

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice. Paris

COMMUNIQUER AVEC LES

PERSONNES AGEES

UNE APPROCHE PSYCHOMOTRICE EN GERIATRIE

Mémoire présenté par Vanessa CHION,

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité.

Maître de mémoire : Mme CHARPENTIER

Session : Juin 2005

« Un peu avant six heures du soir, je raccompagne mon père dans le réfectoire de la maison de long séjour. La plupart des pensionnaires ont déjà été rassemblés dans cette pièce, certains depuis une demi heure. Ils se font face à quatre ou six par table. Leurs yeux sont éteints. Ils ne parlent pas. Quelques uns ont le corps recourbé sur leur assiette vide, comme des poupées à la tête cassée. Le mot « enfer » plane dans cette pièce. C'est un mot très précis. C'est le seul qui puisse dire ce lieu, cette heure et ces gens. Deux biens sont pour nous aussi précieux que l'eau ou la lumière pour les arbres : la solitude et les échanges. L'enfer est le lieu où ces deux biens sont perdus. Mon père entame parfois une colère au seuil du réfectoire. Il refuse d'avancer comme s'il pressentait que plus rien ne le détachera de cette communauté morte - que sa mort personnelle. Sa colère tombe quand il découvre les visages de ceux qui partagent sa table, toujours les mêmes. Il les a côtoyés toute la journée et il leur serre longuement la main, chaque soir avant de se mettre à table, comme s'il les retrouvait après une longue absence. Ils répondent à sa poignée de main en souriant faiblement : même en enfer la vie peut resurgir une seconde, venue on ne sait d'où, intacte. Il y suffit d'un geste. »

C. BOBIN

Remerciements :

Je remercie mon maître de mémoire, et maître de stage : Marielle CHARPENTIER, pour sa confiance et pour m'avoir guidée dans ma pratique et mes réflexions.

Je remercie Annabelle CORNOT, mon autre référente de stage, pour son soutien moral et pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée pour la relecture de mon mémoire.

Je remercie l'institution ainsi que le personnel de m'avoir accueillie auprès d'eux durant cette année scolaire.

Je remercie toutes les personnes âgées de l'hôpital, sans qui l'élaboration de ce mémoire n'aurait pas été possible et qui m'ont permis d'enrichir mon expérience.

SOMMAIRE :

- Introduction	1
1. <u>Partie théorique</u>	2
1.1. Le vieillissement	3
1.1.1. Le vieillissement psychomoteur.....	3
1.1.2. Le vieillissement cognitif.....	7
1.1.3. Le vieillissement psycho-affectif	9
1.1.3.1. L'isolement social	9
1.1.3.2. Les réactions face au vieillissement.....	10
1.1.3.3. La notion de perte.....	13
1.2. La communication	15
1.2.1. Définition	15
1.2.2. Les débuts de la communication.....	17
1.2.3. Les différentes formes de communication.....	18
1.2.3.1. La communication verbale.....	18
1.2.3.2. La communication para-verbale.....	19
1.2.3.3. La communication non-verbale.....	20
1.3. Les difficultés de communication chez la personne âgée.....	25
1.3.1. Etiologie	25
1.3.1.1. Lors d'un vieillissement dit classique	25
1.3.1.2. Suite à une pathologie, un accident.....	26
1.3.2. Les conséquences	28
1.3.2.1. La régression	28
1.3.2.2. Le repli	29
1.3.2.3. L'agressivité	29
1.3.2.4. La dépression	30
1.3.2.5. La frustration.....	30

1.4. La communication par le toucher	31
1.4.1. La peau.....	31
1.4.2. Le toucher.....	32
1.4.3. Les techniques utilisées.....	34
2. <u>Partie clinique</u>	36
2.1. Présentation de l'établissement.....	37
2.2. Présentation des résidentes	38
2.2.1. Madame C.	38
2.2.1.1. Anamnèse.....	38
2.2.1.2. Bilan psychomoteur	40
2.2.1.3. Projet thérapeutique	42
2.2.1.4. Evolution de la prise en charge	43
2.2.1.5. Conclusion	48
2.2.2. Madame M.	49
2.2.2.1. Anamnèse.....	49
2.2.2.2. Bilan psychomoteur	50
2.2.2.3. Projet thérapeutique	53
2.2.2.4. Evolution de la prise en charge	54
2.2.2.5. Conclusion	59
2.2.3. Conclusion générale.....	59
3. <u>Discussion</u>	60
3.1. Les apports du toucher thérapeutique	61
3.2. La communication	65
3.2.1. Pourquoi parler au sujet âgé ?.....	65
3.2.2. Les multiples manifestations de la communication	66
3.2.3. Comme enrichissement personnel	71

3.3. Le rôle de la psychomotricité en gériatrie.....	75
3.3.1. auprès des patients.....	75
3.3.2. auprès de l'équipe soignante	79
3.4. Les conséquences de l'institutionnalisation.....	81
- <u>Conclusion</u>	84
- <u>Références bibliographiques</u>	
- <u>Lexique</u> (les mots y figurant sont signalés par * dans le texte)	

INTRODUCTION

Il existe une population qui m'est particulièrement chère : les personnes âgées. Je la trouve à la fois attachante et énigmatique : en effet, chacun de nous est amené à vieillir ; cependant, personne ne connaît à l'avance l'état dans lequel il se trouvera à 80 ans.

Cette attirance pour les sujets âgés m'a amenée à effectuer mon stage en milieu gériatrique, principalement au sein d'une unité de Long-Séjour. J'ai rapidement été frappée par l'ennui, la tristesse, l'impression d'abandon qui s'en dégage. Cette constatation m'a amenée à soulever le paradoxe suivant : nous vivons dans le 21^{ème} siècle, qui a été déclaré siècle de la communication - Effectivement, une multitude d'outils très performants sont pensés et fabriqués de manière à favoriser la communication à travers le monde (Internet, téléphonie mobile, visiophonie, etc.) - Mais ces nouvelles techniques ont tendance à mettre les personnes âgées à l'écart ; elles qui se contenteraient de simples rapports humains. Curieusement, nous sommes capables de communiquer avec des personnes se trouvant loin de nous, mais nous pouvons nous trouver démunis, ou au moins en difficulté, auprès d'un sujet âgé.

Plusieurs questions me sont alors venues à l'esprit : quel est l'intérêt de communiquer avec une personne âgée ? Si elle a des difficultés à s'exprimer, comment la comprendre ? Comment se faire comprendre d'elle ? Je me suis demandée de quelle manière je pouvais intervenir auprès de ces individus pour qu'ils se sentent exister.

Au cours de ce mémoire, je vais tenter de répondre à toutes ces questions ; tout d'abord en abordant les principales manifestations liées au vieillissement et celles liées à la communication ; puis, je présenterai les expériences que j'ai vécues auprès de deux résidentes de l'unité ; enfin, j'essaierai de mettre en avant l'importance de la communication en m'appuyant sur des observations cliniques.

1. PARTIE THEORIQUE

1.1. Le vieillissement

1.1.1. *Le vieillissement psychomoteur*

Vont être abordés dans ce chapitre, uniquement les domaines psychomoteurs qui me paraissent jouer un rôle important dans le processus de communication.

La perception se définit comme la « *prise de conscience sensorielle d'objets ou d'événements extérieurs qui ont donné naissance à des sensations plus ou moins nombreuses et complexes.* » (Piéron H., 1951, p. 208).

Au fur et à mesure que le temps passe, un vieillissement global des capacités sensorielles est constaté. Cependant, cette sénescence (qui relève du vieillissement normal, contrairement au terme de sénilité, plus adapté pour désigner les formes pathologiques du vieillissement somatique et donc par extension de la vieillesse psychologique) est un phénomène variable en fonction des individus : tous les sens ne sont pas atteints, et ils ne sont pas affectés de la même manière :

Vision : Les changements touchent tous les tissus et composantes de l'œil. Ces modifications bouleversent de façon objective la vue du sujet : diminution de la perception des couleurs et des contrastes, modification du rapport à la lumière, de la profondeur et de l'ampleur du champ visuel. La sensibilité étant moindre, des stimuli plus intenses vont permettre une meilleure perception visuelle. L'activité oculomotrice est plus lente et la poursuite oculaire est souvent remplacée par des saccades. Divers troubles physiques sont fréquents: cataracte*, glaucome*, ectropion* ou entropion*, ... qui participent à la baisse de l'acuité visuelle. La perception d'éléments parasites (corps flottants) peut être observée.

D'une façon plus générale, on note chez la personne âgée une diminution pouvant aller jusqu'à une perte de l'acuité visuelle.

Audition : une moins bonne discrimination auditive est mise en évidence. En voici quelques manifestations :

- la difficulté de localisation d'un bruit dans l'espace.
- les acouphènes* (bourdonnement, sifflement, ...)
- la présence d'une presbyacousie*, augmentant avec l'âge et portée davantage sur les hautes fréquences. Elle peut entraîner une mauvaise compréhension du discours. L'individualité du sujet est à prendre en considération : un sujet dont les capacités intellectuelles sont conservées et de qualité, saisira le sens de la conversation plus facilement et donc y participera ; contrairement à un sujet déprimé, ou plongé dans un entourage peu patient et donc peu enclin à la répétition.

Des vertiges peuvent être liés au vieillissement du système labyrinthique et vestibulaire, ainsi que des pertes d'équilibre.

Le sens de l'audition est fréquemment touché par la sénescence.

Toucher : ce sens est de loin le moins affecté par la sénescence jusqu'à un âge très avancé. Cependant, on retrouve, au cours du temps, une diminution de l'épaisseur de la peau, de son élasticité, ainsi qu'une modification de ses composants (collagène, tissu adipeux, ...). La diminution du nombre de récepteurs entraîne l'augmentation du seuil de sensibilité tactile et digitale. La qualité et la quantité d'informations reçues dans l'espace de manipulation du sujet âgé sont ainsi modifiées.

Généralement, l'altération des perceptions peut s'expliquer par la détérioration de l'organe sensoriel et de ses constituants, mais aussi par celle de la propagation de l'information et de la connexion aux voies centrales.

Le déclin progressif des structures et fonctions perceptives peut jouer un rôle dans la dégradation des fonctions motrices et psychomotrices :

Motricité globale : les mouvements sont plus lents, moins amples, et moins fluides. Ils ne traduisent plus la spontanéité. De même que pour la sensorialité, ce ralentissement moteur peut s'expliquer par le changement neuro-anatomique et neurophysiologique lié à l'âge, comme par la dégradation de la programmation de l'information et du contrôle du mouvement.

L'équilibre statique est moins performant avec l'avancée en âge. On peut également observer des modifications de l'aspect de la marche. Elle semble plus lente et moins sûre. Elle se fait à petits pas, souvent heurtés, traînés, avec l'assurance d'une canne, d'un bras, fréquemment recherché. Le terme de « *marche sénile* » a été utilisé par certains auteurs tels que D. STRUBEL (cité par J.M. ALBARET et E. AUBERT, 2001, p.28) pour qualifier les divers signes notés lors du déplacement, dont la diminution de la hauteur du pas, de son élargissement et l'irrégularité de la trajectoire.

Se sentant vulnérable, fragile, la personne réduit peu à peu l'espace de ses déplacements jusqu'à le limiter à l'espace du fauteuil, puis à celui du lit. Privé alors d'une multitude de sensations, la réduction de la mobilité altère souvent le schéma corporel qui va avoir tendance à se déstructurer peu à peu.

La désorientation temporo-spatiale est une des répercussions possibles sur l'espace de vie du sujet. Il peut lui arriver de ne plus parvenir à se repérer dans l'espace, et ainsi de se

perdre, ce qui l'amènera peu à peu à ne plus sortir de chez lui. Il est également fréquent que le sujet âgé ne sache plus se situer dans la semaine.

Une désorganisation tonique est constatée, ainsi qu'une posture souvent figée.

« Au travers des espaces moteur, sensoriel, sexuel, c'est l'espace relationnel qui est touché, appauvri, désinvesti. » (CALZA A., CONTANT M., 1993, p.181)

Image du corps : Selon F. DOLTO, « L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimique et gestes. » (1984, p.23)

Intéressons nous plus en détail au vécu du sujet âgé, concernant l'image qu'il a de son corps.

LACAN démontre qu'entre 6 et 18 mois, l'enfant participe à la maîtrise de son corps dans le miroir. Il y reconnaît sa propre image. L'enfant va s'identifier à cette image spéculaire. Elle lui permet de s'assumer comme un tout, de se construire et de se différencier de l'autre. En vieillissant, ce que le sujet voit dans le miroir n'est plus la projection de l'ébauche du Moi, mais celle de la débauche de ce dernier. L'individu ne se reconnaît pas. L'image que la personne âgée voit dans le miroir lui laisse une impression d'étrangeté inquiétante ; l'effrayant se liant au familier.

Dans son livre *La personne âgée n'existe pas* (1994), Jack MESSY fait l'hypothèse d'un autre stade du miroir, dont l'épreuve se situerait entre 50 et 60 ans : c'est le temps du miroir brisé. Le sujet âgé découvrirait dans le miroir l'image de sa propre mort. L'image du corps dans le miroir ne serait plus jubilatoire mais affligeante. Il assisterait au retour

inattendu d'un corps morcelé dont la maîtrise est perdue. Ce temps du miroir brisé se traduit par une phase dépressive qui correspond à la perte de l'image idéale. Cette perte de l'image de soi « *équivaut à la perte de l'amour de soi, à la perte de l'estime de soi à l'origine de la dévalorisation narcissique* » (CARON R., 2000, p. 104)

Toutefois, on peut assister au vieillissement de notre image sans en ressentir encore pour autant les effets.

Concernant le vieillissement psychomoteur de la personne âgée, il existe des variations significatives d'un sujet à l'autre. Cependant, un certain nombre de caractéristiques sont communes aux sujets âgés. Il en est de même concernant le vieillissement cognitif.

1.1.2. Le vieillissement cognitif

On qualifie traditionnellement de « cognitif », « *les processus par lesquels un organisme acquiert des informations sur l'environnement et les élabore pour régler son comportement : perception, formation de concepts, raisonnement, langage, décision, pensée.* » (PIERON H., 1951)

Les années avançant, le processus cognitif évolue :

- sur le plan de l'attention : l'attention divisée* est touchée, l'attention soutenue* est moins affectée.

- sur le plan des apprentissages : une chute généralisée des capacités d'apprentissage est relevée du fait de l'amoindrissement des performances de l'attention et de la mémoire de travail.

- sur le plan du langage : une baisse des capacités d'utilisation active du lexique est observée. L'essentiel des modifications ne survient cependant qu'après 70 ans. C'est à partir de cet âge que chute ce que les anglo-saxons nomment la « *fluency* », c'est-à-dire l'aisance d'élocution, qui se définit comme « *l'habilité primaire sur le plan verbal à utiliser un vocabulaire riche et à le manier avec aisance* ». Une diminution de la capacité de dénomination est observée, ainsi qu'un déficit de compréhension à l'oral chez les sujets très âgés. Le plus souvent, ces dégradations renvoient à des altérations de la mémoire sémantique*, associées à des modes de présentation spécifiques (longueur des phrases, prosodie*, vocabulaire utilisé, etc.).

- sur le plan de la mémoire : chez le sujet âgé, la mémoire subit une baisse d'efficacité. La plupart du temps, la mémoire des faits anciens reste performante. En revanche, les fonctions de fixation des faits récents, d'apprentissage, et d'évocation sont altérées. Les processus de mémorisation sont complexes et font appel à l'ensemble des facultés cognitives. Le sujet âgé présente davantage de difficultés à la mémorisation qu'à la remémoration.

Toutes les capacités cognitives ne sont pas également affectées. Un grand nombre de facteurs peut expliquer les différences inter-individuelles constatées, telles que :

- le maintien, l'absence ou le renforcement d'une activité intellectuelle (activité professionnelle, club du troisième âge) ;
- l'appauvrissement ou l'accroissement des stimulations sensorielles ;
- le développement de troubles psycho-affectifs.

Il apparaît donc en conclusion que les facultés intellectuelles sont généralement altérées au cours du vieillissement normal, et qu'elles diminuent de façon continue. Cependant, certaines capacités peuvent être correctement préservées ; cette évolution cognitive variant selon les individus, en fonction de leur pathologie, de leur personnalité, de leur niveau intellectuel, etc. Les facteurs environnementaux et comportementaux sont également à prendre en considération.

1.1.3. Le vieillissement psycho-affectif

1.1.3.1. L'isolement social

Il a longtemps été habituel d'associer l'âge de la retraite à l'entrée dans la vieillesse. Avec la confirmation de l'étymologie du terme « retraite », qui signifie : repli, isolement, la personne âgée mise à la retraite assiste bien à sa mise à distance du monde. Ceci a pour effet d'accélérer encore davantage le processus de sénescence, par manque de stimulations, de motivations.

« A l'heure où règne un véritable culte de la jeunesse et de la beauté, le corps vieillissant sonne comme une véritable condamnation à mort. » (CARON R., 2000, p.103)

Nous vivons actuellement dans une société qui valorise la beauté, la vitesse, la mobilité, la rentabilité. La personne âgée est ainsi confrontée à l'image dévalorisée de la vieillesse et par conséquent à une mauvaise image d'elle même.

Pour tout sujet ayant travaillé, la retraite est en premier lieu une expérience concrète de réaménagements temporels, spatiaux et sociaux. Des lieux régulièrement fréquentés cessent ainsi de l'être du jour au lendemain. Le temps est redécoupé. Le passage à la retraite impose, dans certains cas également, une redéfinition du mode de vie avec le conjoint. L'environnement et le lieu de vie se modifient ; les échanges sociaux se raréfient. Par la suite, l'isolement augmente avec la perte des proches de la même tranche d'âge.

Depuis les années 1970, la personne âgée est de plus en plus systématiquement placée en institution. Avant, la vie au sein du foyer familial lui donnait une raison d'exister qui disparaît en institution. Celle-ci donne à la personne âgée le statut de personne dépendante, ce qui lui permet de se conforter dans son laisser-aller ou dans sa pathologie.

Le vieillissement ne doit pas être considéré comme une maladie, il s'agit de l'évolution normale de chaque être humain. C'est « *un processus irréversible qui s'inscrit dans le temps. Il débute dès la naissance et s'achève avec la destruction de l'individu.* » (MESSY J., 1994, p. 22) Mais, bien souvent, à ce moment de l'existence, de nombreuses affections se manifestent. On nomme cela polypathologie du vieillissement.

1.1.3.2. Les réactions face au vieillissement

L'isolement social, la diminution des performances physiologiques et physiques, la prise de conscience de celles-ci, l'apparition de douleurs et les limitations fonctionnelles, peuvent avoir un retentissement considérable sur la psychologie de la personne âgée. Elle peut se sentir abandonnée par ses proches, inutile à la société.

Le ralentissement psychomoteur se traduit par une perte de l'élan vital, de l'intérêt pour soi et pour les autres. Il est à la fois intellectuel et affectif. Il peut être causé par l'âge, mais également par la dépression. On peut retrouver, par exemple dans la dépression, la marche soudée les bras le long du corps, la lenteur du débit verbal, la tête et le regard orientés vers le sol.

En effet, la vieillesse est une période propice aux états dépressifs, de par le vécu de pertes affectives, sociales, et corporelles. Néanmoins, « *L'humeur dépressive est souvent banalisée par les proches. Nous trouvons normal que la personne âgée s'ennuie et soit démotivée, qu'elle soit lente, un peu triste.* » (DUQUENOY SPYCHALA K., 2002, p.21). Pourtant, l'âge ne constitue pas en lui-même un facteur de prédisposition à la survenue d'un état dépressif.

Le modèle analytique situe la dépression à l'origine de l'écart qui se creuse entre le niveau des performances du sujet et les exigences de son Idéal du Moi. En vieillissant, le sujet âgé est inéluctablement en difficulté croissante pour le satisfaire. L'installation d'une dépression est à craindre dans le cas où l'Idéal du Moi prédomine dans l'organisation psychologique. Les structures narcissiques sont les plus menacées. La dépression s'exprime par la baisse de l'estime de soi, un sentiment douloureux d'infériorité associé à de la culpabilité.

De la tristesse, de l'anxiété, des troubles de l'humeur, ainsi que des troubles somatiques sont habituellement observés.

Indépendamment de toute interprétation psychologique, le sentiment de vide intérieur et corporel est souligné par tous les auteurs (de même que par certains patients concernés par la dépression).

Le sujet se dégradant physiquement et psychiquement peut se laisser mourir en dépit des efforts thérapeutiques. Il s'agit du syndrome de glissement. Ce syndrome met en évidence la théorie de la pulsion de destruction ou pulsion de mort : il y a la volonté, le désir de mettre un terme à la vie. C'est un équivalent suicidaire.

Quand un individu est malade et dépendant des autres, l'estime de soi est considérablement amoindrie ; il est donc important, pour la personne âgée, d'être considérée et de faire l'objet de l'attention de son entourage. Le premier signe d'attention est de regarder. Savoir qu'on est regardé devient presque essentiel pour le psychisme. Le regard de l'autre posé sur soi est non seulement agréable, mais encourage également à supporter son fardeau et à participer aux soins pour qu'ils se déroulent le mieux possible.

Le « corps-douleur » devient le principal sujet de conversation des personnes âgées entre elles. Certaines supportent mal l'entrée en établissement spécialisé ou en maison de retraite, la perte du conjoint, d'un proche, et se laissent complètement aller. Elles négligent leur corps, refusent de faire leur toilette, de s'habiller, de se coiffer, et également de se déplacer. La personne âgée perd l'appréciation globale de son corps. Elle a un sentiment de dévalorisation par rapport à ce qu'elle a été.

Le « corps-plaisir » est totalement nié dans son discours. La confiance en ce corps changeant est également très altérée.

En vieillissant, les individus mettent fréquemment en place des comportements de déni et de dénégation :

- la dénégation « *consiste à faire comme si une pensée n'existait pas en nous, alors qu'elle est présente ou qu'elle a été présente dans notre esprit.* » (FERREY G., LE GOUES

G., 1989, p.9). Quand elle émerge, elle n'est pas reconnue comme étant nôtre. On croit n'y avoir pas pensé. La plupart des sujets très âgés disent qu'ils ne pensent pas à la mort, qu'ils ne se projettent plus dans l'avenir.

- le déni : c'est une défense contre la réalité extérieure. C'est le refus de reconnaître une perception. Au cours du vieillissement, c'est au sujet du corps que le déni fonctionne le plus souvent. Pour l'appareil psychique, le corps est de l'ordre de l'extérieur. Aussi les dénis portent le plus souvent sur le déclin des fonctions et des aptitudes.

Ces mouvements de défense sont à la fois conscients et inconscients.

1.1.3.3. La notion de perte

Dans son livre *La personne âgée n'existe pas* (1994), Jack MESSY s'attarde sur cette notion complexe qu'est la perte, pour le sujet vieillissant. Selon lui, il paraît nécessaire d'associer les notions de perte et d'acquisition pour définir avec davantage de rigueur le vieillissement.

Le terme de vieillissement est habituellement défini comme étant l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort. Il renvoie d'ailleurs à deux notions antonymes :

- celle relative à l'idée d'usure, d'affaiblissement,
- celle qui évoque la bonification, la maturation.

Le vieillissement exprime donc bien, à la fois, une idée de perte et une idée d'acquisition.

Il faut partir du principe que l'expérience de la perte ne se réalise que sur quelque chose d'acquis. Ces acquisitions se produisent tout au long de la vie. Elles sont possibles

grâce à l'évolution du narcissisme : par l'investissement des objets extérieurs. Le Moi se constitue grâce aux investissements extérieurs.

A la naissance, l'enfant ne se distingue pas de la réalité extérieure. Sa mère est une partie de lui, comme le sein ou le biberon. Le premier mode de satisfaction des pulsions* est donc auto-érotique. C'est l'époque où il se croit tout puissant. Ce mode de fonctionnement caractérise le narcissisme primaire. Puis, l'enfant fait l'expérience du manque. Il va apprendre à se construire grâce à l'influence du monde extérieur. Cet investissement des objets extérieurs, opérationnel tout au long de la vie, correspond au narcissisme secondaire. Il va permettre au sujet de se sentir bien dans sa peau, d'avoir un sentiment de cohésion de soi.

Pour faire un lien avec le narcissisme, on peut dire que « *le terme de perte évoque d'emblée la disparition des objets par nous investis* » (MESSY J., 1994, p. 26). Certes, la perte est caractéristique chez le sujet âgé, mais en réalité, elle est présente tout au long de la vie. Par contre, ces pertes vont augmenter avec l'âge. Chronologiquement, on peut noter, entre autre : la séparation des enveloppes fœtales, la chute des dents de lait, la perte de l'objet d'amour primaire, la perte des cheveux, la retraite, la perte d'un proche.

Le Moi est constitué des images des objets investis. Lorsqu'un proche disparaît, c'est une perte. La relation du Moi à l'objet est marquée par le deuil. La libido* investie dans l'objet va se retirer. Il s'agit de la perte de la partie de l'autre qui constituait un trait du Moi. En vieillissant, la répartition de la libido, entre le Moi et l'extérieur, peut ainsi se modifier.

On peut conclure à un état de vieillesse lorsqu'il se produit davantage de pertes que d'acquisitions dans la vie du sujet, quand le deuil d'une perte devient impossible. L'association de phénomènes biologiques, d'événements sociaux peut entraîner une blessure narcissique qui atteint l'idéal du Moi, et précipite le désinvestissement de soi-même et la survenue de la mort.

Cette réflexion concernant la perte suggère l'existence d'un temps de mal-être attendu chez l'âgé, une notion d'échecs potentiels. Hormis quelques rares images plus positives, la vieillesse est ainsi présentée sous l'angle de la perte et de la dépréciation. C'est notre société actuelle qui veut que le vieillissement garde uniquement le sens péjoratif de sa définition. Actuellement, le vieillissement n'est abordé qu'en terme de perte. En réalité, c'est un processus marqué par une suite de pertes et d'acquisitions ; acquisitions représentant ce qui amène à pallier les pertes devenues prévalentes dans la vie du sujet, tout ce qui est susceptible de lui apporter un peu de bien-être, un peu de positif.

1.2. La communication

1.2.1. Définition

« La communication est l'acte d'établir une relation afin de partager un message, une information, une idée, une émotion, un affect avec autrui par des moyens verbaux, écrits, corporels, tactiles ou audiovisuels. » (KHOSRAVI M., 2003, p. 33)

La communication est souvent décrite comme étant « *le processus de transmission d'un message d'un émetteur à un récepteur à travers un média* » (internet : article de l'Encyclopédie Libre de Wikipédia). Lorsqu'il y a communication, plusieurs étapes peuvent être distinguées :

- *l'intention* représente le désir d'adresser des idées ou des décisions. Elle peut être inconsciente ou dissimulée : un patient peut demander l'heure à laquelle il sera opéré, en espérant être rassuré ;
- *le message* est l'information que le sujet veut transmettre ;
- *l'émetteur* est la personne qui envoie un message ;
- *les parasites* sont les éléments qui altèrent la communication et gênent la compréhension du message. Ils peuvent de nature physique (bruit environnant), psychologique (préjugés) ou sémantique (signification mal comprise) ;
- *le récepteur* est la personne qui reçoit le message ;
- *le décodage* est le travail effectué par le récepteur pour comprendre le message ;
- *la rétroaction*, ou feedback, est la réponse du récepteur à l'émetteur. Cet élément est essentiel, sinon la communication est interrompue. La rétroaction sert, suivant les cas, à confirmer ou infirmer la réception du message, demander des précisions, relancer ou terminer la discussion.

C'est le contexte qui donne le sens de l'échange.

« L'information est statique, la communication est la dynamique de l'information. Pour utiliser une métaphore, un film est à la communication ce qu'une photo est à l'information. L'information est fixe, la communication est un mouvement d'informations. »
(Ibidem)

Une bonne communication nécessite tout d'abord l'existence d'une relation. Elle permet d'exprimer des émotions, d'écouter les autres et de partager des informations. Elle facilite aussi l'adaptation à un environnement et atténue l'isolement social ainsi que la dépression.

La communication est un processus inné. Effectivement, depuis sa naissance, l'individu communique,... d'abord par ses gestes et ses mouvements (communication non-verbale), puis progressivement par l'usage de la parole (communication verbale). Par contre, les principes de la communication sont étroitement liés à l'environnement au sein duquel le sujet vit ; la communication s'établit dans l'échange, dans la relation. Communiquer répond aux besoins de base de tout être humain.

1.2.2. Les débuts de la communication

Les compétences que développe le nouveau-né sont un moyen pour entrer en communication avec sa mère. Pendant la grossesse, une communication s'est déjà installée entre le fœtus et ses parents, par l'intermédiaire du toucher, des caresses, de la voix,...

A la naissance, l'enfant a déjà commencé le dialogue avec sa mère et le monde extérieur depuis plusieurs mois. La communication se fonde sur une relation de proximité et de langage. Le corps de l'enfant et celui de sa mère (peau, odeur, voix, etc.) jouent un rôle essentiel dans l'établissement de cette relation. Les capacités sensorielles de l'enfant à terme (et même dès avant la naissance) lui permettent de reconnaître certains signaux en

provenance de la mère et d'en émettre lui-même que la mère pourra entendre et apprendre à reconnaître.

C'est bien par et avec son corps (toucher, goût, odorat, audition et vision) que le bébé communique en premier. Le toucher est le premier langage qu'il va comprendre, cependant le dialogue peut s'instaurer à travers plusieurs canaux : le portage, le bercement, le regard, le sourire, la parole, les différents soins et la manipulation.

Si la peau est l'organe du tact et du toucher, elle est aussi l'enveloppe protectrice du corps et amène de multiples informations (pression, température, humidité,...) concernant le monde extérieur. La peau est un lieu d'échange et de communication. Elle relie les diverses parties du corps entre elles.

Pour conclure, CONDORCET (cité par J. SALOME, 2000, p.8) résume : « *Le toucher est à l'origine du contact, le contact appelle les caresses, la caresse permet l'attachement, l'attachement déclenche le discours, le discours ébauche la communication, la communication ouvre les portes de la socialisation.* »

1.2.3. Les différentes formes de communication

1.2.3.1. La communication verbale

La communication verbale est faite de signes linguistiques. Cela implique une langue, ou plus généralement un langage. Il existe plusieurs moyens de communication verbale tels que l'écriture, le langage des sourds et la voix.

Le langage est le système privilégié de communication utilisé par l'être humain. Mais celui-ci est souvent accompagné de gestes, d'attitudes, de mimiques, qui donnent une intensité particulière au discours.

M. AK. HALLIDAY (cité par RONDAL J.A., 1989, pp.26-27) a évoqué, en 1975, sept fonctions de la communication verbale. Je n'en retiendrai que trois, qui me semblent essentielles auprès des personnes âgées :

- interactive : entrer en relation avec autrui ;
- personnelle : viser à l'expression de soi, des opinions et des sentiments, montrer une certaine conscience de soi ;
- informative : communiquer une pensée, une donnée à autrui.

1.2.3.2. La communication para-verbale

Elle passe par la parole. Néanmoins, ce qui la caractérise n'est pas le contenu du discours, mais la manière dont est réalisé ce discours. Communiquer sur le mode para-verbal implique en réalité une sensibilité à l'analyse de la voix. Le sens du message est compris suivant:

- la force de la voix,
- le rythme de la voix,
- la hauteur de la voix,
- la vitesse d'élocution.
- l'intonation de la voix. Elle peut être douce et familière lors d'une relation amicale, ou au contraire, sèche pour faire des reproches,... Il est nécessaire de soigner le timbre de la voix pour que les paroles soient convaincantes. Parfois, une phrase positive du genre:

"Oui mamie, bien sûr que je t'aime" peut ressembler bien plus à une insulte quand elle est prononcée avec une voix distante, indifférente, ou froide. Le ton de la voix reflète les émotions qui accompagnent les mots.

Les patients âgés sont très sensibles à ce type de message.

1.2.3.3. La communication non-verbale

Cette partie va être davantage détaillée car la communication non-verbale est un moyen d'expression particulièrement utilisé par les sujets âgés. « *C'est par les yeux qu'ils disent les choses, et ce que j'y lis m'éclaire mieux que les livres.* » (BOBIN C., 1999, p.31)

« Le langage non-verbal a été notre premier moyen de communication, mais il a été recouvert depuis longtemps par l'usage de la parole, dont on sait qu'elle a été donnée à l'homme autant pour déguiser sa pensée que pour l'exprimer » (internet, site de l'association Logicom).

Cela n'empêche pas que tout ce qui est de l'ordre du sentiment, du désir, des besoins fondamentaux, passe encore beaucoup, aussi bien pour nous-mêmes que pour les personnes dont nous nous occupons, par le langage du corps.

La communication est qualifiée de « non-verbale » quand elle est basée sur la compréhension implicite de signes linguistiques, dépendant souvent de la culture, comme les gestes, les couleurs, ou les odeurs, non conceptualisés par un langage.

Autrement dit par J. CORRAZE : « *c'est l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus vivants n'usant pas du langage ou de ses dérivés non-sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc.)* » (CORRAZE J., 1980, p.15).

La communication non-verbale peut s'exprimer par une multitude de facteurs qui correspondent, pour la plupart, aux manifestations corporelles des émotions :

- La face : Le visage a une place prépondérante dans notre communication. Il permet de repérer six émotions fondamentales, reconnaissables dans le monde entier : la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse et le dégoût. Elles s'expriment par l'intermédiaire du sourire, du regard, des mimiques. Le sourire reconforte avant toute chose. Il incite à la convivialité. « *Les mimiques sont l'expression de la pensée par le jeu de la physionomie ou par le geste, accompagnant ou remplaçant le langage parlé.* » (Dictionnaire fondamental de la psychologie, 1997, p.778). La mimique est intimement liée aux émotions. Le regard est le premier geste de rencontre. Il permet d'avoir un ressenti de l'autre lorsque la communication verbale est restreinte ou absente. Regarder quelqu'un, c'est lui accorder de l'importance.
- Le toucher : ce facteur de communication non-verbale sera développé par la suite, car il est un des fondements de mon expérience clinique. Toutefois, le toucher actif, lié à l'exploration, est à distinguer du toucher passif, qui correspond au fait d'être touché.
- La proxémie : E.T. HALL (1971) a développé ce concept dans son livre *La dimension cachée*. Il démontre que les personnes issues de cultures différentes ont des proxémies radicalement différentes ; c'est-à-dire des perceptions différentes de l'espace, du corps, du mouvement ou des interactions de l'autre. HALL, avec ce concept, révèle l'existence d'un code sur le modèle de celui du langage, auxquels tous les membres d'une même culture se réfèrent consciemment ou non. Si une personne se place à 50 cm d'une autre avant même d'avoir parlé, elle communique déjà quelque chose. Cette même distance, dans une autre culture, pourra avoir une toute autre signification. A cela s'ajoute le fait que la distance entre deux individus varie également en fonction de la relation qu'ils entretiennent.

- Les réactions de prestance : elles s'inscrivent dans la catégorie des manifestations tonico-émotionnelles, qui représentent des troubles de la régulation émotionnelle mettant en jeu le tonus. Les réactions de prestance sont l'expression d'un flux émotionnel incontrôlable. Elles additionnent l'aspect affectif et tonique en réaction à une situation anxiogène pour le sujet. Elles correspondent à une inadéquation de l'adaptation relationnelle dans ces éléments tonico-moteur, postural, gestuel ou mimique. Elles sont observées dans les situations d'examen ou sensibilisées par une mise en situation difficile.
- Le dialogue tonique : sur le plan chronologique, le dialogue tonique précède le dialogue verbal. Le psychologue H. WALLON a, pour la première fois, décrit la relation tonico-émotionnelle entre la mère et l'enfant. Il explique que le premier dialogue est corporel ; il se fonde sur la tension musculaire qui a valeur de communication. Dans le cas d'une personne âgée détériorée par exemple, donc en déficit de relation, il faut être attentif aux signaux corporels qui ont une valeur de communication. Le dialogue tonique correspond au dialogue corporel lié au tonus du thérapeute et à celui du sujet âgé.
- L'attitude : nos attitudes peuvent communiquer aussi bien nos affects et nos émotions positives que nos colères, notre mécontentement, nos peurs et notre tristesse. La communication de nos affects reste possible, même quand plus aucun échange verbal n'est possible. Elle est un mode expressif de communication. Notre corps nous révèle.
- La posture : « La posture est définie par la position de parties du corps, ou de ses parties, par rapport à un système de repères déterminés. » (CORRAZE J., 1980, p.143)
La posture peut traduire l'état émotionnel ou affectif du sujet, par exemple : enroulement des épaules, épaules surélevées, inclinaison du tronc ou de la tête d'un côté, etc. Il existe quatre postures physiques qui génèrent des attitudes différentes: l'extension (attitude de domination ou de quant à soi), la contraction (attitude de soumission), vers

l'avant (attitude de partage et d'ouverture aux autres), vers l'arrière (attitude de fuite et de crainte).

- Les gestes: « *Le geste peut se définir comme un mouvement ou une série de mouvements déterminés par une certaine intentionnalité. Ce mouvement (conscient ou inconscient) est interprétable par celui qui l'observe, il prend un sens que l'exécutant n'a pas forcément donné. Il a donc valeur de communication et d'expression.* » (CARRIC J.C., 2000, p.75) Jean BERGES (cité par Christian BALLOUARD, 2003, p.54) distingue trois sortes de gestes :

- le geste manière de dire, un vocabulaire gestuel ;
- le geste manière de faire, un geste-action qui vise l'efficacité ;
- le geste manière d'être, qui nous échappe et nous dévoile, révélateur de la personnalité.

« [...], le langage des gestes est complexe. La coordination de certains mouvements traduit nos états d'âmes et suffit à exprimer souvent ce que nous ressentons de l'intérieur. » (DUQUENOY SPYCHALA K., 2002, p.69)

Les gestes peuvent être utilisés en complément de la parole afin de mieux nous faire comprendre. Ils dépendent de la culture et de l'éducation de chacun. En effet, un geste inapproprié peut troubler la communication avec le malade. Par exemple, dans certains pays de l'est, lever son pouce est un geste grossier; or en France, il signifie "beaucoup", "très bien".

« *Birdwhistell, l'un des pionniers dans l'étude des comportements "non-verbaux", estime qu'au cours d'une conversation courante les comportements proprement linguistiques véhiculent moins de 35% de la "signification sociale de la situation", plus de 65% étant exprimés de façon non-verbale.* » (Internet, www.sciences-arts.org)

La communication non-verbale peut être effectuée de façon active ou de manière passive et non volontaire.

Les mimiques, les postures, les gestes, etc., envoient des messages parfois à notre insu. Une personne voulant cacher sa tristesse ou ses douleurs peut être trahie par l'expression de son regard, par sa voix, par son teint ...

Le langage verbal permet de tromper l'interlocuteur concernant ses propres émotions, ses sentiments, mais le langage du corps ne peut pas falsifier ce que l'on ressent vraiment. Etre conscient des manifestations de la communication non-verbale, et utiliser cette dernière, permet d'enrichir nos capacités à communiquer.

Même quand on ne communique pas (dans le langage courant), c'est une forme de communication. PELICIER (cité par FAGHERAZZI-PAGEL H., 1993, p.116) le confirme :
« Dans tous les cas, le silence peut être communication, mais il ne l'est que dans la relation : le silence, dans la solitude, c'est la mort. »

De nombreuses études posent le primat de la communication non-verbale. La communication des nourrissons est exclusivement non-verbale: le contact avec le sein maternel ou avec la tétine, les caresses, les bercements, l'ensemble des manipulations concernant l'alimentation et les soins de toilette. Même après l'apparition du langage, l'enfant, comme l'adulte, continue d'utiliser largement les moyens non-verbaux de la communication, dans la mimique, la gestuelle, la posture, l'attitude corporelle, la démarche, l'allure, le choix vestimentaire, etc. En fait, la communication non-verbale est la seule qui soit utilisée (consciemment ou non) à tous les stades de la vie et dans toutes les situations, contrairement à la communication verbale qui devrait donc apparaître comme secondaire.

La communication non-verbale, aussi importante qu'elle soit, ne doit pas remplacer la communication verbale mais la compléter. En effet, quelque soit l'état de santé du patient, il faut continuer à lui parler et à verbaliser tous les actes qu'on effectue sur son corps. Ce comportement permet de rassurer le patient pendant les actes de soins. Il permet également de maintenir son identité d'être humain, la parole faisant la spécificité de l'espèce humaine.

1.3. Les difficultés de communication chez la **personne âgée**

1.3.1. Etiologie

1.3.1.1. Lors d'un vieillissement dit classique

Lors d'un vieillissement classique, sans pathologie particulière, les déficits sensoriels amènent des difficultés de communication, et donc fréquemment, une réduction de la communication. En effet, les sens sont le support organique et psychologique de toute communication.

Aussi, beaucoup de sujets âgés vivent avec difficulté un isolement sensoriel. Dans ces cas, les appareillages adaptés ont toute leur importance : dentiers, sonotones, lunettes ... car « *la négligence concernant ce type d'appareillage peut conduire à des effets psychiques gravissimes chez celui qui aura encore perdu quelque chose de ce qui constituait l'image qu'il se faisait de lui-même: il peut perdre définitivement sa propre estime.* » (Op.Cit., p.58)

La retraite, les défauts de stimulation, les troubles de la marche, ... sont autant de facteurs qui mettent la personne âgée à l'écart, l'isolent, et qui contribuent donc aussi au déficit de sa capacité à communiquer. A cela peut se surajouter la perte d'autonomie, diminuant ainsi les déplacements ainsi que les possibilités de communication avec autrui.

1.3.1.2. Suite à une pathologie, un accident

Chaque pathologie ou accident retentit de façon spécifique sur la capacité à communiquer. Aussi, vont être présentés uniquement les cas dont il sera question par la suite, à savoir la démence de type Alzheimer et l'hémiplégie résultant d'un accident vasculaire cérébral.

- La démence de type Alzheimer :

La maladie d'Alzheimer est de nature neurodégénérative. Elle se traduit par des lésions spécifiques de l'encéphale : une apparition de plaques séniles*, une dégénérescence neurofibrillaire*, et une atrophie corticale. La démence de type Alzheimer est caractérisée cliniquement par le développement progressif d'une démence où dominant des troubles de la mémoire, des troubles phasiques, praxiques et gnosiques, une désorientation temporo-spatiale, une hypertonie musculaire, un trouble de l'humeur avec agitation motrice.

Cette définition facilite la compréhension des difficultés de communication rencontrées par une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer :

- au fur et à mesure, l'identité corporelle du patient se désagrège en même temps que son schéma corporel. Il aura d'autant plus de difficultés à verbaliser ses émotions que sa maladie évolue,
- les déplacements du sujet ne seront plus contrôlés,

- l'apparition progressive d'une aphasie va l'amener à ne plus comprendre et à ne plus se faire comprendre verbalement ; il participe de moins en moins aux conversations,
- la fluidité de pensée, la pensée abstraite, et la capacité de décision sont affectées. Quand la maladie a beaucoup progressé, il n'y a plus d'image mentale.

- L'hémiplégie :

« L'hémiplégie est la paralysie d'un côté du corps. Elle est généralement provoquée par une lésion d'une des aires motrices du cortex cérébral (Accident Vasculaire Cérébral). Etant donné que la motricité est croisée, cette paralysie atteint le côté opposé du corps par rapport à l'hémisphère qui a subi la lésion. » (MARIEB E.N., 1999, p. 449)

Une dégradation de l'aisance corporelle du sujet va se produire de même qu'une diminution de ses déplacements (voire une impossibilité à se déplacer). En fonction du lieu de la lésion cérébrale lors d'un A.V.C.*, la communication par la parole peut devenir difficile. Cette atteinte n'empêche pas pour autant la communication non-verbale de s'exprimer.

A ces conséquences physiques s'ajoute l'impact psychologique provoqué par ce changement brutal d'état de santé général.

Si les personnes âgées institutionnalisées sont privées d'un bain de langage qui amène une certaine gratification narcissique, on court le risque de les enfermer peu à peu dans un monde muet. La raréfaction du langage parlé peut être une conséquence, mais aussi une cause de la carence relationnelle.

Aussi, le rôle de la communication verbale est essentiel, il y a tout intérêt à continuer de leur parler et à les encourager à le faire. Cependant, nous devons soigner notre manière de parler:

- Faire attention aux déficits sensoriels tels la vue et l'audition,
- Surveiller la position de notre propre corps, se placer face au sujet et à sa hauteur,

- Employer des formules de politesse et de revalorisation,
- Articuler, ne pas crier ni utiliser un ton infantilisant, réaliser des phrases positives et affirmatives, employer des mots simples, utiliser une intonation adaptée à la discussion,
- Respecter leur rythme et leur déficience.

Même si la maladie modifie l'affectivité et la possibilité de communiquer verbalement, il faut considérer que, jusqu'à un stade avancé, le malade peut communiquer à sa façon. Aussi, est il très important de prendre en compte toutes les informations qui émanent de la communication non-verbale.

Bien souvent, chez les sujets âgés, les somatisations sont nombreuses et correspondent à une forme de parole. Ce langage du corps doit être pris en considération.

1.3.2. Les conséquences

« La réduction de communication qu'ils subissaient pouvait les entraîner à décompenser leurs fonctions vitales : ces pertes de stimulations afférentes peuvent être la cause d'une dépression, d'une anorexie, d'un refus et donc d'une immobilisation prolongée, d'une grabatisation. » (FAGHERAZZI-PAGEL H., 1993, p.57)

1.3.2.1. La régression

Elle consiste en un retour à un stade antérieur au développement atteint par le sujet jusqu'à l'attaque. La régression ne se rencontre pas seulement chez les enfants qui cessent, par exemple, d'être propre après l'arrivée d'un petit frère. Elle peut se manifester dans tous

les modes expressifs, comportementaux ou encore libidinaux des sujets, quel que soit leur âge.

« *Les régressions massives font penser à des moyens archaïques de lutter contre l'angoisse de mort.* » (FERREY G., LE GOUES G., 1989, p.5).

En cas d'arrêt de la mentalisation, comme à la suite d'un accident vasculaire cérébral, le malade cherche souvent des qualités premières comme la chaleur d'un lit, le silence, la pénombre, où il renoue avec une jouissance primitive : celle de la tranquillité à fonctionner à l'abris du monde. Ces mouvements régressifs représentent aussi quelque chose de salutaire, de réparateur.

1.3.2.2. Le repli

Le repli est représenté par « ce malade tourné vers le mur », ce malade qui ne veut plus communiquer, qui n'a plus d'énergie à investir dans les relations avec les autres et dans la lutte pour la vie. Son attitude est inquiétante. Il subit une nouvelle répartition de l'énergie libidinale qui exclut l'autre.

1.3.2.3. L'agressivité

En raison de la faiblesse du Moi, de la rigidification des mécanismes de défense, et de la rareté des messages d'amour, les sentiments agressifs peuvent émerger de façon anarchique, d'autant plus si le milieu est frustrant. Elle se manifeste lorsque le Moi se sent menacé, persécuté, et que la quête affective ne trouve pas d'écho rassurant. L'agressivité peut être dirigée contre n'importe qui. Elle permet la mise à distance des affects dépressifs

car le sujet projette hors de lui, la partie dépréciée de lui-même ; il apparaît alors un mauvais objet à l'extérieur de soi. Ceci permet de faire l'économie d'une dépression.

1.3.2.4. La dépression

La prise de conscience de son état de santé général, de la perte de certaines capacités motrices, ... peut amener la personne âgée à faire une dépression (cette notion a été expliquée précédemment).

1.3.2.5. La frustration

Ce sentiment peut se rencontrer chez le sujet âgé qui aimerait communiquer avec quelqu'un, mais qui ne parvient pas à se faire comprendre. Mais la frustration peut également affecter les soignants, l'entourage du patient. Ces derniers aimeraient pouvoir dialoguer avec le patient mais ne le comprennent pas et/ou ne parviennent pas à se faire comprendre. On se rend compte alors que d'autres moyens de communication sont envisageables ; la communication par la parole étant désormais impossible.

Cette dernière remarque à propos des différents moyens de communication existants amène la présentation d'une partie concernant le toucher thérapeutique ; outil très utilisé, comme moyen de communication, avec les patients âgés de l'unité de Long-Séjour.

1.4. La communication par le toucher

1.4.1. *La peau*

La peau contient 50 récepteurs par centimètre carré. Elle est une enveloppe protectrice, d'échanges, et de contact, qui reçoit des informations et les transmet. Elle est le premier organe à se former (dès la huitième semaine de vie intra-utérine). A la naissance, le toucher est le seul sens mûr et achevé, le bébé reconnaîtra sa mère grâce au premier contact de sa peau après la délivrance. Le toucher est le dernier sens à disparaître.

La peau est un organe sensoriel d'une grande importance. Elle remplit aussi d'autres rôles essentiels : elle a un rôle protecteur contre les agressions extérieures diverses (rayonnements, chocs, microbes, etc.), elle remplit une fonction de soutien du squelette et des muscles. Elle est la frontière qui garantit l'intégrité du corps. Elle marque la limite entre l'extérieur et l'intérieur. La peau est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui.

Chez le sujet âgé, cette enveloppe corporelle désormais plissée, ridée, ayant perdue son élasticité, devient un contenant aux limites devenues floues et incertaines pour le corps.

D. ANZIEU a décrit, en 1984, l'hypothèse de l'existence du concept du Moi-Peau, qui illustre le fait que toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique. Bien qu'il y en ait davantage, les trois fonctions principales du Moi-Peau sont :

- une fonction d'enveloppe contenant et unifiante du soi, figurée par le sac,
- une fonction de barrière protectrice du psychisme, figurée par l'écran,

- une fonction de filtre des échanges et d'inscription des premières traces, figurée par le tamis.)

« Par son apparence arborant rugosités, tâches roussâtres, rougeâtres, [...] la peau est souvent vécue comme une surface d'échange repoussante, voire honteuse, donc moins apte au dialogue du toucher, au plaisir. Or, plus que jamais le besoin de contact, voire d'agrippement est là... » (CALZA A., CONTANT M., 1993, p.180)

1.4.2. Le toucher thérapeutique

Le toucher thérapeutique est un outil de communication qui peut fonctionner avec tous les patients. Comme nous l'avons vu précédemment, le toucher est une forme de communication non-verbale.

« C'est une technique de relaxation par le massage qui traite l'enveloppe corporelle et les fondements de l'identité. » (TESSIER N., 1997, p. 4)

Le toucher thérapeutique s'intéresse aux interactions et à la relation humaine, sur le plan affectif. Il passe par le langage du corps. C'est une approche psycho-tactile car le toucher thérapeutique tente de confirmer l'autre dans son existence, par l'intermédiaire de l'établissement d'une relation, d'un contact tactile.

Le grand âge est une période propice à la vulnérabilité de certains organes sensoriels. Les pertes sensorielles et physiques que certains rencontrent, vont restreindre leurs possibilités d'investissement. Le sujet âgé, à une période où est réactivée la peur de perdre

le contact avec les autres, privilégie le toucher dans sa relation, dans un mouvement affectif de proximité. En général, avec l'avancée en âge, le besoin de contact s'accroît.

Le fait d'être touché apporte, certes, de nombreux bienfaits pour la santé. Mais, il ne faut pas oublier que le fait de toucher peut être aussi très important pour l'individu. Ce toucher là peut avoir un effet sédatif sur l'énerverment, diminuer l'anxiété, amener un bien-être général.

« Ils aiment toucher les mains qu'on leur tend, les garder longtemps dans leurs mains à eux, et les serrer. Ce langage-là est sans défaut. » (BOBIN C., 1999, p. 22)

Cependant, tout le monde n'aime pas forcément être touché. Nombreux sont ceux, notamment les personnes âgées ayant reçu une éducation différente de la nôtre, qui n'aiment pas être touchés par des inconnus, surtout si ces derniers sont de sexe opposé.

En aucun cas on ne doit toucher un patient lors d'une conversation avant qu'une relation amicale et confiante n'ait été établie. Sinon cela peut entraîner des résultats tout à fait décourageants et opposés à l'objectif de rapprochement.

Ensuite, l'acte de toucher doit véhiculer de l'affection, de la chaleur et des ondes positives qui traversent la peau et transmettent une amitié sécurisante au malade. Sinon, il peut être ressenti comme désagréable, froid, voire répugnant.

« Parler ou regarder sont deux autres formes du toucher. Il y a des regards qui effleurent, il y a des paroles qui touchent. Il y a des regards froids, des paroles chaleureuses... » (CARON R., 2000, p. 144)

1.4.3. *Les techniques utilisées*

Concernant les patientes qui vont être présentées par la suite, le toucher thérapeutique est l'outil fondamental qui m'a permis de rentrer en contact avec elles, d'élaborer les prises en charge, et de les faire évoluer.

En fonction des résidentes, de leurs besoins et de leurs attentes, je me suis inspirée d'éléments de plusieurs techniques :

➤ **Le toucher thérapeutique de Nicolas TESSIER** (1997, pp. 4-12)

Lors de la deuxième journée de psychomotricité en gérontologie (1997, pp. 5-6), Nicolas TESSIER a présenté une séance type de toucher thérapeutique, que j'ai utilisé tout au long de l'année :

- une phase de prise de contact : dont le but est de mettre la personne en confiance. Le contact doit se réaliser dans le calme et la douceur, par le regard, la voix, le toucher.

- une phase de relaxation avec des méthodes spécifiques : application de pressions légères qui permettent de restructurer les limites du corps ; le modelage et le lissage qui redonnent la sensation de volume du corps ; la mobilisation activo-passive.

- une phase d'immobilité : les tensions et les angoisses ayant cédées, le patient prend un moment de calme et de paix.

- la reprise : on utilise le lissage des contours du corps. Elle a pour but de remettre la personne en liaison avec son image du corps, qui a été reconnue, réunifiée, et revalorisée.

Cet outil thérapeutique peut contribuer à la détente du sujet et à son apaisement. De plus, j'ai été amenée à étudier les concepts de Validation et de la méthode Vittoz, dans le but de travailler sur mon état de présence auprès des patients lors des séances :

➤ **La Validation :**

Cette méthode a été mise au point par Naomi FEIL (1994), à partir de ses vingt années d'expérience auprès des personnes âgées. Cette technique d'aide aux personnes âgées apprend l'empathie*, l'écoute, la reconnaissance de l'autre, son acceptation et à le rejoindre là où il est. Elle fournit des outils de communication élémentaires à utiliser avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer. La Validation permet au thérapeute d'adapter son comportement à chaque patient, de manière à trouver le moyen de communiquer, le plus efficace pour lui.

➤ **La méthode VITTOZ**

Cette méthode de rééducation du contrôle cérébral a été mise au point par un médecin suisse : le docteur Roger VITTOZ. Il « *propose une méthode psycho-corporelle progressive visant à l'équilibre dynamique de la personne.* » L'expérience vittozienne développe :

- *l'état de présence* (à soi, aux autres tels qu'ils sont, au monde dans l'environnement), appelée « *La réceptivité consciente* »,
- *une attitude active* (par rapport à sa pensée, ses choix, ses émotions...), appelée « *L'émissivité contrôlée* »,
- *un sentiment de liberté* grâce aux attitudes nouvelles mises en place, telles que la découverte en soi de ressources insoupçonnées, le développement de l'imaginaire et de la créativité, la confiance et l'affirmation de soi.

Cette technique a d'abord un but de thérapie personnelle.

2. PARTIE CLINIQUE

2.1. Présentation de l'établissement

J'ai réalisé mon stage au sein d'un centre hospitalier, appartenant à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, dont l'activité est centrée essentiellement sur la gériatrie.

Cet ancien château fut racheté en 1883 par l'Assistance Publique. A partir de 1948, après la grande vague de tuberculose, l'hôpital s'oriente vers l'accueil des personnes âgées, qui est aujourd'hui sa mission principale.

Ce lieu dispose de 932 lits, répartis dans quatre services, ainsi que de quelques places à l'hôpital de jour et dans le centre de traitement des addictions.

Tout au long de l'année scolaire, j'ai essentiellement travaillé dans le bâtiment H, qui correspond à une unité de Long-Séjour, et bien qu'habituellement la psychomotricité ne soit pas représentée dans cette unité. Cette structure accueille 110 personnes (réparties sur quatre étages), dont le maintien à domicile n'est plus envisageable du fait de leur état de santé général (démence, dépendance physique, ...). Une présence continue auprès d'eux est indispensable, présence de surcroît spécialisée.

Pour réaliser au mieux ses objectifs d'accueil et de soins, une équipe pluridisciplinaire travaille en coopération au sein de l'unité :

- une équipe médicale, composée de 2 médecins,
- une équipe paramédicale et sociale (1 kinésithérapeute, 1 aide kinésithérapeute, 1 pédicure-podologue, 1 animatrice, 2 assistantes sociales, 11 infirmiers, et 41 aides-soignants),
- une secrétaire hospitalière,

- 4 agents hôteliers.

La nécessité d'une présence permanente de personnel implique des horaires de travail décalés. Dans cette unité, cinq professionnels (quatre aides-soignants et un infirmier) sont donc simultanément présents vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour 28 résidents environ.

2.2. Présentation des résidentes

2.2.1. Madame C.

2.2.1.1. Anamnèse

Madame C. est née le 22 décembre 1930 ; elle est actuellement âgée de 74 ans. Elle est célibataire et n'a pas eu d'enfant. Dans sa jeunesse, cette ancienne esthéticienne était très coquette et aimait beaucoup la danse. Elle vivait seule dans un appartement.

Depuis 1997, Madame C. est atteinte d'une démence de type Alzheimer. Elle est alors âgée de 67 ans.

En juin 1998, un malaise vagal avec chute l'amène à être hospitalisée. Lors du retour à son domicile, en août de la même année, elle fait un épisode de confusion.

Depuis février 1999, elle est aidée par une I.D.E. (Infirmière Diplômée d'Etat), ainsi que par une aide-ménagère, présente deux heures par jour.

En décembre 1999, alors qu'elle n'a que 69 ans, elle est évaluée en consultation externe par un médecin de l'hôpital, qui la fait hospitaliser dès le lendemain, au sein de l'unité S.S.R.

(Soins de Suite et de Réadaptation) pour « sa sécurité et celle des autres ». Il remarque, entre autre, l'installation de troubles du jugement, l'apparition de rires immotivés ; elle ne se concentre même plus sur la télévision.

En janvier 2000, le médecin l'informe de son état de santé et lui livre ainsi le diagnostic de « maladie de la mémoire ». Ceci est difficile à entendre pour Madame C. et la bouleverse.

Puis, l'état de Madame C. se dégrade rapidement: l'examen du M.M.S. (Mini Mental Score), en novembre 2000, révèle un score de 08/30.

L'aggravation progressive du syndrome démentiel rend désormais impossible le maintien à domicile, ce qui amène Madame C. à entrer, le 11 janvier 2001, dans l'unité de Long-Séjour, où elle réside actuellement.

Les nièces de Madame C. sont présentes. L'une d'elles, sa tutrice, insiste régulièrement auprès de l'hôpital, pour que l'on veille bien sur sa tante, particulièrement sur son aspect physique.

Sur le plan médical, Madame C. est atteinte de psoriasis, de cataracte* bilatérale, de diverticulose colique*, elle souffre d'arthrose* au genou droit, et a tendance à se déshydrater. On peut noter également la présence d'une dépression chronique. En juin 2003, des troubles de la statique (son axe corporel, atteint d'une déformation de type cypho-scoliose, est incliné vers la droite) sont apparus.

N'ayant pas supporté un médicament ralentissant le déclin cognitif (Aricept), prescrit en janvier 1999, elle est uniquement sous traitement antidépresseur (Seropram).

Certains bilans (psychométrique et neurologique) ont été réalisés lors de l'arrivée de Madame C. à l'hôpital, en 2000, mais aucune réévaluation n'a été faite depuis. Les conclusions qui ressortent de ces bilans ne sont plus révélatrices de l'état actuel de Madame C., du fait de l'évolution de sa maladie.

Résidente dans l'unité de long séjour, Madame C. ne bénéficie d'aucune prise en charge spécifique.

2.2.1.2. Bilan psychomoteur

Le 11 octobre 2004, des séances de psychomotricité ont été prescrites à Madame C. en raison de l'évolution de sa maladie.

Le bilan psychomoteur a été réalisé sur deux séances, le 18 et le 22 octobre 2004.

Souriante et coopérante, Madame C. est une femme élancée, âgée de 74 ans. Elle occupe ses journées en errant dans les couloirs, tout en déroband ce qui est à sa portée (vêtements, nourriture, objets personnels, etc.). Elle a atteint un stade avancé de la maladie d'Alzheimer. De ce fait, plusieurs items sont difficiles à évaluer. Pour cette raison, j'ai adapté le bilan en l'axant davantage sur de l'observation.

- Langage : L'existence d'une aphasie* rend la communication difficile. Le langage de Madame C. est pauvre, similaire à du babillage. Elle parvient cependant à simuler une conversation en se servant de la mélodie des phrases de son interlocuteur.

- Tonus : Les mobilisations passives révèlent des décharges toniques au niveau des membres supérieurs, ainsi que des paratonies de fond sur l'ensemble des quatre membres :

Madame M. accompagne les mouvements induits et les retient. La présence d'une stéréotypie est observée: gratter ou froisser sa jupe.

- Motricité : L'équilibre statique est bon, bien que l'axe de son corps soit incliné vers la droite. Il en est de même pour la marche. Ses pas sont petits et rapides; les pieds traînent; le ballant des bras est absent. Pourtant, la marche demeure stable. Madame C. aime danser et chanter. Concernant la motricité fine, le déliement digital est précaire.

- Image du corps : Madame C. n'apprécie pas son image dans le miroir. Lorsqu'elle s'aperçoit, elle crie « non, pas belle ».

- Praxies / Schéma corporel : Le dessin du bonhomme est impossible à réaliser du fait de l'existence d'une apraxie idéatoire*. Elle ne parvient pas à reproduire un geste sur imitation. Certains gestes de la vie quotidienne (manger, se frotter les mains l'une contre l'autre quand il fait froid, se laver les mains), automatisés, sont conservés. Elle n'est plus autonome pour la toilette ni pour l'habillage.

- Latéralité : Elle a une latéralité d'utilisation à droite.

- Organisation spatio-temporelle : Une désorientation spatio-temporelle est notable. Cependant, Madame C. est capable de retrouver sa chambre et sa place dans la salle à manger. Elle s'adapte bien au rythme de la musique.

- Fonctions supérieures : Madame C. présente une altération sévère de l'ensemble des fonctions supérieures.

- Capacités sensorielles : La vision de Madame C. est correcte. Elle est sensible et réactive à la musique. Elle apprécie le contact corporel et le recherche.

- Comportement : Madame C. ne respecte plus les règles de la vie en société. Son attitude (déambulations, vols, incompréhension) dérange les autres résidents, qui ont tendance à la rejeter. De jour comme de nuit, elle ne parvient pas à se poser ni à se reposer.

Conclusion : Madame C. a participé avec joie et de son mieux à la passation du bilan psychomoteur. Outre les troubles spécifiques liés à la maladie d'Alzheimer, tels que les troubles du schéma corporel, les troubles phasiques, les troubles de l'organisation spatio-temporelle, les troubles de l'attention et de la mémoire, il ressort du bilan que Madame C. possède une mauvaise image de son corps ; on peut parler de dévalorisation corporelle. Madame C. demeure cependant réceptive au toucher, à la musique, et à la danse.

2.2.1.3. Projet thérapeutique

Le bilan psychomoteur réalisé révèle combien une prise en charge en psychomotricité serait bénéfique à Madame C. Un suivi individuel (dans sa chambre) va ainsi lui être proposé, à raison de 2 séances par semaine de 45 minutes environ.

Les principaux axes du projet thérapeutique sont:

- Un travail sur la prise de conscience de l'axe corporel. En effet, si l'inclinaison de son axe augmente encore, des risques de chute seront à prévoir. Pour prévenir cela, nous travaillerons par l'intermédiaire de massages, de pressions au niveau dorsal, j'essayerai de

lui faire ressentir sa colonne vertébrale et sa posture. L'expression corporelle ou la danse pourrait être un médiateur intéressant pour travailler sur la symétrie du corps.

- La revalorisation de l'image du corps. En travaillant sur le réinvestissement de son enveloppe corporelle, par des soins du corps et du visage (massage, crème, maquillage, ...), Madame C. pourrait être amenée à redécouvrir son corps et à mieux l'accepter, voire l'apprécier. En tant qu'ancienne esthéticienne, un travail autour de l'hygiène et de l'esthétique pourrait lui plaire. Il ne faut pas oublier que Madame C. doit avant tout trouver du plaisir dans ses séances de psychomotricité.

Etant donné son attrait pour la musique, le chant et la danse, l'expression corporelle pourrait servir de support pour travailler le réinvestissement corporel.

- La mise en place, lors de chaque séance, d'un moment de relaxation, de calme. Ce temps serait un moment à elle, pour elle, un moment calme de détente corporelle (pour lui permettre de reposer son corps, en mouvement permanent) et mentale (essayer de faire diminuer son angoisse, qui s'exprime par la déambulation).

2.2.1.4. Evolution de la prise en charge

- le contenu des séances :

Les séances s'organisent en trois temps, qui reprennent chacun les trois points du projet thérapeutique.

- la relation :

Madame C. présente une aphasie. Sur le plan de la communication verbale, le début de la prise en charge n'a pas été évident pour moi, mais certainement aussi pour elle : elle ne comprenait pas ce que je lui disais et lui demandais ; je ne comprenais pas non plus tout ce qu'elle me racontait. Effectivement, Madame C. parlait beaucoup mais son langage m'était inconnu : elle « babillait ».

Lors de chaque séance, je sollicite Madame C. verbalement ; j'accompagne de mots tout ce que nous faisons. De plus, j'exagère volontairement les intonations de mes phrases de manière à ce qu'elle en saisisse mieux le sens, le contexte.

Au fil de la prise en charge, la relation a évolué. Je me suis mise à mimer mes paroles en espérant que la compréhension soit meilleure grâce à ce langage du corps. Quant à Madame C., elle s'est mise à employer l'imitation comme moyen pour communiquer. Actuellement, elle ne comprend toujours pas les consignes que je lui donne. Toutefois, à travers l'imitation, elle semble exprimer son désir de communiquer. Cette stratégie a favorisé l'installation d'une complicité au sein de notre relation.

Parallèlement, une amélioration de sa communication verbale est constatée: elle a investi le langage parlé, son discours est de plus en plus cohérent (réponses adaptées, phrases construites correctement, ...), les écholalies sont moins fréquentes. Parfois, elle continue à me raconter des choses avec sa façon à elle de s'exprimer. Peut-être est-ce un hasard, mais il lui arrive de répondre de manière adaptée à mes questions. Plusieurs études révèlent d'ailleurs qu'« un dément n'est pas vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans la démence ». Toujours est-il que pour la première fois, un mois et demi après le début de la

prise en charge, un véritable échange verbal a eu lieu : ce matin-là, je suis allée à la rencontre de Madame C., qui marchait dans un couloir « Bonjour Madame C., comment allez-vous ce matin ? » ; « Oh, ça va très bien » ; surprise par cette réponse, je n'ai pu lui dire que « et bien cela me fait plaisir que vous me disiez cela » ; et une fois encore, elle m'a répondu « et bah tant mieux ». Depuis, Madame C. s'exprime ponctuellement de façon plus compréhensible.

Sur le plan des praxies, Madame C. présente des troubles importants. Elle ne retrouve pas par elle-même l'utilisation primaire des objets que je mets à sa disposition. Elle a besoin que je lui montre la manière dont on s'en sert, avant d'être capable d'imiter ce que je fais. Mais ce n'est pas pour autant qu'elle s'en souviendra la semaine suivante, ni même à la fin de la séance.

La relation de confiance qui s'est installée, cette complicité, et certainement la meilleure compréhension que nous avons l'une de l'autre, a permis à Madame C. d'être plus expressive : elle affirme l'état dans lequel elle se trouve, ses humeurs : joyeuse, en colère, fatiguée. Elle révèle son besoin de contact : il est de plus en plus fréquent que Madame C. pose sa tête sur mon épaule, qu'elle me prenne par la taille, qu'elle me tienne les mains, etc. Madame C. est toujours coopérante et de plus en plus souriante. Le temps de la séance, elle s'ouvre au monde qui l'entoure. La régularité des séances et la répétition de leur contenu a permis de palier aux difficultés attentionnelles de Madame C.

- l'investissement corporel :

Le travail d'hygiène et d'esthétique réalisé tout au long de l'année n'a pas réellement permis à Madame C. de gagner en autonomie. Elle est capable de se laver les mains si je l'accompagne. En revanche, elle refuse encore catégoriquement de se laver les dents. Elle apprécie que je lui masse les mains avec de la crème. Au mois de décembre, j'ai proposé à Madame C. de se mettre de la crème sur les mains, dans le but qu'elle réinvestisse son corps par elle-même. Je lui ai montré sur moi comment il fallait s'y prendre. Certains gestes, automatisés, comme celui là, lui reviennent parfois. A propos de la crème, elle m'a d'ailleurs fait la réflexion suivante : « non ! c'est comme ça qu'on fait ». Petit à petit, j'ai invité Madame C. à appliquer elle-même de la crème sur son visage, en l'incitant à s'aider du miroir. Elle n'a encore jamais accepté. Le miroir est un bon outil pour observer l'évolution de l'image qu'elle a d'elle-même : alors qu'elle ne supportait pas, au début de la prise en charge, l'image renvoyée par le miroir, Madame C. est progressivement parvenue à s'y observer, mais toujours de façon indirecte.

Malgré le travail qui a été effectué autour de l'axe corporel, l'inclinaison de celui de Madame C. s'accroît dangereusement. Lors des premières séances, elle était capable, avec beaucoup d'efforts, de se redresser sur demande. Actuellement, elle ne le peut plus ; la déformation se fixe et cela devient trop douloureux. Pendant le temps de détente, au fauteuil, je suis désormais contrainte d'utiliser un oreiller pour caler Madame C., afin qu'elle ne s'affaisse pas sur le côté droit. Son équilibre est moins stable. L'équipe soignante m'a informée qu'il lui arrive depuis peu, lorsqu'elle déambule, de se cogner la tête dans les angles des couloirs, ainsi que dans les extincteurs qui s'y trouvent.

Lors de chaque séance, un temps, particulièrement apprécié par Madame C., est réservé à de l'expression corporelle en musique. Alors joyeuse, gracieuse et dynamique, elle se met à danser en rythme avec la musique. Elle reproduit habituellement les mouvements que je lui propose mais il lui arrive également d'introduire des pas de danse, que je reprends avec elle ; elle vient parfois à ma rencontre pour que nous dansions une valse. Ce moment lui permet de s'exprimer corporellement dans l'espace.

- la relaxation :

J'ai eu beaucoup de difficultés à introduire ce temps de calme pendant les séances. Au début de la prise en charge, je ne parvenais même pas à faire en sorte que Madame C. s'assoit dans le fauteuil, et encore moins à ce qu'elle daigne y rester. Cette position semblait l'angoisser, ce qui explique peut-être ses déambulations incessantes. Progressivement, l'accompagnement corporel et la réassurance ont facilité l'acceptation de la position assise. Ainsi, le toucher thérapeutique a été un élément essentiel contribuant à la détente de Madame C.

Au fur et à mesure de la prise en charge, Madame C. a bien investi les séances lors des relaxations proposées au fauteuil, dans un premier temps, puis allongée. Elle est très réceptive au toucher, qui l'amène à une détente (corporelle et psychique). De même, elle prend conscience et exprime parfois son état de fatigue. Elle est désormais capable de rester immobile un moment et s'autorise à se détendre. Familiarisée avec ces moments de relaxation, le dialogue tonique révèle que Madame C. se laisse aller. Les stéréotypies sont moins fréquentes. Ce temps calme se révèle surtout bénéfique l'après midi. Madame C. ne lutte plus, elle ferme désormais les yeux. Les décharges toniques sont nombreuses,

notamment au niveau des membres inférieurs ; sa respiration devient plus profonde ; ses jambes sont plus lourdes.

Le massage du visage favorise le sommeil. Cependant, concernant Madame C., le contact doit être continu pendant tout le temps que dure le toucher du corps entier si l'on veut que la détente s'installe et persiste.

Sans être induites, les reprises de Madame C. se faisaient brusquement : elle marmonnait une phrase sur un ton paniqué, se levait soudainement, et repartait déambuler dans les couloirs.

Actuellement, Madame C. s'endort systématiquement lors des moments de relaxation. Lors de son « réveil », qui se produit quand elle le souhaite, elle prend désormais le temps de rester assise un moment avant de se lever ; parfois, elle préfère rester se reposer dans son fauteuil. Apaisée, elle a les yeux dans le vague et « sourit aux anges ». Madame C. confirme que ces moments de repos, de calme, lui sont bénéfiques.

2.2.1.5. Conclusion

Pour l'instant, compte tenu de l'évolution positive de Madame C., le projet thérapeutique va rester le même : nous allons poursuivre la prise en charge en l'axant sur la prise de conscience de l'axe corporel, la revalorisation de l'image du corps et la détente.

Les membres de l'équipe soignante ont constaté une amélioration dans le comportement de Madame C. : elle est davantage dans la relation avec eux et elle reste à table plus longtemps au moment des repas. Ces observations ont permis à certains d'entre

eux de changer le regard qu'ils portaient sur cette patiente ; ils la considèrent davantage en tant que femme ayant des capacités et ayant envie de communiquer.

2.2.2. Madame M.

2.2.2.1. Anamnèse

Madame M. est actuellement âgée de 88 ans. Elle est née le 16 septembre 1916.

Elle a exercé la profession d'aide soignante.

Madame M. a eu une fille issue d'un premier mariage, décédée il y a maintenant 2 ans. Quelques temps plus tard, d'un second mariage, est née une deuxième fille, qui à 7 mois, a déclaré une méningite associée à une encéphalite. Atteinte de handicap mental, elle vit actuellement dans une famille d'accueil.

Madame M. a perdu son mari il y a 9 ans.

Le décès de son gendre, à Noël dernier, l'a beaucoup affectée.

En 1974, alors âgée de 58 ans, Madame M. a eu un Accident Vasculaire Cérébral, qui a entraîné une paralysie de l'hémicorps gauche, sans paresthésie, ainsi qu'une épilepsie séquellaire, contre laquelle elle est traitée par Gardéнал et Neurontin.

Le 15 novembre 2000, Madame M. est hospitalisée en S.S.R. (Soins de Suite et de Réadaptation) pour de la rééducation. A cette époque-là, elle vivait seule dans un pavillon, et cela faisait déjà trois ans qu'elle ne sortait plus de son domicile. Désormais incapable de

vivre seule (elle n'est autonome que pour les repas), elle est admise en unité de Long-Séjour le 10 octobre 2001.

Au mois de décembre 2004, elle effectue un séjour de 15 jours, en S.S.R., causé par un syndrome occlusif répétitif sur le dolichocôlon*. Madame M. ne pouvant être opérée du fait de son âge et de son état de santé, elle a fréquemment des problèmes de transit intestinal.

Sur le plan médical, elle a également une scoliose, de l'hypertension artérielle et une gonarthrose bilatérale invalidante.

La petite fille de Madame M. est présente.

Madame M. va à la messe de l'hôpital le dimanche. Elle aime pouvoir se rendre chaque année à Lourdes, au mois d'avril.

Madame M. mange peu car elle prétend ne pas avoir faim. Cependant, elle est gourmande de sucré.

2.2.2.2. Bilan psychomoteur

Des séances de psychomotricité sont prescrites, le 11 octobre 2004, à Madame M., pour les raisons suivantes : « plaintes douloureuses, demande de contact, troubles émotionnels à type d'anxiété ».

Le bilan a été réalisé sur deux séances: le 18 et 22 octobre 2004.

Du fait de sa paralysie, la passation des épreuves reste limitée.

Actuellement âgée de 88 ans, Madame M. est coopérante et agréable. Effondrée dans son fauteuil, elle porte des lunettes et cache sous un grand châle, son bras paralysé et sa petite bouteille d'eau.

- Fonctions supérieures : Elles ne sont pas atteintes : Madame M. est attentive et à l'écoute ; elle a de bonnes capacités mnésiques (particulièrement performantes quant à sa mémoire à long terme) ; elle a conservé un bon niveau de culture générale. Elle aime parler, discuter avec les gens. Ses phrases ont une bonne syntaxe et sont grammaticalement correctes.

- Tonus : Les mobilisations mettent en évidence la présence de paratonies de fond ; elle cherche à accompagner le mouvement, comme pour m'aider ou me montrer qu'elle a compris ce qu'il faut faire. On peut noter une hypotonie importante dans l'hémicorps paralysé.

- Schéma corporel : Le test de somatognosie de Bergès est réussi. Une adaptation de l'épreuve d'imitation de gestes de Bergès-Lézine révèle que l'orientation des différentes parties du corps est bonne, mais peu précise. Les mouvements sont peu amples.

- Image du corps : Concernant le dessin du bonhomme, on peut tout d'abord noter une dévalorisation de sa capacité à dessiner. Un mauvais investissement de l'espace graphique est observé : elle a peu de place pour réaliser le bas du corps, s'en rend compte, et parvient maladroitement à adapter son dessin. Les proportions ne sont pas respectées. La représentation graphique des différentes parties du corps est pauvre. Le tracé est cassé,

interrompu, elle donne des coups de crayon. La tenue de l'outil scripteur est correcte de même que la pression.

- Organisation spatio-temporelle: L'épreuve d'adaptation rythmique de Mira Stamback laisse apparaître des difficultés à maintenir un tempo régulier, pourtant choisi. Ce dernier a tendance à s'accélérer. La reproduction des structures rythmiques est difficile; en revanche, le symbolisme est compris. Elle maîtrise correctement le temps socialisé. L'épreuve grapho-perceptive de Santucci est satisfaisante, malgré un manque de précision au niveau des coordinations oculo-manuelles. Madame M. est capable d'autocritiques objectives et de verbaliser la difficulté.

- Latéralité: Elle est désormais contrainte de se servir de sa main droite, mais me confirme avoir toujours été droitrière; ce qui permet simplement de conclure à une latéralité d'utilisation à droite.

- Motricité: Madame M. est en fauteuil et ne peut pas se déplacer seule. Le déliement digital est difficile. C'est ce domaine qu'elle souhaiterait travailler ; elle ne veut pas "perdre ses doigts pour pouvoir encore manger seule". Elle est totalement dépendante dans les activités de la vie quotidienne, sauf pour manger.

Conclusion: Très agréable, Madame M. s'est, d'une façon générale, montrée attentive et coopérante tout au long de l'évaluation. Elle apparaît comme une personne volontaire.

Une paralysie de l'hémicorps gauche et un manque d'aisance corporel du côté droit entraînent un ralentissement psychomoteur global. Le schéma corporel de Madame M. est

bien intégré et conservé. Il n'existe pas d'altération des fonctions supérieures. De plus, elle possède une bonne organisation spatio-temporelle, malgré l'hémiplégie et le manque de déplacement. La communication verbale est facile et recherchée. Celle-ci lui permet d'exprimer des douleurs, des plaintes, mais également des souhaits.

Les éléments principaux qui ressortent de ce bilan sont : une quête affective évidente, la présence d'une anxiété latente. Madame M. est avide de contact et de relation.

2.2.2.3. Projet thérapeutique

Le bilan psychomoteur réalisé confirme qu'une prise en charge en psychomotricité serait bénéfique à Madame M.. Un suivi individuel (dans sa chambre) va ainsi lui être proposé, à raison de deux séances hebdomadaires, de 45 minutes chacune.

Les principaux axes du projet thérapeutique sont :

- privilégier des moments d'écoute, de discussion. Ceci permettra un soutien psychique afin de l'amener vers un sentiment de mieux-être.
- travailler la motricité de sa main droite (à sa demande), pour lui permettre de conserver un minimum d'autonomie. Ce travail sera basé sur de la gymnastique des doigts, mais aussi sur l'utilisation de stimulations des articulations du membre supérieur droit. Il serait intéressant de lui apprendre des exercices d'automassage et de stimulation, qu'elle pourrait refaire seule pendant la semaine.

- viser une détente corporelle et psychique grâce à l'utilisation du toucher thérapeutique. En effet, Madame M. émet de nombreuses plaintes somatiques, elle se sent douloureuse. De plus, elle n'a que des pensées négatives, un discours pessimiste, et semble très angoissée. Ce médiateur pourra permettre la réapparition de sensations dans son hémicorps « malade », ainsi qu'une réunification corporelle. Madame M. ne ressentant son côté gauche que par la douleur, le toucher thérapeutique pourra l'inciter à réinvestir son corps de manière positive.

- travailler sur les notions de désir et de plaisir.

2.2.2.4. Evolution de la prise en charge

- le contenu des séances :

Une certaine rythmicité s'est instaurée pendant les séances, tout au long de la prise en charge. Je viens chercher Madame M. dans la salle à manger, puis nous allons dans sa chambre.

- En général, nous débutons la séance par un temps de verbalisation, de discussion, sur les jours passés. Elle apprécie ce moment dont elle profite pour se plaindre, me raconter tous ses malheurs. Régulièrement, elle me fait part de ses angoisses ; les verbaliser doit la soulager. L'angoisse habite son discours, qui est de ce fait toujours pessimiste.

- Puis, nous faisons ensemble un travail de rééducation fonctionnelle concernant la motricité digitale. Il s'agit de stimuler sa main droite. Ceci se fait grâce à des exercices de gymnastique des doigts. Cette partie de la séance a été bien investie. Madame M. est

devenue demandeuse de ce type de travail qui est surtout efficace pour son moral. En effet, on ne peut pas véritablement dire que de réels progrès ont été observés. Cependant, la mobilité des doigts s'est stabilisée.

- Enfin, nous terminons la séance par de la relaxation. Parfois, elle se déroule en musique ; cela dépend de l'envie, de l'état de présence, et des capacités d'attention de Madame M. L'utilisation du toucher thérapeutique et des mobilisations passives est appréciée. Concrètement, ces techniques lui apportent des sensations de globalité de son corps, et un apaisement mental. Elle me réclame de plus en plus fréquemment des « massages du visage avec de la crème ». J'ai d'ailleurs l'impression que ses plaintes somatiques sont davantage ponctuelles.

- la rencontre :

Lors de mes premières visites, Madame M. m'est apparue comme une petite dame fragile, charmante, agréable, attachante, malheureuse, et abandonnée de tous. J'ai eu également le plaisir de rencontrer une femme avec laquelle la discussion est possible, facile, et même désirée. Madame M. recherche beaucoup le contact. Mes visites régulières ont permis l'installation plutôt rapide d'une relation de confiance. Dès la troisième séance, Madame M. a mis en place un petit rituel : quand je m'approche d'elle, elle tend systématiquement sa main valide vers moi, de manière à pouvoir tenir la mienne. Elle embrasse ma main et accompagne son geste d'un « Oh, bonjour Vanessa » (sur un ton à la fois plaintif, et de soulagement qui semble signifier « tu ne m'as pas oubliée »).

On peut malgré tout lire de l'angoisse dans le regard toujours inquiet de Madame M.

- un besoin d'être entourée :

La relation privilégiée que nous entretenons convient parfaitement à Madame M.. Pendant toute la durée des séances, elle peut discuter, être écoutée, elle se sent tout simplement redevenir une personne en tant que telle ; ce qui lui manque avec l'équipe soignante. La relation lui procure un réel bien-être. Elle apprécie le fait que je prenne du temps pour elle.

Rapidement je me suis aperçue que Madame M. ne cesse de se plaindre, que ce soit concernant des douleurs, un manque d'affection, de communication, etc. Elle s'ennuie et se sent abandonnée. Aussi, j'ai réfléchi à des projets, que j'ai pu mettre en place, avec la collaboration de l'équipe (accès à la bibliothèque, promenade dans le parc de l'hôpital, changement de plan de table, vidéo, fabrication de cadres). Toutefois, à chaque fois qu'un projet se concrétisait, Madame M. le mettait en échec. Je me suis aperçue également, dans le courant du mois de décembre, qu'elle (qui dit s'ennuyer à longueur de journée) est une des résidentes de l'unité la plus sollicitée : elle bénéficie d'animations trois fois par semaine, de deux séances hebdomadaires de kinésithérapie, elle reçoit régulièrement la visite de quatre bénévoles, et toute l'affection des élèves aides-soignantes.

Ce n'est pas pour autant que Madame M. ne s'ennuie pas le reste du temps.

Madame M. a besoin de parler, d'être écoutée. Cependant, au fur et à mesure de la prise en charge, elle devient très exigeante ; elle s'accroche à moi (dans le sens propre comme dans le sens figuré), elle cherche à retarder mon départ à la fin de chaque séance. Je me sens happée.

Je ressens un certain malaise face à cette relation ; un contre transfert à tendance négative s'est mis en place. C'est assez déroutant, et il me faut trouver une façon d'y remédier. J'éprouve la nécessité d'en parler avec ma référente de stage, de manière à comprendre ce qu'il se passe, à prendre du recul face à la situation, à être plus objective.

- la relation à l'épreuve :

Madame M. reste encore très demandeuse d'une relation privilégiée. Elle a investi le travail sur sa motricité manuelle, mais ne ressemble plus à la femme combative que j'avais cru rencontrer au début de la prise en charge. Madame M. semble se complaire dans ses plaintes, comme si elle avait peur qu'on ne s'occupe plus d'elle si elle s'avouait heureuse. Madame M. est en réalité insatiable. C'est pour cette raison que j'ai décidé (avec l'accord de ma maître de stage), au mois de janvier, d'espacer un peu nos séances, et de ne la rencontrer plus qu'une fois dans la semaine, mais pendant une heure.

Pendant la séance suivante, je prends le temps de lui expliquer les raisons du changement de rythme des séances, nous discutons également de son comportement. Je repose le cadre de nos rencontres, et lui démontre ainsi qu'il n'y a aucune raison que je « l'abandonne ». A la fin de la séance, je pense que le message de notre discussion est passé : elle me laisse partir en me disant simplement « alors à lundi ».

Je comprends alors que Madame M. est une personne qui a surtout besoin d'être entourée, rassurée, et contenue. Elle souhaite uniquement qu'on s'occupe d'elle.

- une relation éclaircie :

Les séances prennent alors une tout autre tournure. Une semaine après notre petite mise au point, je décèle déjà une petite lueur de positivité dans les propos de Madame M. : alors qu'elle est malade, elle me dit : « j'espère que j'irai mieux vendredi ».

Désormais, nous sommes toutes les deux disponibles, ce qui se ressent bien dans la complicité de notre relation. Un sentiment de joie est en train de renaître chez Madame M. ; nous rions ensemble ; elle est à présent capable d'exprimer ses désirs, alors qu'au début de la prise en charge, quand un choix se présentait à elle, elle répondait : « faites comme vous voulez, vous ». Les séances sont devenues des moments privilégiés qui lui appartiennent et dont elle profite.

Elle se soulage de ses angoisses en les verbalisant. Elle me parle ouvertement et explicitement de la mort. Les émotions sont présentes, mais elle se sent mieux après, plus libérée.

Le toucher thérapeutique l'apaise, permet la réunification corporelle, lui donne le sentiment d'exister. « Le côté mort » devient « son côté malade ». Madame M. se réapproprie son corps peu à peu.

Ses plaintes sont moins fréquentes et concernent essentiellement son sentiment de solitude, son ennui au sein de l'unité.

2.2.2.5. Conclusion

Les séances de psychomotricité sont appréciées par Madame M.. En effet, c'est pour elle l'occasion d'avoir un moment qui lui appartient, pendant lequel quelqu'un n'est présent que pour elle. La communication par le toucher joue un rôle de réassurance. Elle prouve à Madame M. qu'elle n'est pas abandonnée de tous, et lui permet d'accéder à un état de détente, d'apaisement, lui procurant un moment de bien-être et de plaisir. Le toucher des parties du corps qu'elle ne ressent « qu'à moitié », lui permet de se sentir plus unifiée.

Toutefois, je pense qu'un travail en complémentarité avec un psychologue serait bénéfique à Madame M.

2.2.3. Conclusion générale

Les expériences auprès de Madame C. et Madame M. ont été singulières et uniques. Malgré tout, il est possible de les relier, notamment par ce qu'elles révèlent de la communication, dont l'expression différente montre parfois de grandes similitudes.

J'espère que la prise en charge en psychomotricité a permis à ces deux femmes de réinvestir leur corps comme un espace à vivre et pas seulement à souffrir.

3. DISCUSSION

3.1. Les apports du toucher thérapeutique

Rappelons que le toucher thérapeutique est « *une technique de relaxation par le massage qui traite l'enveloppe corporelle et les fondements de l'identité.* » (TESSIER N., 1997, p.4) Il ouvre sur une manière d'être qui fait appel à des facultés affectives spécifiquement humaines. Il doit être source de plaisir (base de la psychomotricité).

Les bienfaits du toucher thérapeutique sont multiples : il peut avoir des répercussions tant sur le plan physique (respiration plus profonde et plus aisée, réduction du stress, des spasmes musculaires et de la tension, etc.), sur le plan mental (état d'éveil détendu), que sur le plan émotionnel (bien-être, renforcement de l'image de soi, diminution de l'anxiété, sentiment d'unité et d'harmonie, etc.). Ce dernier domaine va être approfondi.

Le toucher thérapeutique a plusieurs fonctions auprès des sujets âgés :

- la détente : Le toucher thérapeutique favorise la diminution de l'angoisse et calme la nervosité. Il existe de multiples façons de permettre au patient d'accéder à un état de détente. L'idéal est de s'adapter à l'état, la personnalité, les préférences du sujet. Il est important que le thérapeute soit lui-même détendu pendant sa pratique. Le massage doit être effectué avec lenteur et de manière régulière. Il est préférable qu'il se déroule dans une pièce silencieuse, éventuellement, si le patient le désire, accompagné d'un fond musical. De la crème ou des huiles essentielles peuvent être appliquées sur le corps du sujet. Madame M. me précise souvent que le massage au niveau du visage l'apaise particulièrement. Sans cesse inquiète et angoissée, elle apprécie ce moment de calme. Elle a d'ailleurs régulièrement tendance à me le réclamer.

- la réassurance : Quand il n'agresse pas, le toucher devient un acte agréable et rassurant. Pour cette raison, il se doit d'être franc, sûr, de manière à être ressenti comme protecteur par le patient. La manière dont le thérapeute se présente au patient, sa voix, son regard doivent eux aussi être rassurants. Ce toucher rassure la personne âgée quant au bon fonctionnement de son organisme ; elle retrouve le sentiment de son existence. La relation avec Mme C. m'a fait comprendre qu'il me faut accepter de privilégier les moments présents, en lui offrant l'espace d'un instant un apaisement et une sécurité interne qu'elle n'est plus à même de retrouver seule, du fait du stade de sa maladie.

- la restructuration de l'image du corps : Le toucher thérapeutique peut prendre la forme d'un massage contenant, enveloppant, s'effectuant sur la globalité du corps.

Il permet à l'individu de retrouver ses limites corporelles et de renforcer la cohésion ; ceci grâce aux sensations cutanées, aux impressions coenesthésiques et kinesthésiques apportées par le toucher. Le rapport au corps est modifié : le sujet âgé peut ainsi redécouvrir son corps et se réconcilier avec lui ; si bien qu'une voie d'accès peut désormais s'ouvrir à un investissement libidinal. L'âgé peut même trouver, par l'intermédiaire de son corps, un axe de restructuration narcissique nouveau.

Effectivement, ce type de toucher est renarcissant : il rassure et montre que le corps vécu comme laid et repoussant la plupart du temps, peut au contraire être de digne d'intérêt et source de plaisir. Il donne la possibilité à la personne âgée de reprendre contact avec son corps d'une manière différente, de le reconnaître comme sien. Il amène ainsi de nouvelles sensations et donc une évolution vers de nouvelles perceptions de son corps. Il permet de reprendre confiance en soi, en ses capacités à éprouver du plaisir, et de revaloriser son individualité. « *Il vise à restaurer le sentiment de complétude chez une personne atteinte*

dans son intégrité corporelle, consécutivement à un traumatisme physique ou à une maladie » (TESSIER N., 1997, p.2)

La restructuration de l'image du corps passe également par le réinvestissement corporel. Cette notion est abordée grâce aux soins du corps principalement. Dans le cas de Madame M., les contacts mettent en jeu tout le corps, en vue d'une réunification corporelle, qui induit une revalorisation de son corps. Le toucher a alors pour mission de combler le manque de sensations dans son hémicorps paralysé et de lui faire ressentir son corps dans sa globalité. Il l'amène également à retrouver un « corps-plaisir ».

En résumé, le toucher thérapeutique permet de restaurer le schéma corporel, de réinvestir narcissiquement l'image du corps, d'obtenir une relaxation profonde en réunifiant le corps et l'esprit apaisés, de calmer certaines douleurs, de redonner une forme et un contenant à la personnalité perturbée et donc d'apaiser les angoisses.

Le toucher joue également un rôle important dans *la communication*. Il peut avoir une visée thérapeutique, de confort, ... mais en premier lieu, il est à l'origine d'une relation. Par toucher thérapeutique, il faut entendre établir une relation, qui se crée à deux. En effet, avant de pouvoir toucher un patient, il est nécessaire qu'une relation se soit instaurée entre ce dernier et le thérapeute ; une relation de confiance de préférence. Les notions de confiance et de relâchement sont d'ailleurs intimement liées. Le sujet doit se sentir en sécurité en présence du thérapeute.

Le toucher thérapeutique s'intéresse aux interactions, rapports et relations humaines, plus particulièrement d'ordre affectif, en passant par le langage du corps. Le corps est le support de la relation. La médiation corporelle est ainsi essentielle dans la relation soignants-soignés.

Il existe bien des niveaux différents de messages qu'utilise un individu : ce qu'il donne à entendre à travers son discours mais aussi à voir à travers son corps. Le contact corporel est très riche en informations. Beaucoup de choses se disent dans ce corps à corps. Le dialogue tonico-émotionnel en est à l'origine. Le toucher thérapeutique est avant tout un dialogue tonique entre deux personnes dans un contexte interactionnel. Les deux protagonistes participent à la relation, au massage. Tous deux se renvoient mutuellement des informations par l'intermédiaire de messages non-verbaux qui en disent long sur l'humeur du patient, son état de tension, etc.

Chez certains sujets, la communication non-verbale (entre autre par le toucher) est primordiale, la seule qui reste encore possible : les déments chez qui le langage est déficitaire, les patients en fin de vie dont le corps est douloureux et rétracté, les sujets grabataires, les personnes victimes d'aphasie.

Je fais miens les propos de N. TESSIER (1997, p.6), sur le rôle de l'hypertonie et le soulagement que peut apporter le toucher. *« Dans les troubles du schéma corporel avec perte d'identité physique, l'hypertonie est un mélange de douleur et de satisfaction. Elle permet d'informer le système nerveux central sur les limites du corps, c'est un moyen de pallier la pauvreté des expériences motrices ; malheureusement elle est douloureuse pour le muscle et donc inconfortable pour la personne. Dans le toucher expression-communication, on peut faire passer un message de reconnaissance corporelle, le signal est le même pour le cerveau mais il n'y a pas de douleur du fait de l'absence de l'hypertonie. Il suffit parfois de poser une main douce et chaude en exerçant une légère pression sur le muscle pour que la personne reçoive la sensation d'exister dans son corps par le plaisir et non plus par la douleur. Ainsi les tensions physiques et psychiques s'apaisent. »*

Pendant une période de la prise en charge, les agrippements de Madame M. correspondaient à une demande à l'autre d'être portée en s'y accrochant ; ils traduisaient le besoin d'être sécurisée par un contact rassurant, dans un corps à corps.

L'objectif principal du toucher thérapeutique est de confirmer l'autre dans son existence et de faire en sorte que le sujet réinvestisse son corps comme objet de plaisir et de relation. Le contact physique implique qu'un sujet « émetteur » adresse un message à un sujet « récepteur » et prend ainsi une dimension humaine. Il a bien un rôle à valeur de communication.

3.2. La communication

3.2.1. *pourquoi parler au sujet âgé ?*

Nous venons de voir que le toucher, en tant qu'élément de communication non-verbale, correspond à un moyen privilégié d'être en relation avec les patients de l'unité de Long-Séjour. Précédemment, il a été également présenté le caractère non exclusif de la communication verbale pour s'exprimer et se faire comprendre. Toutefois, il ne faut pas écarter l'importance de la communication verbale entre le sujet et son entourage (famille, amis, soignants), celle-ci demeurant primordiale :

- Elle permet à l'individu de maintenir son identité d'être humain, malgré ses difficultés et son éventuelle détérioration. La parole, accompagnée évidemment par le regard, fait alors comprendre au patient qu'il n'est pas un objet, qu'il compte pour nous.

- Elle maintient son identité sociale : en lui parlant, on rappelle au sujet qu'il est lui aussi un être communicant. La parole a ainsi valeur de revalorisation narcissique.

- Elle joue également un rôle de soutien moral. Elle permet au thérapeute de rassurer le patient, et à ce dernier d'extérioriser ses angoisses.

- Le langage oral permet de pallier à l'aggravation de la démence. La communication verbale participe alors à la préservation des capacités cognitives du sujet dément, elle l'incite à ne pas se laisser aller. Ce n'est pas parce qu'un individu ne parle plus qu'il ne comprend plus rien.

- La verbalisation permet à l'équipe soignante, d'une part un meilleur déroulement des soins (cette approche sera abordée un peu plus loin), d'autre part, de réduire la solitude du soignant et du soigné.

L'entourage de la personne âgée doit continuer à lui parler de manière à tenter de limiter la dégradation du sujet.

3.2.2. les multiples manifestations de la communication

La richesse de la communication résulte de la diversité de ses manifestations. Elle permet à tout individu de s'exprimer, de manière volontaire ou non. Rien que par notre façon d'agir, notre façon d'être, des messages émanent de nous et nous dévoilent. Qu'elle ait encore la possibilité de parler ou non, toute personne âgée peut mettre en place des moyens d'entrer en communication avec autrui, d'exprimer des reproches, des émotions, des désirs, ... Encore faut-il qu'il y ait la même volonté d'échange du côté de l'interlocuteur potentiel. Il est indispensable de prendre le temps d'écouter le sujet dans sa globalité, de

décoder les signes, souvent corporels, qu'il nous envoie. En effet, il arrive que leur sens ne soit pas explicite, ou bien qu'ils soient livrés de manière inadaptée.

Je vais maintenant présenter différentes façons qu'utilisent les personnes résidant en unité de Long-Séjour, pour s'exprimer, montrer qu'elles existent, réclamer un peu d'attention. Les informations qui vont suivre ne sont que des exemples et ne constituent évidemment pas une liste exhaustive. En effet, l'art de communiquer est si complexe que je pense avoir encore de nombreuses facettes à en découvrir...

En règle générale, on ne parle de son corps que lorsqu'il nous procure des sensations négatives. Dans le cas de nombreux patients, et notamment celui de Madame M., la douleur est un vecteur de communication, vecteur entre le patient et son entourage, obligeant à une écoute et une relation plus attentive de la part de ce dernier. L'expression de la douleur a une valeur positive dans le sens où le corps qui souffre, est aussi une parole qui s'adresse à un autre. Mais le sujet exprime-t-il sa douleur ou bien s'exprime-t-il par sa douleur ?

Avide de communication, Mme M. utilise beaucoup la parole, mais de manière inadaptée. Ses plaintes incessantes ont facilement tendance à lasser le personnel soignant, provoquant ainsi l'effet inverse du but recherché, à savoir qu'on s'occupe d'elle. Une plus grande écoute et l'apport d'un soutien entraîneraient pourtant une diminution de la plainte qui ne s'avérerait plus utile comme moyen d'attirer l'attention.

Si le sujet ne peut plus parler, il va essayer de mettre en place d'autres moyens de communication, entre autre non-verbale. Ceux-ci lui permettront de décharger ses émotions (colère, mécontentement, ...), son désespoir : cela soulage le patient et permet à l'entourage

de mieux le comprendre et de mieux mesurer son état psychoaffectif. Ainsi, on peut, sinon éliminer, du moins réduire les facteurs qui provoquent sa souffrance morale et l'aider à mieux supporter son fardeau.

Chacun des résidents de l'unité de Long-Séjour s'exprime à l'aide de son propre langage corporel, que j'apprends à « décoder » et auquel je tente de m'ajuster, par le corps, par les mots. Madame C. et Madame M. utilisent différents moyens d'expression, en fonction des diverses modalités du langage corporel :

- la posture :

Madame M. a accès à un très bon niveau de langage. Elle aime beaucoup discuter, faire usage de la parole. Elle apprécie que je sois proche d'elle. Curieusement, elle ne m'a jamais demandé ouvertement de me tenir plus près d'elle lors des séances ; peut-être n'a-t-elle pas osé ? En revanche, son corps m'a facilement fait comprendre que la distance entre nous ne lui convenait pas : elle a tendance à incliner la tête dans ma direction et va jusqu'à décoller son tronc du dossier comme pour s'avancer vers moi. Lorsque je me rapproche d'elle, elle se repositionne confortablement dans son fauteuil. (L'hypothèse de l'existence d'un trouble auditif est réfutée)

Les propos de J. CORRAZE (1980, p.146) sont ici confirmés : « *Dans les comportements humains, la posture est un indicateur privilégié de l'attitude affective fondamentale : elle nous communique les intentions de rapprochement, d'accueil, ou au contraire de défit, de rejet, de menace.* »

- les gestes :

Les stéréotypies de Madame C. correspondent à des « *gestes, manière d'être* », selon la classification de Bergès. Elles sont révélatrices d'une certaine angoisse. Effectivement, ces stéréotypies disparaissent lors des moments de relaxation, quand elle a accès au relâchement. Concernant les « *gestes, manière de dire* », leur signification n'est pas toujours évidente chez Madame C., mais elle les utilise fréquemment pour compenser son aphasie.

Quant à Madame M., que ce soit en séance ou lorsqu'elle m'aperçoit dans la « salle à manger », elle a une manière particulière de tendre son bras droit vers moi qui signifie, selon le contexte : « viens me voir », « ne me laisse pas ici », ou encore « reste avec moi ». Quand je pose ma main dans la sienne, elle l'agrippe, la serre et ne veut plus la lâcher ; elle aimerait que je reste auprès d'elle.

- le toucher :

Pour H. WALLON, les émotions sont liées au tonus et à la fonction posturale ; elles prennent naissance dans l'activité organique de l'individu. Elles ont fonction d'expression, sont moyen d'action sur autrui et sont déclenchées par les modifications toniques et posturales. Pour lui, les émotions se ramènent à des variations toniques. Elles rendent ainsi possible la communication du sujet âgé avec son entourage.

Dans ma pratique, j'adapte mon toucher en fonction de ce que je ressens de l'état tonique de Madame C.. Mon toucher s'appuie au départ sur une technique ; en touchant, je suis également touchée ; au fur et à mesure, la dimension émotionnelle du toucher prend alors toute son importance. Un véritable dialogue tonique s'instaure.

« *Le toucher thérapeutique ne peut être réduit à une simple technique corporelle ou un simple contact. Le sentiment de bien-être, de complétude de l'être, englobe la corporalité et s'exprime par la relation tonico-émotionnelle.* » (TESSIER N., 1997, p.4)

- le regard :

Il est concrètement le lieu d'expression des sentiments. Le regard de Madame M. est très expressif. Son regard, si triste en permanence, en dit long sur la qualité de sa vie au quotidien : ennui, sentiment de solitude et d'abandon, souffrance physique et psychique, ... Même quand il lui arrive, rarement, d'évoquer un événement heureux, son regard reflète la tristesse. Quelles que soient ses émotions, son regard semble figé.

A l'inverse, le regard que l'on porte sur autrui interfère sur le sentiment narcissique. Si ce regard est bienveillant ou attentionné, comme dans la relation thérapeutique, il laissera au sujet un sentiment positif de lui-même. Le regard fait exister l'autre.

- le sourire, les mimiques :

Le sourire et la mimique sont deux éléments essentiels pour comprendre Madame C. « *Le sourire est un signe d'apaisement et le retrouver sur le visage de l'autre est le gage d'une relation affective.* » (J. CORRAZE, 1980, p.124) La mimique, associée à la communication paraverbale facilite la compréhension de Madame C.. Ces deux conditions réunies permettent parfois de comprendre au moins le contexte de ses propos.

C'est pour me faire comprendre de Madame C. que j'utilise moi-même ce moyen de communication : j'amplifie l'intonation de mes phrases et j'exagère mes mimiques pour accompagner mes paroles.

- l'espace :

J'ai choisi d'aborder les résidentes en me référant au concept de proxémie d'E.T. HALL. Lors de mes premières rencontres avec ces dames, j'ai préféré garder mes distances et rester dans la *distance sociale* (1,2 à 3,5 m), de manière à ne pas être intrusive et ne pas pénétrer ainsi dans leur « bulle ». Mais, rapidement, Madame M. et Madame C. m'ont fait

comprendre qu'une meilleure qualité de relation s'installerait si j'entrais dans leur *espace privé* (45 cm à 1,2 m), voire même dans *l'espace intime* (15 à 45 cm).

« *Les rapports spatiaux entre les individus, la distance qu'ils ménagent entre eux sont d'authentiques systèmes de communication tout autant que les signaux dont on use pour limiter l'espace.* » (CORRAZE J., 1980, p.191)

En résumé, « *Le psychomotricien privilégiera l'écoute de toute la personne, dans son expression verbale et non-verbale. Par le dialogue tonique, le toucher, le regard, il cherchera à ce que le malade investisse de nouveau son corps comme moyen de communication avec autrui* » (JOSSOT C., SEBBANE G., 1997, p.27) Le « savoir-être » prendra le dessus sur le « savoir-faire ».

3.2.3. comme enrichissement personnel

Communiquer avec les personnes âgées n'est pas évident. Il est nécessaire de s'adapter à l'individu qui est en face de nous. A mon arrivée sur le lieu de stage, j'ai rapidement été confrontée aux difficultés de communication des patients, et donc à ma propre difficulté pour m'adresser à eux. Je me suis sentie quelque peu démunie face à cette situation.

Aussi, j'ai eu envie d'approfondir cela, de faire des recherches de façon à comprendre comment je pouvais communiquer, de manière adaptée, avec toutes ces personnes si différentes de par leurs pathologies, mais pourtant si semblables quant aux difficultés de communication qu'elles éprouvent.

Le domaine de la communication est intéressant à explorer. Il me paraît indispensable en vue de l'établissement d'une relation, en parallèle avec la mise en place d'un suivi en psychomotricité. La rencontre et la relation sont avant tout des aventures humaines.

Cela m'a amené à effectuer un travail sur moi-même. S'adresser à un patient est une chose, mais encore faut-il être capable de l'écouter, d'entendre ce qu'il cherche à nous faire comprendre dans son langage. *« Il est souhaitable de développer sa capacité d'écoute. Apprendre à se taire pour écouter et comprendre, savoir se taire pour permettre à l'autre d'élaborer sa pensée, ne pas avoir peur de rester dans le silence avec le malade. »* (Op.Cit., p.26)

Effectivement, le sujet âgé peut s'exprimer avec des mots, mais la plupart du temps, il le fait à travers son corps. C'est en cela que la communication avec une personne âgée n'est pas facile : il faut beaucoup l'observer et recueillir toutes les informations non-verbales qu'elle nous livre.

Pour cette raison, j'ai travaillé mon état de présence et ma disponibilité d'esprit : il m'est impossible d'entamer une séance en pensant à autre chose, à mes petits soucis personnels. Lorsque je suis avec un des résidents de l'unité, je me dois d'être présente pour lui uniquement. Je dois être attentive, à l'écoute, c'est-à-dire dans un état de réceptivité, d'accueil.

C'est dans cet état de disponibilité que pourront s'installer confiance, complicité et partage.

Ma façon d'être avec le sujet doit être ressentie par lui comme valorisante, rassurante, encourageante.

Ce sont les messages véhiculés par les concepts de Validation et de la Méthode Vittoz qui m'ont aidée dans cette réflexion et à trouver ma place auprès des patients.

De ma pratique personnelle d'exercices Vittoz découle une attitude intérieure réceptive, qui crée la disponibilité. La méthode Vittoz, c'est aussi apprendre à recevoir, à accueillir le patient par nos sens (le voir, l'entendre, le toucher). Je suis réceptive à mon corps, à mon unité. Par ma posture et mes appuis, je donne une meilleure intentionnalité et une plus grande aisance à mes gestes.

Je vais maintenant reprendre de manière plus explicite le concept de la Validation, encore peu connu et pourtant si riche. En théorie, cette méthode s'adresse aux personnes très âgées désorientées (dans le temps et l'espace). Cependant, la façon d'être et de se comporter de l'intervenant en Validation peut s'appliquer à toute personne âgée.

La Validation aide à la résolution des conflits inachevés du passé, pour permettre aux sujets désorientés d'accomplir la tâche finale de leur vie : mourir en paix. Pour ce faire, ils ont besoin d'être écoutés avec attention par une personne de confiance, respectueuse des sentiments exprimés. Il s'agit pour l'intervenant d'apprendre à se centrer sur la personne, et non sur son propre intérêt (ou sur celui de l'institution), puis de se mettre avec empathie, à l'écoute du vécu de cette personne. Cette approche repose sur un triple processus :

- accepter et prendre la personne là où elle en est ;
- accepter et reconnaître les émotions qu'elle ne contrôle plus ;
- comprendre et valider la raison sous-jacente aux émotions.

Les intervenants « ... *se branchent sur leurs patients, saisissent les rythmes, écoutent les indices verbaux et observent les indices non-verbaux. Ils mettent des mots sur les émotions*

exprimées pour les confirmer et pour rendre à la personne très âgée désorientée sa dignité. » (FEIL N., 1994, p.27)

Naomi FEIL a déterminé quatre stades concernant la désorientation temporo-spatiale, qui vont de la simple malorientation jusqu'à l'état végétatif. Les caractéristiques physiques, psychologiques et comportementales permettent de situer Madame C. dans le troisième stade : « *les mouvements répétitifs* ».

Au cours de la prise en charge, certains des résultats recherchés en Validation se sont manifestés chez Madame C. : la proportion d'interactions sociales maîtrisées a légèrement augmenté ; il en est de même de la communication verbale et non-verbale (à moins que ce soit moi qui y soit devenue plus sensible) ; les déambulations et les mouvements répétitifs (frotter sa jupe) ont diminué ; un certain sens de l'humour est réapparu.

La pratique de la Validation fait en sorte que « *l'intervenant, plus à l'aise avec la personne âgée, améliore la qualité de sa relation avec elle et la personne très âgée peut atteindre son but, choisir la direction de son voyage. » (Ibidem)*

S'il est essentiel de pouvoir communiquer avec autrui, il est tout aussi important d'être capable de le faire avec son propre corps. Le patient, pour son bien-être personnel, doit apprendre à écouter son corps, à répondre à ses désirs. La psychomotricité peut l'y aider par le travail de prise de conscience corporelle.

3.3. Le rôle de la psychomotricité en gériatrie

3.3.1. *auprès des patients*

La vie quotidienne des personnes âgées accueillies en unité de Long-Séjour n'est pas vraiment enviable. Si l'on est amené à les côtoyer, on remarque aussitôt que ces individus ne sont pas sollicités, sauf peut-être lors des repas, et encore...

On comprend bien alors que la psychomotricité joue un rôle important auprès des sujets qui vivent dans ce milieu, ne serait-ce que sur le plan de la relation.

Afin de le justifier, je vais étayer les différentes façons dont le psychomotricien peut intervenir en unité de Long-Séjour.

Tout d'abord, il faut être capable de décoder la souffrance de la personne âgée hospitalisée, institutionnalisée, entendre sa demande au-delà des mots. Il faut se laisser toucher par ce corps déshabité qui fait obstacle à la relation, de manière à ce que cette dernière s'établisse. Au cours de la prise en charge, le thérapeute met en jeu le corps du patient, médiateur principal du psychomotricien, mais il utilise également son propre corps. Tout se joue dans la relation à l'autre.

La psychomotricité est l'une des rares professions qui a l'opportunité, la chance et même le devoir de prendre son temps, de travailler en prenant soin de s'adapter au rythme propre du sujet.

De manière générale, les objectifs de la psychomotricité en gériatrie se résument en trois points :

- la prévention de la détérioration :

Le psychomotricien fait en sorte de prévenir les détériorations physiques et psychiques liées à l'âge (ou d'empêcher leur évolution), en stimulant les capacités restantes de l'individu et/ou en ranimant chacun de ses désirs. Cette approche est régulièrement employée pour les personnes ayant une pathologie neurologique, telle que l'accident vasculaire cérébral et la démence.

La psychomotricité peut donc se pratiquer dans deux directions complémentaires : l'une est thérapeutique, l'autre est à prédominance rééducative.

- la restauration du goût de vivre et du bien-être :

En milieu gériatrique, le psychomotricien vise, entre autre, le réinvestissement corporel ainsi que sa réunification. De cette façon, le sujet âgé reprend confiance en lui, gagne en autonomie, et améliore son adaptation à l'environnement. Le toucher thérapeutique et les stimulations sensorielles, notamment, aident la personne âgée à se réapproprier son corps et à l'investir de manière plus positive. Le thérapeute tente d'amener le patient à investir de nouveau son corps comme moyen de communication avec autrui, en se servant de la communication non-verbale, qui correspond à un moyen privilégié d'échange et d'expression.

Le psychomotricien se doit de revaloriser au maximum l'individu. Il contribue ainsi à restaurer ou à confirmer le patient dans son identité afin qu'il puisse continuer à se situer en tant que personne ; malgré la considération que lui porte la plupart des membres de l'équipe soignante (ce phénomène sera expliqué par la suite).

Le thérapeute intervient également en accompagnant le sujet âgé vers un bien-être psychique et corporel, lui permettant alors de retrouver une harmonie psychocorporelle. Il tente ainsi d'améliorer la qualité de vie du patient : il lui offre la possibilité de se sentir

exister dans un « corps-plaisir » en lui apportant un certain bien être. Il incite la personne âgée à profiter et à savourer le moment présent. Le psychomotricien travaille aussi sur le soulagement de la douleur.

- *l'accompagnement de la fin de vie :*

Ce dernier rôle attribué à la psychomotricité en gériatrie concerne particulièrement les personnes résidant dans l'unité de Long-Séjour.

Accompagner le sujet âgé vers la fin de sa vie, c'est marcher à ses côtés, en le laissant libre de choisir son chemin, la direction et le rythme qu'il souhaite prendre. C'est donc concevoir les soins comme un service proposé et non imposé, où le guide des actes du thérapeute serait le respect de la volonté des patients. Le psychomotricien tient compte de la volonté des patients.

Je pense ainsi à Madame R., pour qui des séances de psychomotricité ont été prescrites, en rapport avec un syndrome dépressif et un repli sur elle suite à son arrivée au sein de l'unité de Long-Séjour. Malgré plusieurs entretiens, Madame R. n'a pas accepté le suivi en psychomotricité. Elle m'a expliqué : « Je n'ai pas besoin de ça. J'aime bien être seule avec mes livres. » (Elle « lit » le même livre depuis le mois d'octobre). Son refus m'a surpris, je l'avoue. Je m'attendais à ce qu'elle soit ravie que quelqu'un s'intéresse à elle et s'occupe d'elle ; les patients de l'unité se sentent en général si seuls. Cependant, j'ai respecté sa décision.

Le psychomotricien doit également veiller à ne pas aller dans le sens d'un acharnement thérapeutique. C'est l'évolution de la prise en charge de Madame N. qui m'a amené à réfléchir sur ce point. En effet, après quatre mois et demi de prise en charge en psychomotricité, à raison de deux séances de 45 minutes par semaine, cette petite dame hémiplegique, suite à un A.V.C., ne manifeste toujours aucune émotion, son regard reste

vide ; elle ne semble finalement pas vouloir sortir de son repli. Ceci peut s'expliquer par son sinistre passé : elle a perdu ses trois enfants en 18 mois, ainsi que son mari il y a peu de temps.

Dans le cas de l'accompagnement en fin de vie, la personne âgée appréciera la relation, la simple présence rassurante et attentive. Le thérapeute privilégiera donc le « savoir-être » au « savoir-faire ». Il est amené à développer sa capacité d'écoute ; écoute tant verbale que corporelle. Avec des personnes ayant des difficultés de communication, le psychomotricien utilise le langage corporel, gestuel et tactile pour faire comprendre les mots.

Il respecte la dignité humaine du patient et le confirme dans son existence.

Quelque soit le rôle que joue le psychomotricien auprès des personnes âgées, il doit, quand cela est possible, partir du désir du patient. C'est le patient qui va donner du sens à la prise en charge. Le psychomotricien fonde son approche thérapeutique sur la qualité de la relation qu'il établit avec le patient, sur son vécu et son désir.

« Le psychomotricien doit permettre que chaque rencontre invente le chemin qui conduira le sujet âgé vers sa propre réadaptation. » (PONTON G., 1996, p.32) En fait, c'est le sujet qui amène intuitivement le thérapeute à faire le choix d'une direction thérapeutique.

Travailler en Long-Séjour demande du temps, de la disponibilité, mais surtout de l'attention, de la sensibilité, des capacités d'adaptation. Le psychomotricien s'engage corporellement dans la relation et fait preuve d'une certaine disponibilité émotionnelle.

Ce chapitre confirme que la psychomotricité a effectivement sa place en gériatrie auprès des patients.

Néanmoins, son rôle ne s'arrête pas là : le psychomotricien a tout intérêt à travailler également aux côtés du personnel soignant.

3.3.2. auprès de l'équipe soignante

Si les circonstances ne vous ont jamais amené à pénétrer dans une unité de Long-Séjour, il me paraît nécessaire de vous faire partager le regard que porte la plupart des visiteurs sur l'institution. Pour cela, je vais reprendre les propos d'un écrivain venant régulièrement rendre visite à son père :

« ... mon père a séjourné quelques semaines chez les morts [...]. Les morts n'étaient pas les malades mais les infirmiers qui les abandonnaient pour la journée entière sans aucun soin de parole. Les morts étaient ces gens de bonne santé et de vive jeunesse, répondant à mes questions en invoquant le manque de temps et de personnel [...]. Personne ne leur avait appris que soigner c'est aussi dévisager, parler - reconnaître par le regard et la parole la souveraineté intacte de ceux qui ont tout perdu. » (BOBIN C., 1999, pp.12-13)

Le psychomotricien peut jouer un rôle essentiel en travaillant avec l'équipe soignante : il peut contribuer à faire en sorte que la relation soignant-patient soit de meilleure qualité, de même que les soins. Pour cela, il doit faire changer et évoluer le regard de l'équipe.

Dans un premier temps, les membres de l'équipe doivent garder à l'esprit qu'ils travaillent auprès d'individus à part entière, et non pas avec des « choses » (concept qui sera abordé par la suite). Comme le reprend si bien M. DE HENNEZEL : *« Voyez-vous, ici, nous ne soignons pas des corps, nous soignons des personnes avec toute une histoire derrière elles... »* (1995, p.75)

Effectivement, et même si elles ne parlent plus, ces personnes ont des sensations, des sentiments, des désirs, etc.

La qualité de la communication dépend de la considération que porte l'équipe aux personnes âgées. Si, du fait de leur formation, le personnel soignant n'est pas forcément sensibilisé à l'importance du rôle du relationnel, il paraît intéressant que le psychomotricien, pour qui la relation est à la base de tout travail, informe le personnel soignant de tout ce qui passe par la communication non-verbale, comment le toucher peut être vécu comme une agression. Pour les équipes soignantes, le toucher permet d'apporter une aide relationnelle. Chaque membre de l'équipe, par la qualité de son toucher, peut offrir une reconnaissance, une confiance, et une complicité dans les soins quotidiens. De même, il est important de mettre des mots sur les actes réalisés pendant les soins, les toilettes... Cette conduite ne fait pas perdre de temps. Au contraire, à long terme c'est un gain de temps, la personne se laisse plus facilement manipuler et se sent moins agressée. Elle est prévenue des actes qui vont être effectués sur elle, elle peut s'y préparer. Ceci est plus rassurant, en tout cas moins angoissant. En lui parlant, le sujet âgé se sent exister en tant qu'être humain.

La participation du psychomotricien à la formation des équipes peut permettre à leurs membres de prendre conscience du rôle structurant ou déstructurant des soins selon qu'ils sont faits dans le respect ou non de l'individu.

Mais n'oublions pas de rappeler que la formation suivie par chacun des membres de l'équipe implique que nous sommes tous, de ce fait, porteurs d'un savoir différent. L'échange des connaissances, en fonction des diverses spécialités, est, certes enrichissant, mais il est également bénéfique au bon fonctionnement de l'équipe et profitable aux patients.

3.4. Les conséquences de l'institutionnalisation

L'institutionnalisation ne concerne évidemment pas tous les sujets âgés.

A l'hôpital gériatrique, l'entrée en unité de long séjour n'est proposée qu'aux personnes dont l'état de santé général ne permet plus le maintien à domicile. Désormais dépendantes, ces personnes, vieillissantes, nécessitent un cadre de vie et de soins particuliers.

A propos de l'institutionnalisation, les avis divergent :

D'un certain côté, la famille du nouveau résident est rassurée ; leur proche est désormais en permanence sous surveillance médicale. En cas de besoin, de malaise, ou encore d'urgence, l'équipe médicale est sur place, prête à intervenir, à prendre en charge rapidement le patient.

L'institution est également, en quelque sorte, une réponse contre l'isolement. Effectivement, nous avons vu précédemment que les plus âgés sont laissés en marge de la société. Au sein de l'institution, ces individus ne sont plus seuls, isolés ; ils ont la possibilité de côtoyer, dans l'établissement, d'autres personnes, sans avoir besoin de se déplacer. Ils peuvent nouer des liens aussi bien avec les autres résidents qu'avec les membres de l'équipe.

Toutefois, cette vision de ce qui pourrait se vivre en institution est assez utopique. Lorsque l'on observe ce qu'il s'y passe réellement, on se rend compte relativement rapidement qu'en fait, les résidents n'entretiennent pas vraiment de relation amicale. Les interactions sont rares ; pourtant, ils vivent ensemble. La plupart du temps, quand un patient se manifeste verbalement, c'est pour se plaindre ou pour s'en prendre à un autre de ses pairs d'âge.

Compte tenu de cela, je pense que l'on peut, comme l'a fait WINNICOTT à propos des adolescents, qualifier les personnes âgées institutionnalisées d' « isolés rassemblés ».

Il faut essayer de comprendre, d'imaginer ce que peut vivre, ce que peut ressentir une personne âgée en unité de Long-Séjour. Prenons l'exemple de Madame M., dont les facultés cognitives sont intactes, quelle image d'elle-même lui renvoient tous ces résidents avec qui elle est à longueur de journée, qu'ils soient atteints d'une démence avancée ou bien grabataires ? Dans ces cas là, on peut comprendre la réticence de certains patients à aller vers les autres...

Lors de l'hospitalisation en Long-Séjour d'une personne âgée, on assiste fréquemment à une diminution, voire une perte, de l'activité autonome de celle-ci. Cette perte peut être liée à l'augmentation des handicaps liés à l'âge, mais aussi en partie au mode de vie en institution. En effet, la charge de travail est lourde pour le personnel soignant (en nombre limité et variable), les contraintes institutionnelles également. Il apparaît donc souvent plus aisé de faire à la place plutôt que d'inciter ou d'inviter à faire. La dépendance des patients est développée au profit d'un gain de temps. La personne âgée renonce alors fréquemment à son statut de sujet pour se restreindre à celui d'objet passif de soins ; ce qui aggrave la situation de dépendance et aboutit à une dévalorisation massive.

A cela s'associe malheureusement l'atteinte, sans aucun doute involontaire, à l'intégrité de l'individu : les patients ont tendance à être chosifiés, déshumanisés, par les membres de l'équipe soignante. Ce phénomène est amplifié par l'organisation des « équipes tournantes », qui de ce fait, connaissent mal les résidents. Il n'est donc pas si rare d'entendre dans les couloirs : « va faire la toilette de la chambre 213 P ». Je conçois qu'avec ce type de

fonctionnement, cette dénomination soit plus simple et plus compréhensible pour l'équipe, mais elle déshumanise complètement le patient, qui peut d'ailleurs se conforter dans sa sensation de ne plus exister. Les résidents doivent être respectés, et considérés.

Le manque de temps nuit à la qualité de la relation soignants-soignés, au grand désespoir des patients, qui ressentent et se plaignent de ce manque de communication.

Enfin, l'institutionnalisation est associée à la perte de repères. En quittant son domicile, le sujet âgé se sépare d'un lieu familier ; il laisse derrière lui des petits bouts de sa vie, représentés par des « objets-souvenirs ». Ceci peut être difficile à surmonter. C'est pour cette raison qu'au sein de l'unité, les chambres des patients peuvent être personnalisées, décorées avec des photos, des objets familiers et chers au patient. Des éléments de son histoire sont alors rassemblés autour de la personne âgée dans un cadre dont la composition est sécurisante.

L'entrée en institution est vécue différemment en fonction des attentes de chacun des sujets, de leur histoire passée, des liens qu'ils ont entretenus avec les autres. Je crois pouvoir avancer, sans trop risquer de me tromper, que la plupart du temps, l'institutionnalisation est plutôt mal vécue par les personnes âgées.

CONCLUSION

Par ce mémoire, j'ai tenté de rendre compte de l'importance de la communication auprès des personnes âgées.

La complémentarité du langage verbal et corporel leur permet de s'exprimer et de se faire comprendre. Au rôle de facilitation de la relation de soin, la communication associe une fonction de renarcissisation : elle permet au sujet âgé de se sentir exister. La psychomotricité permet non seulement à celui-ci de renouer avec un « corps-plaisir », mais aussi et surtout, de l'aider à retrouver du plaisir à communiquer, ce qui devrait contribuer au réinvestissement corporel, affectif et social.

Sur un plan professionnel, au-delà des « techniques », l'aspect relationnel joue un rôle essentiel. La communication constituant la base de toute relation, un travail thérapeutique efficace n'est envisageable qu'une fois cette relation établie avec le patient.

Actuellement, des fonds sont débloqués en faveur des personnes âgées. Cet aspect financier est certes, nécessaire à la création de structures ainsi qu'à l'amélioration de celles existantes ; cependant, il ne faut pas oublier pour autant l'importance d'un personnel suffisant et qualifié, pour la qualité des soins. La sensibilisation des soignants à l'aspect relationnel est primordiale. Apprendre à écouter l'autre et communiquer avec lui confirmera au patient qu'il n'est pas qu'objet de soins, mais une personne avant tout.

Je souhaiterais clore ce mémoire par une citation de Simone de Beauvoir :

« La vieillesse : que devrait être une société pour que dans sa vieillesse un homme demeure un homme ? La réponse est simple : il faudrait qu'il ait toujours été traité en homme. »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES :

- ALBARET J.M., AUBERT E., 2001, « Aspects psychomoteurs du vieillissement normal », in J.M. ALBARET, E. AUBERT, E. BEDOURET, V. CHAUMONT, F. COLLETTE, O. GORGY, M. ISINGRINI, A.C. JULLERAT, F. LEROUX, J.C. MARQUIE, L. MODANGE, A. ROUS DE FENEYROLS, I. SALLAGOÏTY, N. TESSIER, M. VAN DER LINDEN, Vieillesse et Psychomotricité, Solal, Marseille, pp.15-43.
- BALLOUARD C., 2003, « Partie 1 : Un métier d'aujourd'hui », « Partie 2 : Corps et langage en psychomotricité », in Le travail du psychomotricien, Dunod, Paris, pp.3-93.
- BOBIN C., 1999, La présence pure, Le temps qu'il fait, Cognac, 66 pages.
- CALZA A., CONTANT M., 1993, « La personne âgée : du comportement à l'acte imaginé », in Abrégés : Psychomotricité, Masson, 1999, Paris, pp.179-189.
- CARON R., 2000, Comprendre la personne âgée, Gaëtan Morin, Boucherville (Canada), 175 pages.
- CARRIC J.C., 2000, Lexique du psychomotricien, Vernazobres-Gregio, Paris.
- CORRAZE J., 1980, Les communications non-verbales, PUF, 2001, Paris, 233 pages.
- DE HENNEZEL M., 1995, La mort intime, Robert Laffont, Paris, 232 pages.
- DOLTO F., 1984, « Schéma corporel et image du corps », in L'image inconsciente du corps, Seuil, Paris, pp.7-60.

- DUQUENOY SPYCHALA K., 2002, «°Les processus du vieillissement°», « Accompagner », in Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer, Eres, Ramonville Saint-Agne, 106 pages.

- FAGHERAZZI-PAGEL H., 1993, Mourir en long séjour, Presses Universitaires de Nancy, Nancy.

- FEIL N., 1994, Validation, Pradel, Paris, 125 pages.

- FERREY G., LE GOUES G., 1989, « L'appareil psychique du sujet âgé », in Psychopathologie du sujet âgé, Masson, 1997, Paris, pp.1-11.

- HALL E.T., 1971, La dimension cachée, Seuil, Paris, 254 pages.

- KHOSRAVI M., 2003, « Première partie : communication spécifique avec les malades d'Alzheimer », in La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles, Doin, Rueil-Malmaison, pp.9-135.

- MARIEB E.N., 1999, « Le système nerveux central », in Anatomie et physiologie humaine, De Boeck Université, Québec (Canada), pp.404-455.

- MESSY J., 1992, La personne âgée n'existe pas, Payot et Rivages, 1994, Paris, 190 pages.

- PIERON H., 1951, Vocabulaire de la psychologie, PUF, Paris, 587 pages.

- RONDAL J.A., 1989, Langage oral, pp.26-27

- Dictionnaire fondamental de la psychologie, 1997, Larousse, Paris.

ARTICLES :

- BRANDILY A., 1996, « Interview de Jacques MESSY », in Thérapie psychomotrice et recherches, n°106, pp.4-10.
- JOSSOT C., SEBBANE G., 1997, « psychomotricité et fin de vie », in Evolutions psychomotrices, n°35, vol.9, pp.23-31.
- PONTON G., 1996, « La psychomotricité auprès du sujet âgé », in Thérapie psychomotrice et recherches, n°106, pp.30-33.
- SALOME J., 2000, « Le toucher », « A l'écoute des langages du corps ou la communication non-verbale entre l'adulte et l'enfant », in Cahiers de la puéricultrice, n° 146, pp.7-11 et pp.28-34.

COLLOQUE :

- TESSIER N., 1997, « Une technique psychomotrice : le toucher thérapeutique », 2^o Journée de psychomotricité en gérontologie, Actes du colloque de la 2^o journée de psychomotricité en gérontologie de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Paris, pp.4-12.

INTERNET :

- Site www.logicomfrance.com, programme de stage sur la communication verbale et non-verbale.
- site www.sciences-arts.org, article concernant la suprématie du verbal.
- site www.wikipédia.org, l'Encyclopédie libre, recherche sur la communication.

LEXIQUE

- **Acouphène** : sensation auditive anormale qui n'est pas provoquée par un son extérieur.
- **Aphasie** : perte du langage se traduisant par un désordre langagier en lien avec un dysfonctionnement (secondaire à une lésion ou non) des structures cérébrales spécifiquement mises en jeu lors du traitement de l'information langagière.
- **Apraxie idéatoire** : altération des gestes complexes nécessitant plusieurs étapes dans la réalisation du geste ; l'initiation du geste réclame l'évocation de la finalité de l'acte.
- **Arthrose** : lésion dégénérative des articulations. Lésion destructive des cartilages articulaires, associée à une prolifération de tissu osseux sous-jacent.
- **Attention divisée** : capacité à maintenir son attention sur une cible en présence d'un élément distracteur.
- **Attention soutenue** : capacité à soutenir, pendant un temps relativement long, un niveau d'attention.
- **A.V.C.** : l'Accident Vasculaire Cérébral est un déficit neurologique soudain d'origine vasculaire présumée. Cette définition très large implique que tout A.V.C. comporte d'une part une lésion (ou un dysfonctionnement) du parenchyme cérébral responsable du déficit neurologique, et d'autre part une lésion vasculaire sous-jacente qui est la cause immédiate de l'accident. L'A.V.C. est encore appelé « attaque », « ictus », ou « congestion cérébrale ».
- **Cataracte** : opacification du cristallin, qui perd sa transparence et devient blanc ou brun lorsque l'opacification est totale. Il en résulte une diminution de la capacité visuelle.
- **Dégénérescence neurofibrillaire** : due à un enchevêtrement de fibrilles insolubles dans le corps cellulaire des neurones et pouvant s'étendre jusque dans leurs dendrites.

- **Diverticulose colique** : caractérisée par la présence de diverticules (cavité en cul-de-sac communicant avec un organe creux : intestin, œsophage, vessie) sur le côlon, surtout le gauche. C'est une affection le plus souvent latente, découverte à l'examen radiologique. Elle peut se compliquer de constipation, de diarrhée, d'hémorragie, et de diverticulite.

- **Dolichocôlon** : allongement excessif du gros intestin.

- **Ectropion** : renversement des paupières en dehors.

- **Empathie** : capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions. Il ne s'agit donc pas de prendre la place du patient, mais de comprendre la vie intérieure d'autrui.

- **Entropion** : renversement des paupières en dedans.

- **Glaucome** : augmentation de la pression interne qui augmente la dureté du globe oculaire et entraîne une compression du nerf optique.

- **Libido** : énergie issue des transformations de la pulsion sexuelle.

- **Mémoire sémantique** : elle concerne la reconnaissance du monde, du langage, de la signification des mots, de leurs règles d'utilisation.

- **Plaques séniles** : agrégats de cellules et de neurofibres dégénérées autour d'un centre protéique.

- **Presbyacousie** : atteinte dans la perception des consonnes et des sons aigus associée à une gêne dans le bruit.

- **Prosodie** : caractères quantitatifs (durée) et mélodiques des sons en tant qu'ils interviennent dans la poésie. Elle correspond à la mélodie des phrases.

- **Pulsion** : tendance permanente et habituellement inconsciente, qui dirige l'activité d'un individu. Pour Freud, une pulsion a sa source dans une excitation sexuelle.

Résumé :

En vieillissant, chaque personne subit un ensemble de processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les formes de son organisme. Ces phénomènes l'amènent progressivement à être mise à l'écart de notre société actuelle.

De par son approche corporelle, la psychomotricité tient une place privilégiée en unité de Long-Séjour. Elle contribue à aider le sujet âgé à utiliser son langage, verbal ou corporel, afin d'être en relation avec son entourage.

En m'appuyant sur des références théoriques et des illustrations cliniques, j'aborde à travers ce mémoire, l'importance de la communication pour les personnes âgées.

Mots-clés :

- Personne âgée
- Communication
- Parole
- Langage corporel
- Equipe soignante
- Toucher thérapeutique
- Disponibilité
- Ecoute

Summary:

As one grows older, each person goes through a number of physiological and psychological processes which modify the structure and the nature of one's make-up. These changes result in the elderly being gradually marginalised from today's society.

Through its body-focused approach, psychomotricity plays a key role in long-stay treatment units. Psychomotricity helps elderly people to use their body language both verbal and physical in order to maintain relationships with those immediately surrounding them.

Through this paper, I aim to review the importance of communication for elderly people by using theoretical references and clinical illustrations.

Key Words:

- Elderly Person
- Communication
- Verbal expression
- Body language
- Treatment team
- Touch therapy
- Availability
- Listening