapeutique et n'était donc plus un atelier de psychomotricité. Constamment, il m'a fallu me poser les mêmes questions : dans quel but fais-je cela ? Pourquoi de telle manière et pas d'une autre ? J'ai eu à de multiples reprises l'impression de me perdre, d'être dans le faux, de faire de mauvais choix. Mes interlocuteurs et aides extérieures étaient peu nombreux, j'ai donc dû continuer seule avec mes idées et mes doutes, mais j'étais motivée et investie. J'ai sûrement fait des erreurs, mais je pense avoir donné une bonne direction à l'atelier en réfléchissant à chaque séance aux intérêts psychomoteurs en jeux et avancé dans ce sens. En outre, j'ai mis un point important à prendre en compte la globalité de la personne. Le travail à l'atelier s'est porté sur la cognition, la créativité, la motricité et la verbalisation.

Je me suis beaucoup interrogée quant à l'existence ou non d'un thème. Fallait-il les laisser libre dans leur création (sans thème) où au contraire leur donner un sujet précis ? Dans le premier cas, la liberté de création était propice à l'expression des émotions et des ressentis. Cependant, de part leur pathologie, ils étaient en échec, ne sachant pas quoi faire ou ne sachant plus comment procéder. Le fait d'imposer un thème précis n'aboutit pas non plus au résultat escompté. Les participants se dévalorisaient et le libre cours à la créativité et à l'expression des affects était réduit.

Après quelques séances de « tâtonnement », j'ai trouvé une solution afin de leur laisser une certaine liberté d'expression mais sans les mettre pour autant en échec. Tout d'abord, j'essaie au maximum de proposer des thèmes larges, voire abstraits afin d'éviter les conduites d'échecs du type : je ne sais plus comment faire une fleur, un chien... De plus, leur faire vivre corporellement le thème proposé les aide à avoir une image mentale.

### **2.1.3 LES LIMITES DE L'ATELIER**

#### ***LA PRISE EN CHARGE GROUPE***

Ayant cinq participants à l'atelier, je ne peux rester auprès d'un en particulier. La prise en charge de groupe ne permet donc pas d'exploiter au maximum les capacités de

chacun des participants. Dans le cas de démences avancées, certaines réactions ne sont plus exploitables qu'en prise en charge individuelle. En effet, Mme D est dans ce cas. Je ne peux accepter Mme D à l'atelier lorsque nous faisons de l'argile car elle le met à la bouche. Ne pouvant avoir les yeux rivés sur elle, les risques d'étouffement sont trop importants. De plus, je remarque des esquisses de gestes, des mouvements du regard et j'entends souvent des marmonnements incompréhensibles d'où je suis placée. Tous ces éléments seraient plus exploitables en relation duelle. Cependant, il est sûr que le groupe est bénéfique pour Mme D pour ce qui est des interactions et des liens sociaux. Des améliorations se sont même observées.

La prise en charge groupale a ses limites, c'est à ce moment qu'intervient la prise en charge individuelle. Néanmoins, comme je l'ai montré avec Mme D, ces deux types de prise en charge peuvent être complémentaires, chacune ayant des bénéfices.

#### ***DES IDEES REÇUES POUVANT ETRE NEFASTES***

Une des limites de l'atelier serait de faire une prise en charge qui amplifierait les difficultés du résident au lieu de le soutenir et de l'aider.

C'est une idée répandue que fréquenter un atelier d'arts plastiques est forcément épanouissant. Je pensais qu'il en était de même pour l'atelier plastique que j'organise à la maison de retraite. Or, ce n'est pas le cas.

En m'inspirant d'un article d'une animatrice d'arts plastique<sup>1</sup> je vais évoquer ces idées reçues qui peuvent parfois nuire au patient, en renforçant ses difficultés émotionnelles.

On ne peut blesser qu'en critiquant est une de ces idées reçues. En effet, il est possible de blesser un participant en le félicitant. Dans le domaine artistique, les goûts et les critères de jugement ne sont pas universels car l'art fait intervenir la beauté, notion tellement subjective. L'œuvre que le thérapeute trouve belle est parfois celle que le patient jugera ratée. Quand un patient ressent un échec devant sa production, le thérapeute a tendance à essayer de le faire changer d'avis, au lieu de reconnaître la validité du ressenti. Il est donc essentiel de s'abstenir d'émettre des jugements de valeurs définitifs du type « c'est bien » ou « c'est raté » et de privilégier la reformulation objective de ce que l'on voit et ce que le patient nous en dit.

---

<sup>1</sup> *Les enjeux émotionnels et éducatifs d'un atelier d'arts plastique* par Odier E. Cet article, non paru, a été donné aux participants de la formation permanente les arts plastiques : représentation et créativité.

Une autre idée à combattre est que s'exprimer fait toujours du bien. Si l'expression ne reçoit pas de réponse ou une réponse mal adaptée, le mal-être du patient peut augmenter. Il y a soulagement quand l'expression débouche sur la communication, quand celui qui parle se sent compris sans se sentir jugé, quand l'empathie du thérapeute vient soutenir la souffrance de celui qui parle. Le psychomotricien est un thérapeute mais il n'est pas psychologue. Il peut recueillir la souffrance de l'autre et reformuler ses propos mais il n'est plus dans son champ de compétence lorsqu'il s'agit d'interpréter ou d'aller plus loin dans la réflexion. Le fait de s'exprimer au travers de l'art n'est pas anodin et peut mettre en jeu des processus psychiques importants, le psychomotricien donnera donc une attention particulière aux activités et thèmes choisis.

Pour finir une autre idée consiste à dire que puisque c'est de l'imaginaire, il n'y a aucun risque à inventer tout et n'importe quoi. En effet, le créateur et quelque soit son âge, se projette inconsciemment dans son œuvre. Le thérapeute doit être conscient que la production a vraisemblablement une signification cachée.

E.Odier conclut en disant « Je ne pense pas qu'un atelier mal mené puisse créer des difficultés là où il n'y en avait pas, mais je suis sûre qu'un atelier mal mené peut réactiver ou amplifier des difficultés existantes ». Il est donc important, dans un atelier tel que celui que je mène, de faire attention à ses propos, même valorisants et aux thèmes proposés.

## **2.2 LE ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LE GROUPE**

« C'est par l'engagement de sa sensorialité, de sa motricité, de sa sensibilité que le psychomotricien va permettre à son patient d'éprouver (...) de ressentir (...) son unité» (Liotard D., 2007, p.247).

Garant du cadre thérapeutique, le psychomotricien représente le pôle de référence dans le groupe. En tentant d'instaurer un climat sécurisant et agréable, il va fixer des règles dans le but de créer une espace thérapeutique. Le comportement des membres du groupe renvoie cette place tenue par le thérapeute. De part leur problématique, ils ont tendance à être dans la passivité, dans une attitude d'attente. Se référer à un tiers sur lequel ils peuvent s'appuyer pour s'étayer est essentiel pour eux. La disponibilité et l'implication psychocorporelle du psychomotricien dans sa relation aux patients favorise cet étayage et participe à la création d'une dynamique de groupe. Pour le psychomotricien, le maintien de cette relation thérapeutique nécessite une remise en question permanente sur son implication et sa place dans le groupe.

### 2.2.1 FONCTION D'ETAYAGE

Notre présence est nécessaire pour accompagner la personne démentie dans ses difficultés. « Pour que le dément puisse à nouveau retrouver un lien avec la réalité, il est sans doute essentiel de redonner, à partir de ce qu'il exprime, du sens aux gestes, aux paroles. C'est-à-dire jouer ce rôle d'un (...) médiateur lui permettant de se retrouver dans la relation à l'autre » (Brandilly A., 1998, p.49). Nous devenons alors une sorte de Moi-auxiliaire sur lequel les patients peuvent s'appuyer. Cette notion n'est pas sans rappeler les interactions précoces parents/enfant et le rôle parental.

Au travers du *holding*<sup>1</sup> et du *handling*<sup>2</sup> décrit par D.W Winnicott, les parents assurent à l'enfant une sécurité affective et corporelle primordiale. Cette fonction contenante et étayante va être reprise par le psychomotricien.

#### **ÉTAYAGE CORPOREL**

Au cours des prises en charge à l'atelier plastique, je me suis rendue compte de l'importance de cet investissement corporel. Chez Mme D, l'imitation n'est plus possible. En revanche, en lui imprimant le geste corporellement<sup>3</sup>, elle réussit à continuer seule des tracés longilignes avec le pinceau. Il en est de même avec les ciseaux. Après l'avoir aidé physiquement, elle essaye de découper des papiers qui restent sur la table. Les sensations kinesthésiques induites et la perception visuelle de ces différents gestes ont suscité un meilleur investissement corporel spontané. L'étayage corporel servira pour Mme V à initier ses productions. En effet, j'ai observé lors des séances d'argile que ma participation créative engendrait chez elle une plus grande facilité à « se lancer ». Au début elle me copie mais elle cesse ensuite de regarder ce que je fais pour personnaliser sa création.

Le corps du psychomotricien est un corps référent, modèle ; ce qui va donner lieu à

---

<sup>1</sup> Ce terme signifie le maintien. C'est la manière dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Le holding met en place chez l'enfant le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée.

<sup>2</sup> Ce terme signifie le maniement. C'est la façon dont l'enfant est traité, manipulé et soigné. Les conditions et effets du handling participent au développement du fonctionnement mental ainsi qu'à la reconnaissance de l'interaction et de la relation soma-psyché.

<sup>3</sup> Je me place derrière elle, l'enveloppe de mon corps et recouvre sa main de la mienne. Je ne réalise pas l'action à sa place mais je fais avec elle.

des phénomènes d'identifications. Son engagement corporel permet ainsi à l'individu de réinvestir son propre corps. Ponton G. explique que « c'est par la disponibilité de sa présence corporelle que le psychomotricien va éveiller le sujet âgé à vivre une nouvelle présence à son corps. Ce dernier pourra peut-être alors se laisser surprendre par un possible auquel il ne croyait plus. Le plaisir viendra peut-être remplacer l'effort. La détente tentera d'alléger le poids des ans (...) le rire viendra peut-être enfin éclairer le corps enraidit par le vieillissement» (Ponton G., 1996, p.32).

### **ÉTAYAGE PSYCHIQUE**

La disponibilité psychique du psychomotricien assure aussi sa fonction de thérapeute. M. Donaz (2004, p.166) nous dit que « L'appareil à penser des thérapeutes porte une attention bienveillante à ce qui se dit et se met en représentation. Leur capacité à rêver et à écouter activement est fortement sollicitée face à cette psyché qui s'égaré ». Péruchon M. (1994, p.148) qualifie même cette écoute de «véritable prothèse ».

L'empathie est donc au centre de l'étayage psychique. Cette capacité de comprendre ce que l'autre peut ressentir, tout en gardant une distance suffisante pour ne pas être envahi soi-même par les émotions, donne au patient le sentiment d'être entendu et compris. A partir de l'écoute verbale, le thérapeute reformule les propos du participant. Mme V m'interpelle souvent pour m'exprimer son mécontentement quant à sa production. Je reprends alors son propos, valorise son œuvre et cherche ensuite à comprendre : « Vous me dites que vous n'aimez pas votre œuvre, qu'elle est ratée ; c'est votre avis car moi je trouve très réussi ce mélange de bleu et de jaune. Qu'est-ce qui vous fait dire que votre création est « ratée » ? ». Lorsque la personne démente ne parle plus ou présente un langage incompréhensible, le psychomotricien grâce au « décodage » du langage corporel, à une lecture du corps pourra donner des interprétations hypothétiques. A partir d'une attitude agressive, d'un sourire ou de toute autre émotion décelable sur le visage ou le corps du patient, le psychomotricien essaie de donner du sens avec des mots à ces comportements, de rétablir de la cohérence entre le corps et la psyché. Il constitue alors un miroir renvoyant à la personne une image d'elle-même. Par le regard et les paroles rassurantes, cette fonction spéculaire<sup>1</sup> tra-

---

<sup>1</sup> Concept de Lacan J., 1970, p.90

duit le support psychique que représente le thérapeute.

En définitif, « La personne démente nous fait naître passeur entre corps et paroles » (Thiveaud M., 1998, p.53).

### **2.2.2 TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT A L'ŒUVRE**

En séance, j'ai pu me rendre compte de l'existence de ces phénomènes et de leur importance.

#### ***LE TRANSFERT***<sup>1</sup>

La réalité de ce processus se retrouve à l'atelier au travers de l'investissement des séances, de traces de relation d'objet passés reportés sur le thérapeute, de mécanismes de projection (attribuer à autrui un sentiment, un désir que le sujet lui-même méconnaît comme provenant de soi) et d'identification.

J'ai l'impression que Mr L m'identifie à la fille qu'il n'a jamais eue, et qu'il aurait tant aimé avoir. Il a des attitudes à mon égard toutes particulières, me demandant plusieurs fois si je vais bien, si je me plais ici. Il me répète aussi souvent que j'ai l'âge d'être sa fille.

J'ai souvent été amenée à réfléchir à mes comportements et interventions auprès des participants de l'atelier. Je retrouvais alors des projections inconscientes de ma part. En effet, le groupe se montre parfois très silencieux pendant la réalisation plastique. Je ressens alors le besoin de parler, de les engager à une discussion, de combler ce vide. Je n'aboutis à aucun résultat. J'ai alors compris devant ces échecs à répétitions que ce silence est pesant pour moi et non pour les résidents. Face à cette absence de parole, je me sentais dans l'échec. Ayant pris conscience de ceci, j'ai par la suite essayé de respecter le silence de chacun, mais j'ai encore tendance à l'interpréter comme un repli de leur part.

Comme le dit M. Thiveaud (1998, p.52), « le soignant stimule l'échange, la libération de la parole ou accompagne le silence dans un dialogue corporel ou tonico-émotionnel ». Nos interventions en tant que psychomotriciens doivent être réfléchies ; il s'agit de bien différencier ses envies et celles du patient. Nous pouvons être tentés de dire ou faire quelque chose dans une idée d'aide, mais il faut perpétuellement s'interroger sur les

---

<sup>1</sup> Cf. supra pp.35-36

raisons de nos actes et paroles afin de savoir s'ils résultent de nos propres désirs ou de ceux du patient.

### ***LE CONTRE-TRANSFERT***<sup>1</sup>

L'attitude de certains des membres de l'atelier ont éveillé en moi des émotions qu'il m'a fallu canaliser. Mr F pourrait paraître très amusant avec tous ses jeux de mots, pitreries et diverses blagues, mais il n'en est rien. Ce comportement, ayant pour but de cacher sa maladie, est constant tout le long de la séance. Enervant, usant, agaçant sont des mots qui me viennent à l'esprit concernant l'attitude de Mr F. C'est en remettant ce comportement dans son contexte, c'est-à-dire la problématique démentielle, que mes réponses et mon attitude face à lui se font dans une distance thérapeutique afin de ne pas me sentir trop affectée.

Le psychomotricien doit donc être à l'écoute de ses propres sentiments, réactions face au patient afin de les analyser, chercher leurs origines pour mieux les comprendre, sans quoi les rapports s'établissent sur de la sympathie ou de l'antipathie, ce qui altère le processus thérapeutique.

D'autres situations mettant en évidence le contre-transfert se sont également produites. Sans que je m'en rende compte, l'attention que j'ai portée aux différents membres du groupe n'a pas toujours été égalitaire. J'ai pu remarquer le statut particulier de Mme D dans la maison de retraite (du fait de son ancienneté) et inconsciemment Mme D a donc eu une place toute particulière dans le groupe mais aussi dans mon esprit. Ce n'est pas tant le stade évolué de démence qui me faisait rester plus longtemps près d'elle que d'un autre participant, mais ce statut singulier, cet attachement affectif que je ressentais à son égard. Constatant mon attitude, j'ai alors justifié ma position.

L'attitude du psychomotricien résulte donc d'une remise en question permanente, lui permettant ainsi de faire preuve d'une disponibilité totale dans la relation. Son engagement psycho-corporel doit être étayant et son implication bienveillante sans être intrusive.

---

<sup>1</sup> Cf. supra p.36

## **2.3 PERSPECTIVES ET AMELIORATIONS POSSIBLES**

Toutes ces réflexions concernant l'atelier et les difficultés que j'ai rencontrées m'amène à réfléchir aux perspectives et aux améliorations possibles de celui-ci afin de répondre au mieux aux objectifs thérapeutiques groupaux et individuels.

### **2.3.1 LE CADRE SPATIAL**

Toutes les conditions ne sont pas réunies pour assurer un fonctionnement efficient des séances. En effet, le hall du premier étage où se déroule l'atelier est un lieu passager, ce qui peut perturber les participants. Le manque de luminosité (absence de fenêtres et éclairage assez faible) est aussi un problème important pour les participants qui ont des difficultés visuelles. Ne pouvant accrocher de productions aux murs, la pièce aux murs blancs manque de vie. Ce lieu, neutre et non différencié du service n'est pas le cadre spatial idéal pour l'atelier plastique. Celui-ci devrait s'organiser « dans un espace invariant, différencié du service de soin et adapté aux besoins des activités » (Donaz M., 2004, p.165) dans « un lieu vivant, coloré, accueillant, supposé être apprivoisé puis habité par les participants » (Ibidem).

Une des salles de l'étage est utilisable mais seulement lorsque les jours rallongent et que la lumière du soleil est encore présente à 18h (fin des séances). En effet, l'éclairage fait aussi défaut dans cette pièce, ce qui la rend inutilisable pendant plusieurs mois. Depuis mi-avril, c'est désormais cette pièce, bien plus lumineuse et chaleureuse, qui nous accueille pour l'atelier plastique. Deux lieux différents ont donc été investis par les participants. Même si ceux-ci n'ont plus le souvenir de la pièce dans laquelle ils viennent pour «l'atelier peinture», l'invariance du lieu est nécessaire pour instaurer un cadre thérapeutique dans le but de leur donner un minimum de repères. Il serait donc judicieux d'organiser l'atelier dans cette pièce toute l'année et de renforcer tout simplement l'éclairage pour les périodes d'hiver.

### **2.3.2 LA CONSERVATION ET LE DEVENIR DES ŒUVRES**

Je me suis vite confrontée au problème du devenir des œuvres. N'ayant pas de salle de psychomotricité, ni de salle prévue pour l'atelier, je n'ai pu que les entreposer dans une armoire de rangement au rez-de-chaussée. L'accrochage des productions dans le hall où se déroule l'atelier n'a pas été accepté par la direction et lorsqu'ils sont mécontents de leurs œuvres, les participants ne souhaitent pas les avoir dans leur chambre.

Quand ils sont plutôt satisfaits, ils acceptent volontiers de les garder. Je rajoute alors un papier à côté avec la date, le cadre dans lequel ils ont été réalisés (atelier « peinture »), le titre de l'œuvre donné par l'artiste et le nom de l'auteur. Ainsi, la personne qui regarde cette peinture ou cet objet sait d'où il provient et qu'il en est bien le créateur, même s'il n'en a pas le souvenir.

Cependant, la plupart des œuvres dans les chambres disparaissent d'une semaine sur l'autre (particulièrement les objets en argile), probablement pour des raisons d'hygiène.

Que faire alors des productions ? Ce n'est pas parce que les participants ne se souviennent plus d'une semaine sur l'autre de leurs créations qu'il ne faut pas se poser la question de leur devenir. Il est important qu'elles ne soient pas oubliées au fond d'un tiroir, ni détruites. Pour C. Hof, contempler ses œuvres augmenterait l'estime de soi. « La personne âgée à qui l'on propose de contempler ses œuvres y prend souvent beaucoup de plaisir. Elle est étonnée et se sent valorisée même si elle ne se souvient pas de les avoir créées » (Hof C., 2008, p.32).

Dans un premier temps, il serait important pour les participants de l'atelier de voir accroché leurs productions dans le lieu où se déroule l'atelier afin de donner plus de vie et d'identité à ce lieu. Ainsi coloré, la salle serait probablement un meilleur repère spatial pour les résidents. En outre, avoir les œuvres à disposition permettrait un travail de lien avec la séance précédente et favoriserait les repères temporels (vendredi dernier, le thème était...Voici la peinture de Mme G...).

Dans un second temps, les œuvres pourraient être exposées disséminées partout dans l'établissement. Le fait de les montrer aux autres résidents leur donne une valeur particulière. Les participants peuvent alors se sentir valorisés du fait que l'on expose leurs créations. « L'atelier au sein de l'institution ne doit pas être un îlot dans lequel se passent des choses dont personne n'a connaissance. Les œuvres peuvent être un lien entre la personne désorientée et les autres » (Hof C., 2008, p.33). Il est sûr que quand les participants passeront à côté de leur création ils ne se souviendront pas qu'ils en sont les auteurs. Cependant, le psychomotricien prendra soin de leur faire la remarque à chaque fois qu'il accompagne l'un d'eux.

### **2.3.3 UNE INVITATION DES SOIGNANTS**

L'atelier, mis en place courant novembre, n'est pas reconnu par tous les autres professionnels de l'équipe. La plupart des soignants ne savent pas qu'un atelier plastique en

psychomotricité est organisé par la stagiaire psychomotricienne. D'autres ont connaissance de cet atelier, mais ne savent pas ce que j'y fais et ne connaissent pas les intérêts de l'atelier. Je peux l'observer au travers des diverses remarques telles que « Ah ! Tu fais ton animation », « peux-tu prendre Mme R avec toi ? ».

De plus, n'étant présente dans la structure que cinq heures les vendredis après-midi, je n'assiste à aucune réunion ou transmission d'informations, ce qui ne me permet pas d'échanger avec le reste du personnel soignant.

Il serait donc intéressant d'inviter de temps en temps des soignants aux séances, qu'ils soient auxiliaire de vie, aide-soignant, aide médico-psychologique ou infirmier ; pour diverses raisons. Premièrement, cela constitue une occasion d'expliquer en pratique ce qu'est la psychomotricité aux soignants travaillant à nos côtés. Les prises en charge en psychomotricité ne se passent plus dans des salles fermées dans lesquelles les séances se déroulent à « huit clos ». Désormais, la psychomotricité cherche à se faire reconnaître auprès des soignants et pour cela nos séances doivent leur être ouvertes. Accepter la présence d'autres professionnels permettrait des regards différents sur l'atelier pouvant l'enrichir en apportant des idées, des réflexions ou des questionnements.

Deuxièmement, assister à l'atelier plastique donnerait le moyen au soignant de voir la personne âgée démente dans un autre contexte que celui du quotidien (soins d'hygiène, habillage, repas). C'est souvent grâce à la participation des soignants à une séance que l'on peut entendre de leur part des réflexions étonnées concernant les résidents dont ils ont la charge « Je ne pensais pas qu'il aurait pu faire ça ! », « C'est vraiment beau ce qu'il a fait... », « Je ne l'ai jamais vu aussi calme ! ». Il est vrai que les patients à l'atelier peuvent se montrer différents de leur attitude au quotidien et révéler des aptitudes que les soignants ne supposaient pas.

Inviter les autres professionnels pourrait s'avérer très enrichissant autant pour eux-mêmes que pour le psychomotricien. Cela permettrait aussi probablement une meilleure reconnaissance de l'atelier plastique comme étant un atelier de psychomotricité.

#### **2.3.4 VERS UNE PRISE EN CHARGE A PLUSIEURS**

Seule pour diriger cet atelier, je me suis parfois sentie en difficulté. Mais le fait de penser une prise en charge à plusieurs ne repose pas sur le seul besoin d'une aide physique. A l'origine travailler en équipe ne s'appuie-t-il pas sur l'idée réelle ou fantasmatique, que l'on va mieux faire à plusieurs que tout seul ? Que la valeur du tout est supérieure à la somme des valeurs ajoutées ?

## **MULTI, PLURI, TRANS OU INTERDISCIPLINARITE ?**

Il semble important de s'interroger dans un premier temps sur ces différents termes souvent utilisés aux mêmes fins, sans suffisamment de discernement. V. Schwach (2005, p.207) dénonce un concept problématique mal défini qui « appartient à un champ sémantique où les termes foisonnent sans qu'aucun texte de référence n'éclaircisse la différence entre inter, pluri ou transdisciplinaire ». Or, si nous nous en tenons aux seuls préfixes, nous distinguons :

- pluri ou multi, qui n'évoquent que l'idée d'une somme, d'une juxtaposition
- trans, lui, fait penser à un passage, une continuité, un traversement
- inter, par contre, introduit une notion d'interdépendance, de lien et de relation

La multidisciplinarité juxtapose les savoirs et les compétences, sans réelle vision globale commune et sans objectifs partagés. L'interdisciplinarité, elle, ne se résume pas à un jumelage des actions de diverses disciplines. Elle constitue une dynamique basée sur un enrichissement mutuel en vue d'atteindre des objectifs et des projets communs. L'interdisciplinarité veut « favoriser les relations d'échange, de travail et de collaboration afin d'offrir une complémentarité suffisante pour atteindre un but collectif auquel les professionnels ne sauraient parvenir sur une base individuelle » (Fortin B. & Methot L., 2004, p.99). Pour Mourey F. & Outata S., le travail en équipe interprofessionnelle va bien au-delà de la simple pluridisciplinarité. Celui-ci est fondé sur la recherche de représentations et de valeurs compatibles, permettant la coordination des rôles et répartition des tâches, l'élaboration des projets et de donner une signification partagée au sein de l'action collective. Ces deux auteurs définissent clairement la notion d'inter professionnalité comme « l'ensemble des processus et modalités d'organisation de travail et de communication permettant à des professionnels d'horizons, de cultures et de pratiques différents d'échanger, et de mettre en commun, des connaissances, des informations, des opinions, des vécus personnels en vue d'analyser et de comprendre toutes les situations professionnelles auxquelles chacun est susceptible d'être confronté » ( Manière D., Aubert M., Mourey F., Outata S., 2005, p.22 ).

Si la pluridisciplinarité tend à focaliser sur ce qui différencie ; l'interprofessionnalité, elle, insiste sur ce qui réunit.

## **LES ATTENTES DE CHACUN**

Un travail interprofessionnel s'établit donc sur un effort de compréhension mutuelle et une acceptation de chacun des professionnels. Celui-ci pourrait être profitable à l'atelier plastique, se révéler enrichissant pour tous et rassurant pour le thérapeute. En effet, grâce à cette mise en commun, des prises de relais seraient possibles lorsqu'un échange se crispe où lorsque l'on ne sait pas que faire, dire ou répondre au patient.

Prendre en charge les patients en atelier plastique avec une aide médico-psychologique semble envisageable. Chacun aura des attentes l'un envers l'autre. Ainsi, le psychomotricien attendra de l'aide-médico-psychologique sa connaissance au quotidien des personnes âgées, sa présence rassurante et son regard différent pendant la séance. Il espère de sa part un accompagnement du groupe et des individualités qui le composent, et de l'aide pour faire des liens entre l'avant et l'après séance, mais aussi entre les différentes séances. De son côté, l'aide-médico-psychologique comptera sur certaines performances professionnelles du psychomotricien, c'est-à-dire des actes, des mots qui l'aideront à élargir son regard sur la personne âgée mais aussi à mieux comprendre et décoder des situations mettant en jeu le corps dans la relation et le groupe.

## **QUELS RISQUES ?**

Néanmoins, comme le souligne Badey-Rodriguez C., la multiplication des intervenants n'a pas d'intérêts si les conditions du travail interdisciplinaire ne sont pas remplies. Pour lui, la seule diversification des professionnels n'entraîne pas nécessairement l'amélioration de la prise en charge, « il y a tout au plus accroissement de la technicité des soins ; cela peut même conduire (...) à une minoration de la prise en compte des besoins, désirs et souhaits de la personne âgée » (Badey-Rodriguez C., 1997, p.183). De plus, se montrer à l'autre dans ses insuffisances potentielles et assumer le décalage entre son idéal professionnel et la réalité peut être risqué. Jusqu'où peut-on accepter la remise en question de son fonctionnement professionnel ?

## **QUELS SERAIENT LES BENEFICES ?**

Travailler avec un collègue permet d'apprendre l'un de l'autre, chacun ayant des tonalités personnelles et des nuances professionnelles. On apprend de son discours au travers des mots employés pour évoquer sa spécificité professionnelle. On apprend de son regard, qui n'est pas sensible aux mêmes choses que nous. On apprend de son écoute, quand nos oreilles n'entendent pas les mêmes sons, « que le vacarme de l'un n'est que chuchotement pour l'autre » (Vialatte R. & Guertin K., 2008, p.28). On ap-

prend aussi de sa pratique, de son approche de la vieillesse, de la démence, de sa façon de s'en défendre, de sa disponibilité et de ses limites.

L'interdisciplinarité, la mise à jour et la confrontation de nos différences personnelles et professionnelles « restent un excellent moyen de réintégrer sans cesse nos allants-de-soi, les conceptions de notre rôle, les représentations de notre propre vieillissement » (Ibidem).

Il est important « d'apprendre à prendre de l'autre » (Ibidem p.29) au travers de l'enrichissement des regards différents autant pour apprendre sur sa pratique entre psychomotriciens mais aussi en se référant aux autres collègues « dans une sorte de capacité de se définir aussi par défaut : avant d'être aide-médico-psychologique (...) psychomotricien, je suis accompagnant, aidant (...) en gérontologie » (Ibidem).

Pouvoir travailler en interdisciplinarité et accepter du tiers thérapeutique multiplie, pour le patient comme pour soi, les échanges, suscite des questionnements sur sa façon de faire et d'agir, les propos tenus et valorisent une pratique réellement réflexive. Le travail en équipe interprofessionnelle permet aussi de mieux prendre en considération les besoins physiques et physiologiques des résidents. La personne âgée est un être complexe qui mérite cette diversité interprofessionnelle.

Enfin, Ploton L.<sup>1</sup>, insiste sur deux avantages de l'aspect interdisciplinaire dans l'épuisement et la recherche du sens : « restaurer et protéger la capacité de penser des acteurs du soin ».

### **2.3.5 UNE EVALUATION DE L'EVOLUTION DU PATIENT**

Pendant et après chaque séance, je prenais beaucoup de notes sur tout ce que je pouvais observer et entendre au cours de l'atelier : attitudes, échanges verbaux ou non-verbaux, estime de soi, qualité graphique, créativité. Cependant, après plusieurs mois de prise en charge, je me suis questionnée quant à ces notes. Premièrement, ces observations et remarques ne m'aidaient pas à voir clairement s'il y avait une évolution dans la prise en charge. Tous les items n'étaient donc pas forcément abordés pour chaque patient et j'avais des difficultés à retrouver une observation parmi tous ces écrits non organisés.

---

<sup>1</sup> *Heurs et malheurs de l'institution* <http://recherche.univ-lyon2.fr/lab-psd/IMG/pdf/heurs-malheurs.pdf>, 5

Prendre des notes pendant l'atelier avec cinq participants s'est révélé une tâche compliquée pour moi, de part la nécessité de ma présence verbale et physique auprès des résidents. Quand la prise de note n'est pas complète à la fin des séances, il faut réussir à se rappeler de tel propos de Mme V, de tel échange entre Mr F et Mme G, ce qui est parfois un travail de mémoire important.

De plus, mes notes, transcrites sur un cahier, étant personnelles, il n'y avait donc aucune trace écrite professionnelle de cet atelier. Or, il me semblait important de pouvoir laisser à l'établissement un document professionnel retraçant l'évolution des participants.

J'ai donc réfléchi à la mise en place d'une grille d'observation. Celle-ci fera office de document professionnel mais permettra aussi de voir clairement l'évolution de chaque participant de séance en séance. J'ai tenu à organiser cette grille de façon à retrouver les différents temps de l'atelier, à savoir le moment d'échange en début de séance, la réalisation plastique et la verbalisation de fin de séance. Ces distinctions permettent de mettre à jour une éventuelle modification ou progression d'attitude au cours de l'activité.

Je vais brièvement expliquer les items sélectionnés, la grille d'observation étant annexée en fin du mémoire (cf.annexe 9).

Dans un premier temps, il s'agit de retranscrire l'état d'esprit de chaque personne à leur arrivée. Pour cela, je tiens compte à la fois des dimensions verbales, non-verbales et relationnelles. Ensuite, les observations concernent leur attitude pendant la réalisation plastique. Le contexte d'apparition des différents comportements sera précisé car c'est l'impact de la situation sur le participant qui est visé. L'objectif est de rendre compte de l'investissement psychique et corporel de chaque membre du groupe au travers des manifestations verbales et corporelles, de la créativité, de l'estime de soi. Les interactions aussi sont au centre de l'évaluation.

Enfin pour la dernière partie de la grille, les items sont semblables à ceux de la première, ce qui permet de faciliter l'étude comparative entre le début et la fin de la séance. La verbalisation de leurs ressentis, de leurs impressions quant à leur production et la séance en général est également retenue, permettant ainsi d'apprécier l'impact de la séance.

Cette grille a pour avantage d'être simple à remplir et de comporter tous les items mis en jeu dans l'atelier. De plus, ce recueil d'informations a pour intérêt de mettre en évidence la nécessité de réadapter le projet thérapeutique si besoin.

# CONCLUSION

La vie d'un être humain c'est encore de pouvoir penser, communiquer, faire des choix, partager, entretenir des liens affectifs, sentir que l'on compte aux yeux des autres. La démence de type Alzheimer altère progressivement ces capacités et ces ressentis; la psychomotricienne par sa disponibilité psychocorporelle, son étayage et dans une individualité corporelle va accompagner ce devenir, qu'il s'achemine vers un progrès grâce à la prise en charge ou vers une perte inexorable. Encourager, recevoir, écouter, partager, soutenir, sécuriser, valoriser...tous les verbes de présence à l'autre animent cet accompagnement.

Une dame de la maison de retraite avec qui j'ai eu une discussion m'a dit un jour que tout métier était création. « Celui de psychomotricien est dans ce sens proche d'une démarche artistique. C'est un métier où l'on se recrée sans cesse en étant témoin de la re-création de ceux avec qui nous travaillons et cela jusqu'au dernier soupir » (Ponton G., 1996, p.33). Instaurer un atelier plastique était donc une mise en pratique du travail même du psychomotricien.

Après analyse des prises en charge, je me suis rendu compte que les objectifs que j'essayais de fixer n'ont pas tous été atteints : la créativité des participants est restée assez pauvre, à l'exception de Mme G et l'estime de soi plutôt faible, pour Mme V en particulier. Il faut garder à l'esprit que certains résidents n'ont pas exercé d'activité plastique depuis leur scolarité et que d'une façon générale, les personnes âgées n'ont pas été éduquées à reconnaître leurs qualités. Ces éléments expliquent en partie mon sentiment d'échec.

En revanche l'évolution observée au niveau des praxies et des relations sociales est objectivable. De plus, des événements inattendus m'ont surpris, comme tout simplement prendre plaisir à venir à cet atelier, à y passer un bon moment en groupe à échanger et rire ensemble de situations. Les progrès n'ont parfois pas été là où je les attendais.

Cette expérience bien modeste menée auprès de personnes âgées atteintes de démence, m'a convaincue qu'une médiation artistique est l'une des possibilités

d'intervention psychomotrice visant à conserver les acquis le plus longtemps possible, à réinvestir le corps, à retrouver une plus grande autonomie, une individualité et je dirais même une dignité.

Pour finir, je citerai les propos d'André Brandily qui soutiennent parfaitement ma propre démarche dans l'atelier plastique et qui conclut bien ce mémoire.

« Comme le dit Merleau-Ponty, « le corps est éminemment un espace expressif », je vais donc travailler sur l'expression de l'individu dans l'ici et maintenant. Je ne m'inscris pas dans la perte uniquement : l'histoire de mon interlocuteur ne s'inscrit pas dans la perte, l'oubli, l'absence, mais elle reste vivante. J'essaie d'accompagner l'autre, c'est -à-dire d'être avec, d'être à côté, ni trop avant, ni trop après. Cela veut dire que je vais en priorité prendre en considération « la partie vivante de l'humain » en considérant comme le dit Bergson que « l'esprit déborde le cerveau de toute part, et que l'activité cérébrale ne répond qu'à une infime partie de l'activité mentale » (Brandily A., 1998, p.47).

# BIBLIOGRAPHIE

## Livres

- ALBARET J-M & AUBERT E., (2001), *Vieillesse et psychomotricité*, Paris, collection psychomotricité, Solal
- ANZIEU D., (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995
- ANZIEU D. & MARTIN J-Y., (1968), *La dynamique des groupes restreints*, PUF, Paris
- AUPETIT H., (2004), *La maladie d'Alzheimer*, Odile Jacob
- BADEY-RODRIGUEZ C., (1997), *Les personnes âgées en institution- vie ou survie*, Ed Seli Arslan
- BERNARD E., DONAZ M., LAFORESTRIE R., L'HARIDON A-M., MOUTARDE S. et Al., sous la direction de SUDRES J-L., ROUX G., LAHARIE M., DE LA FOURNIERE F., (2004), *La personne âgée en art thérapie, de l'expression au lien social*, collection Psychanalyse et civilisations, l'Harmattan
- DENNER A., (1980), *Les ateliers d'expression plastique*, ESF, Paris
- DOLTO F., (1984), *l'image inconsciente du corps*, collection points essais, Seuil, 2006
- DUQUENOY-SPYCHALA K., (2002), *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*, collection Pratiques gérontologiques, Eres
- EUSTACHE F. & AGNIEL A., (1995), *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prises en charge*, Marseille, collection neuropsychologie, SOLAL Editeurs

- HOF C., (2008), *Art-thérapie et maladie d'Alzheimer, quand les couleurs remplacent les mots qui peinent à venir*, Lyon, collection Comprendre les personnes, Chronique sociale
- LACAN J., (1966), *Ecrits I*, éditions du seuil, 1970
- LESNIEWSKA H-K., (2003), *ALZHEIMER Thérapie comportementale et art- thérapie en institution*, l'Harmattan
- LIOTARD D., (1990), *Le dessin et la psychomotricité chez la personne âgée*, Paris, collection psychocorporelles, Masson
- LIOTARD D., *La personne âgée : du comportement à l'acte imaginé*, in CALZA A. & CONTANT M., Paris, collection Abrégés, Masson, 2007
- LIEURY A., (1993), *La mémoire : du cerveau à l'école*, Flammarion
- MANIÈRE D., AUBERT M., MOUREY F., OUTATA S., (sous la direction de), 2005, *Interprofessionnalité en gérontologie, Travailler ensemble : des théories aux pratiques*, Erès, p. 22
- POTEL-BARANES C., (2002), Intérêts des groupes en psychomotricité pour des adolescents en hôpital de jour, in P. BLOSSIER, *Groupes et psychomotricité, le corps enjeu*, Marseille, Solal
- PERUCHON M., (1994), *Déclin de la vie psychique*, Paris, Dunod
- ROGERS C., (1991), *Le développement de la personne*, Dunod
- TOUCHON J. & PORTET .F., (2002), *La maladie d'Alzheimer*, Paris, Edition Masson
- VENDEUVRE-BAUTERS I., (2007) *A l'écoute des mots de la démence, expression d'une crise existentielle*, Chronique sociale
- WINNICOTT D-W., (1975), *Jeu et réalité*, collection folio essais, Gallimard, 2002

### **Articles**

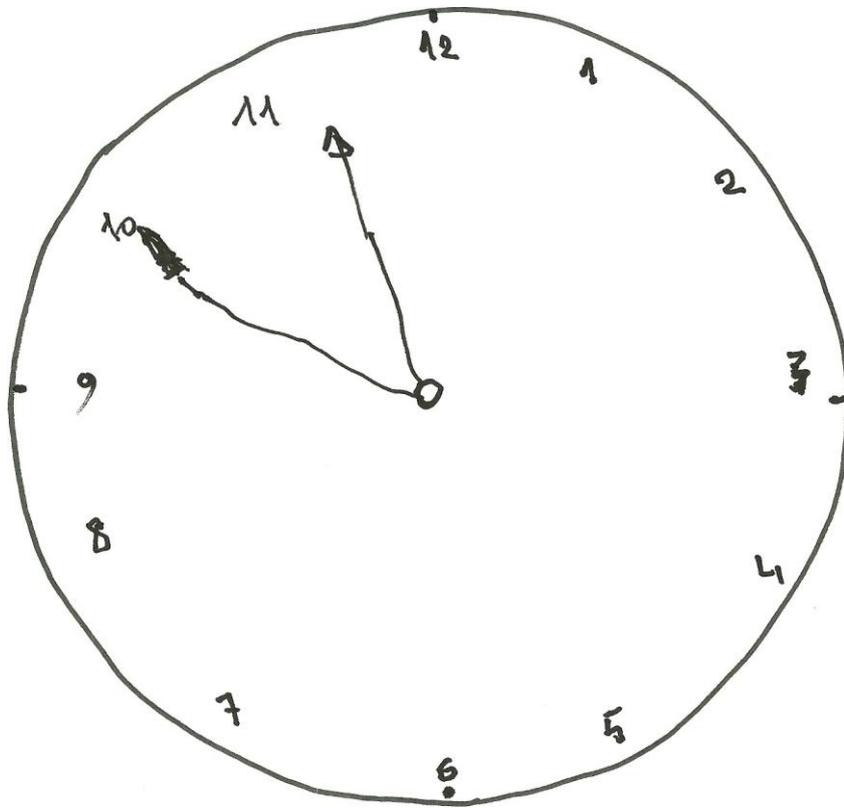
- BEZARD- FALGAS F., (2006), Symptômes et vécu psychique du sujet atteint de la maladie d'Azheimer, *Soins gérontologiques*, n°59, pp 14-18

- BOSCAÏNI F., (1997), De la trace du dessin : une évolution vers l'identité, *Evolution psychomotrice* n°35, pp 40-47
- BRANDILY A., (1998), La psychomotricité au domicile de personnes atteintes de démences type « Alzheimer », *Au seuil d'une rencontre : ...La personne âgée, Corps et psychomotricité en gériatrie Thérapie psychomotrice et recherches*, n°116, pp 44-49
- BRANDILY A., (2005), « La création est un acte de résistance » *Création, créativité et psychomotricité, Thérapie psychomotrice et recherches*, n°141, pp.152-159
- DE LA DOUCETTE O., (2006), Les nouvelles approches thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer, *Soins gériologiques*, n°61, pp 11- 13
- FORTIN B. & METHOT L., (2004), S'adapter avec humour au travail interdisciplinaire : pistes de réflexion, *Revue québécoise de psychologie*, n°25, pp.99-118
- MESSY J., (1996), Interview de Jack MESSY, *Au seuil d'une rencontre : ...La personne âgée, Réflexions sur la place du corps en gériatrie Thérapie psychomotrice et recherches*, n°106, pp 4-10
- PONTON G., (1996), La psychomotricité auprès du sujet âgé, *Au seuil d'une rencontre : ...La personne âgée, Réflexions sur la place du corps en gériatrie Thérapie psychomotrice et recherches*, n°106, pp. 30- 33
- SCHWACH V., (2005), Principes et méthodes de l'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle, *Gestions hospitalières*, mars, pp. 207-213
- THIVEAUD M., (1998), Ce que les personnes âgées démentes nous apprennent, *Au seuil d'une rencontre : ...La personne âgée, Corps et psychomotricité en gériatrie Thérapie psychomotrice et recherches*, n°116, pp. 50- 53
- THIVEAUD M., (1996), Psychomotricité et mémoires réactivées : travail de prévention auprès de personnes âgées, *Au seuil d'une rencontre : ...La personne âgée, Réflexions sur la place du corps en gériatrie, Thérapie psychomotrice et recherches*, n°106, pp. 20-25

- VIALATTE R. & GUERTIN K., (2008), Plaidoyer pour une interprofessionnalité monodisciplinaire en gérontologie, *Thérapie psychomotrice et recherches : soigner   plusieurs?* , n 156, pp. 16-31

# **ANNEXES**

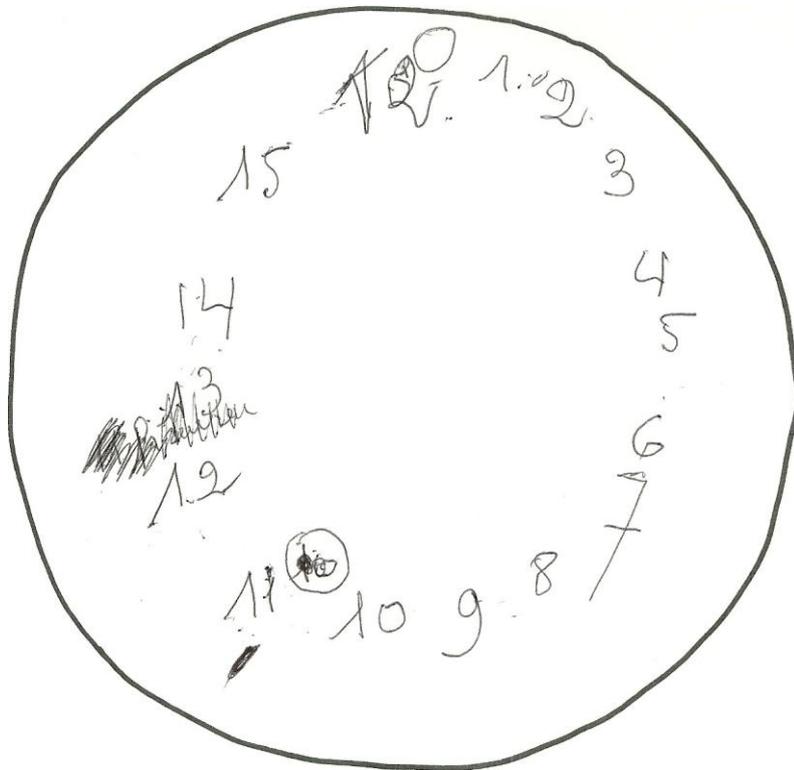
Annexe 2



Annexe 3

Maison  
Constitution  
Constitution

Annexe 4



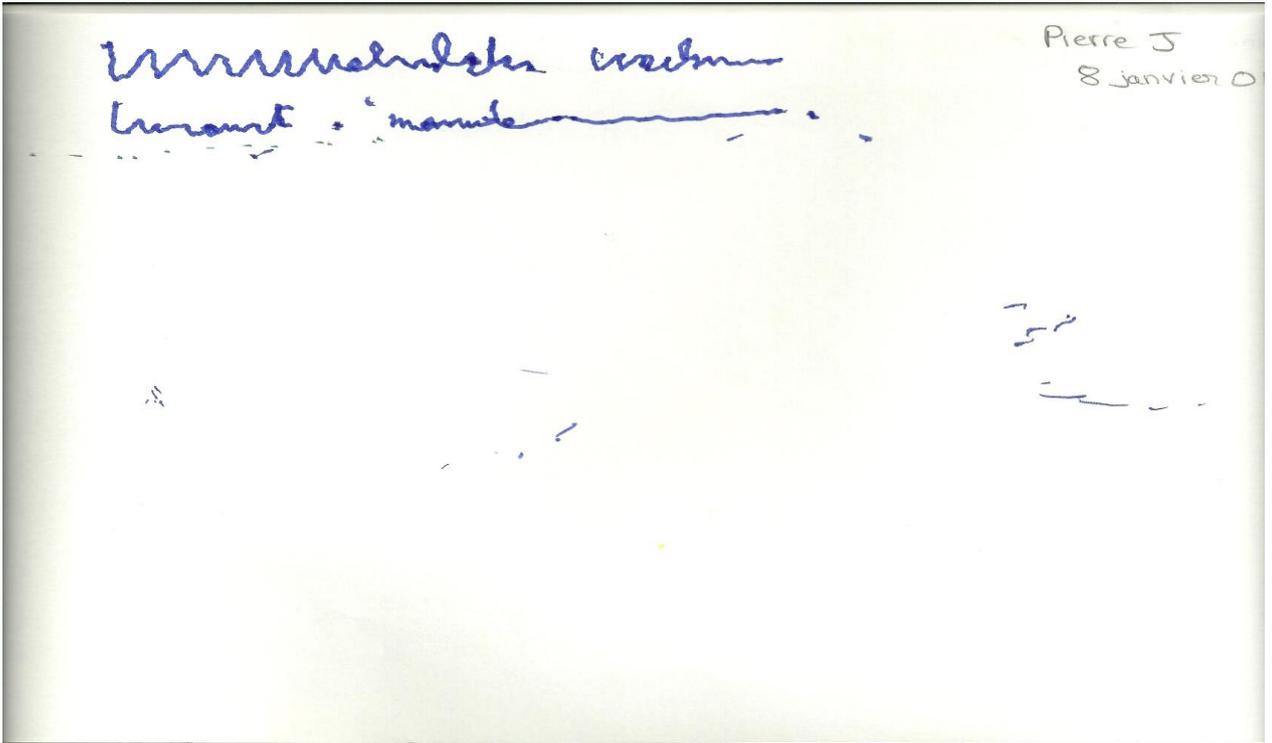
Annexe 5



Annexe 6



Annexe 7



Annexe 8



## Annexe 9

	<b>Mr F</b>	<b>Mme G</b>	<b>Mme D</b>
<p style="text-align: center;"><b>Début de séance</b></p> <p><u>Etat d'esprit</u> - expression verbale - expression corporelle</p> <p><u>Relations</u></p>			
<p style="text-align: center;"><b>Réalisation plastique</b></p> <p><u>Occupation de l'espace graphique (si dessin ou peinture)</u></p> <p><u>Manifestations corporelles</u> (mimiques, signes de lâcher-prise, de plaisir, découragement, soupirs...)</p> <p><u>Créativité</u></p> <p><u>Qualité de l'estime de soi</u></p> <p><u>Interactions (paroles et communication non-verbale)</u>  - entre les participants - avec le thérapeute</p>			
<p style="text-align: center;"><b>Fin de séance</b></p> <p><u>Etat d'esprit</u>  - expression verbale, ressentis personnels - expression corporelle</p> <p><u>Relations</u></p> <p><u>Choix du titre</u></p>			

## Autres annexes

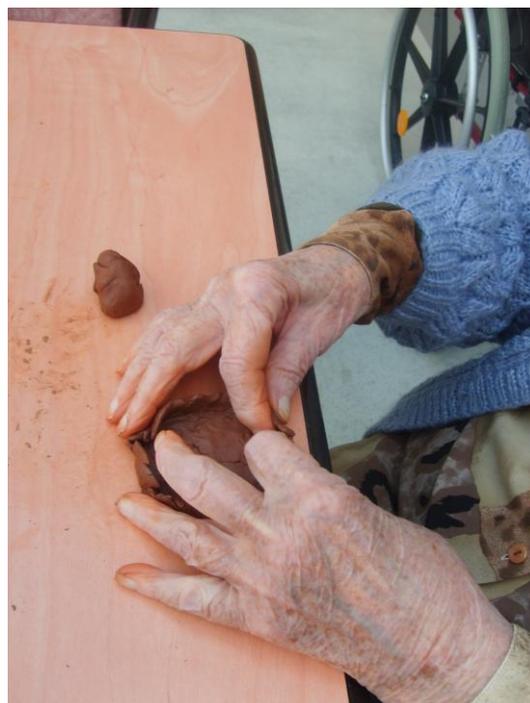
### Quelques productions des participants de l'atelier



La première œuvre de groupe sur le thème *La forêt de sapins*



Oeuvre de groupe sur le thème du *Bonheur*



Séance d'argile sur le thème d'un *panier de Pâques*



Œuvre groupale sur le thème *Les couleurs*



Séance en binôme « Continuez le trait de votre partenaire »



Séance de peinture les yeux fermés





Production de Mme D, technique de tamponnement et pliage de la feuille en deux ce qui explique la symétrie de la peinture



« Souvenir d'un bel après-midi » par Mmes D et G



« La maison de vos rêves » par Mme G



Après quelques « exercices » : faire une galette la plus fine possible, former une boule, la faire passer partout sur la main...Place à la création en donnant forme à un personnage.

## *Résumé*

Peinture, collage, argile, craie, dessin, découpage, démence. Ne cherchez pas l'intrus parmi ces termes car il n'y en a pas. Ce mémoire s'attache à relater une expérience atypique d'atelier plastique avec des personnes âgées atteintes de démence dans une maison de retraite médicalisée.

Les symptômes de la démence, intriqués aux autres manifestations du vieillissement, touchent alors la personne âgée dans sa globalité modifiant son comportement, sa motricité, son tonus et sa cognition. La psychomotricité vise l'approche psycho-corporelle de l'individu, elle est donc au centre de la prise en charge de nos aînés. La médiation plastique mise en place utilise des techniques artistiques cherchant d'une part à ralentir les pertes liées à la maladie et conserver les acquis, mais d'autre part à relancer un dynamisme apparemment éteint.

### **Mots-clés**

Démence, groupe, créativité, estime de soi, communication, expression.

## *Summary*

Painting, collage, clay, chalk, drawing, cutting, dementia. Don't look for an intruder among these words because there is none. This memoir is intent on recounting an uncharacteristic experience of a plastic art workshop with elderly people suffering from dementia in a medical nursing home. The symptoms of dementia - entangled with other manifestations of ageing - affect elderly people in every aspect, altering their behavior, motor functions, dynamism and cognitive processes. Psychomotricity aims at making both the mind and the body work in the individual, it is thus at the centre of the care given to the elders. The plastic mediation put in place uses artistic techniques seeking on the one hand, to slow the losses due to the disease and to retain acquired knowledge, but on the other hand, to revive energy and enthusiasm, which had apparently become extinct.

### **Key-words**

Dementia, group, creativity, self-esteem, communication, expression