

**Intérêt d'un  
accompagnement psychomoteur  
de la personne vieillissante  
en « post-chute ».**

Mémoire présenté par Elise ROCHER  
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire :

Malika Taganza

Session de JUIN 2008

## **REMERCIEMENTS**

J'adresse mes sincères remerciements aux maîtres de stage qui m'ont accueilli pendant ma formation, ils m'ont fait partager leurs expériences et leur passion de la profession, et Mr BRANDILY pour ses réflexions riches de philosophie humaine.

Un grand merci naturellement aux résidents de la maison de retraite pour tous les bons moments passés auprès d'eux.

Je remercie tout particulièrement Malika TAGANZA, ma maître de mémoire, pour son écoute, ses conseils et le temps qu'elle m'a consacré.

Je remercie tout ceux qui ont été présent à mes côtés ces trois années, ma famille surtout et mes amis, pour leur écoute, leur soutien et parfois leur patience.

« C'est par la disponibilité de sa présence corporelle que le psychomotricien va éveiller le sujet âgé à vivre une nouvelle présence à son corps. Ce dernier pourra peut être se laisser surprendre par un possible auquel il ne croyait plus. Le plaisir viendra peut être remplacer l'effort. La détente tentera d'alléger le poids des ans, l'harmonisation du tonus réaccordera peut être la musique des gestes, le rire viendra peut être enfin éclairer le corps enraidí par le vieillissement. Comme si ce rapprochement par la conscience corporelle venait créer une nouvelle distance qui permette de sortir de l'étroitesse de l'âge pour regagner l'immensité du bien-être. La vieillesse ne sera peut être plus alors vécue comme une fatalité, la maladie comme un échec et l'hospitalisation comme une rupture car le temps à vivre peut rester inscrit dans l'évolution d'un sujet âgé totalement impliqué dans son devenir. »

PONTON G.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> PONTON G., 1996, « La psychomotricité auprès du sujet âgé », in Théorie psychomotrice et recherches, n° 106, p. 30-33.

# SOMMAIRE

Remerciements

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 - THEORIE.....</b>	<b>2</b>
<b>1. LA PERSONNE VIEILLISSANTE.....</b>	<b>2</b>
1.1. Le concept de vieillesse .....	2
1.1.1 Quelques définitions .....	2
1.1.2 Sociologie et démographie du vieillissement actuel .....	3
1.2. Les effets du vieillissement sur l'organisme .....	5
1.2.1 Effets du vieillissement sur le système nerveux.....	6
1.2.2 Effets du vieillissement sur les organes des sens .....	7
1.2.3 Effets du vieillissement sur le système cardio-vasculaire .....	8
1.2.4 Effets du vieillissement sur le système respiratoire.....	9
1.2.5 Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur .....	9
1.2.6 Effets du vieillissement sur les récepteurs corporels.....	10
1.2.7 Vieillesse et troubles de la marche.....	11
1.3. Le vieillissement psychique.....	12
1.3.1 Le fantasme d'éternité .....	12
1.3.2 La crise du milieu de vie et expérience de terminaison.....	14
1.3.3 Les pertes et les deuils .....	14
1.3.4 Le narcissisme vieillissant.....	15
1.3.5 Métapsychologie : le conflit topique et les défenses .....	16
<b>2. LA CHUTE ET SES RETOMBEES... ..</b>	<b>17</b>
2.1. Le concept de chute .....	17
2.1.1 Définitions .....	17
2.1.2 Données épidémiologiques.....	18
2.2. L'étiologie de la chute .....	19
2.2.1 Les facteurs intrinsèques .....	19
2.2.2 Les facteurs extrinsèques.....	22
2.3. Comment anticiper la chute .....	22
2.3.1 La prévention et le dépistage.....	22
2.3.2 Evaluer le risque de chute.....	23

2.4.	Les conséquences de la chute .....	23
2.4.1	Les conséquences médicales et sociales .....	24
2.4.2	Les phénomènes psychologiques engendrés par la chute.....	25
2.4.2.1	Chute et dépression.....	25
2.4.2.2	Chute et angoisse de mort.....	26
2.4.2.3	Chute et deuils .....	27
2.4.3	Les conséquences psychomotrices de la chute .....	28
2.4.3.1	La peur de tomber.....	28
2.4.3.2	La phobie de la marche.....	29
2.4.3.3	Le syndrome de l'après chute.....	29

### **3. LA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'APRES CHUTE. .... 33**

3.1.	Exemples de propositions psychomotrices liées à la chute .....	33
3.2.	Quelle attitude thérapeutique adopter face à la chute ? .....	35
3.3.	Objectifs et orientations d'une telle prise en charge.....	36
3.4.	La complémentarité avec les autres paramédicaux .....	39

## **2 - CLINIQUE ..... 41**

### **1. LE CADRE DU STAGE ..... 41**

1.1.	L'institution.....	41
1.1.1	Présentation générale.....	41
1.1.2	Description des lieux .....	41
1.1.3	Rythme de vie des résidents .....	42
1.1.4	Le personnel .....	43
1.2.	Place de la psychomotricité .....	43
1.3.	Mon action au sein de l'EHPAD .....	44
1.3.1	L'atelier corps et motricité .....	44
1.3.2	Les prises en charges individuelles .....	45

### **2. LES ETUDES DE CAS..... 46**

2.1.	Etude de cas de Mme A. ....	46
2.1.1	Histoire personnelle.....	46
2.1.2	Bilan psychomoteur et projet thérapeutique.....	47
2.1.3	Suivi et évolution de la prise en charge.....	51

2.2.	Etude de cas Mme D. ....	55
2.2.1	Histoire personnelle .....	55
2.2.2	Bilan psychomoteur et projet thérapeutique .....	57
2.2.3	Suivi et évolution de la prise en charge .....	61

### **3 - DISCUSSION ..... 65**

#### **1. CHUTE PHYSIQUE ET EFFONDREMENT PSYCHOLOGIQUE..... 65**

1.1.	Des modifications corporelles... ..	65
1.2.	... aux retentissements psychologiques .....	67
1.3.	Chute et dépression .....	70

#### **2. ROLE DU THERAPEUTE EN PSYCHOMOTRICITE..... 72**

2.1.	Dans l'après chute.....	72
2.2.	En gériatrie.....	74

#### **3. PSYCHOMOTRICITE ET CONSCIENCE DU TEMPS..... 78**

3.1.	Le temps en gériatrie.....	79
3.2.	Le temps, la personne âgée et le soignant.....	80
3.3.	Le cadre de la PEC.....	82

#### **4. A LA RECHERCHE DE MON IDENTITE PROFESSIONNELLE ..... 83**

### **CONCLUSION ..... 87**

### **BIBLIOGRAPHIE**

### **ANNEXES**

## Introduction

PONTON G. nous interroge : « *Combien de sujets âgés se mettent autant qu'ils peuvent loin du bas ?* », cela en référence à l'attitude caractéristique de rétropulsion, que l'on observe chez les personnes ayant chuté. Ne signifie-t-elle pas, en réalité, qu'elles cherchent à conserver une distance par rapport à la terre, comme si elles se retenaient de tomber.

Tout le dialogue que la marche a construit avec le sol vient de se rompre, « *le lien à la terre est devenu mortel car tomber à cet âge c'est mourir* ». Ce n'est pas la chute en elle-même qui fait mourir, mais bien l'élan brisé par la rupture de l'appui au sol. « *Si le sujet âgé ne sait pas où il va aller, il ne peut pas se relever de cette chute* » d'autant plus si son devenir est sa propre finitude. La chute va donc servir d'amorce à ce que la personne cherche en vain à échapper en se retenant de tomber. « *Dans cette retenue, la personne n'a plus d'appui en elle-même, elle ne peut s'appuyer sur son environnement, tout se dérobe sous ses pas, la confiance est perdue, la terre la trahit, le sol dessine l'ombre de sa tombe* ».

La chute est potentiellement plus à même de se produire chez les personnes âgées du simple fait du vieillissement. Elle devient une préoccupation majeure dans les équipes soignantes compte tenu des répercussions qui peuvent être dramatiques, notamment dans l'apparition du syndrome post-chute. Par conséquent où se trouve l'intérêt de notre action si nous avons conscience qu'elle peut se produire malgré tout ? J'ai ainsi tenté d'y répondre dans le contenu de mon mémoire.

Celui-ci consiste en une approche du vieillissement et de la notion d'après chute comme facteur favorisant la mise en place d'un état grabataire en l'absence d'une prise en charge rapide, adaptée et efficace dès la première chute. Il sera plus axé sur l'intérêt de la prise en charge psychomotrice auprès de personnes âgées ayant chuté, notamment sur la place centrale du corps et l'incidence psychologique que peut provoquer un tel événement.

Pour ce faire, je vais vous présenter une approche méthodique de ce mémoire, à partir d'un aspect théorique dont les principaux thèmes sont : la personne vieillissante et les effets du vieillissement sur le corps, la chute et ses retombées aussi bien corporelles que psychologiques et enfin, la prise en charge psychomotrice et son intérêt dans l'après chute; suivi d'un aspect pratique avec illustration de deux cas cliniques ; puis d'une réflexion.

# THEORIE



# 1 - THEORIE

## 1. La personne vieillissante

### 1.1. Le concept de vieillesse

#### 1.1.1 Quelques définitions

##### La personne âgée

La personne âgée ne peut se définir généralement car cette notion est soumise à la multiplicité des points de vue.

En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une définition à partir de l'âge chronologique. Ainsi elle parle de personnes d'un certain âge pour les personnes de plus de 50 ans, de personnes âgées entre 60 et 74 ans, de vieillard entre 75 et 90 ans et enfin de grands vieillards au delà de 90 ans.

Pour les sociologues, une personne est dite âgée à partir de l'âge de cessation de l'activité professionnelle c'est à dire entre 55 et 65 ans.

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie, la notion de 4ème âge est apparue. Une personne du 3ème âge est une personne dont l'âge est strictement supérieur à 65 ans, alors qu'une personne du 4ème âge est une personne dépendante pour les activités de la vie quotidienne montrant des difficultés d'adaptation à l'environnement.

MESSY J.<sup>2</sup>, nous parle de l'expression ô combien anonyme de personne âgée qui désigne selon lui « *une catégorie sociale regroupant les individus appartenant à une même profession, ou comme le nom d'un pays sert de racine à la désignation de ses habitants* ». D'après lui, cette appellation fait disparaître le sujet avec son histoire personnelle, ses particularités de même que son caractère. Toutefois, il est admis que le terme de personne âgée fait référence à un état dont la cause est le processus de vieillissement.

##### Le vieillissement

MESSY J. (Op. Cit. p.44) distingue le vieillissement de la vieillesse :

Le vieillissement est un processus irréversible qui s'inscrit dans le temps. Il débute dès la naissance et s'achève avec la mort.

---

<sup>2</sup> MESSY J., 1992, La personne âgée n'existe pas. Payot et Rivages, Paris, p.36

La vieillesse n'est pas un processus mais un état, nous précise MESSY J., « *l'apparition de la vieillesse se ferait à l'occasion d'une rupture brutale et d'équilibre entre pertes et acquisitions* » et notamment lorsqu'une perte ne serait pas suivie d'une acquisition.

On distingue le vieillissement « normal » ou sénescence, qui est un processus progressif et irréversible d'altération de l'organisme quant à son adaptation aux conditions de son environnement, du vieillissement « pathologique » ou sénilité lorsque la personne est dans l'angoisse de développer une maladie. La sénilité se définit comme une « *affection physique et surtout intellectuelle reliée au vieillissement* » (Larousse, 2003) et fait référence à l'ensemble des aspects pathologiques et régressifs du 3<sup>ème</sup> âge. Il faut bien comprendre que ce concept est un peu artificiel puisque les changements qui apparaissent lors du vieillissement normal prédisposent à la maladie.

Viellir n'est pas une maladie, mais on observe une déficience dès l'âge de 50 ans (âge d'entrée dans le vieillissement pour Freud), avec une vitesse de réaction plus lente notamment en termes de rentabilité psychique. Il y a également un ralentissement des activités motrices ainsi qu'une plus grande fatigabilité auxquels s'ajoute un début d'affaiblissement de la mémoire.

### 1.1.2 Sociologie et démographie du vieillissement actuel

#### **Aspect démographique**

Le vieillissement de la population est devenu une évidence dans les pays industrialisés, tout particulièrement en Europe. Cependant, cette expression est souvent employée par les médias et peut donner lieu à des confusions nous explique LE BOURG E.<sup>3</sup>

En effet une population ne vieillit pas comme on entend ce terme pour un individu. Il s'agit en réalité de ce que l'on appelle « la structure par âge de la population » qui se modifie avec une plus grande proportion de personnes âgées aujourd'hui que jadis qui a pour conséquence une augmentation de l'âge moyen de la population.

---

<sup>3</sup> LE BOURG E., 2006, Le vieillissement : faits, peurs et fantasmes. Vuibert, Paris, p.68-71.

## **La pyramide des âges**

La pyramide des âges se modifie et prend peu à peu une forme évasée du fait de l'augmentation du nombre des personnes de plus de 60 ans (cf. Annexe1). Le recensement de 2007 comptait 61,5 millions d'habitants dont 10 millions de plus de 65 ans. D'après certaines hypothèses de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ajustée en 2006, il semblerait que la proportion des moins de 20 ans devrait être de 21,9% en 2050 et celle des plus de 65 ans de 26,2%.

On assiste donc à une augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population. Le même phénomène s'observe dans tous les pays développés et d'après LE BOURG E., il débute également dans beaucoup de pays du Tiers Monde.

## **L'espérance de vie**

Cela nous amène à l'espérance de vie qui se définit par le nombre d'années qui restent à vivre, dans les conditions du moment, pour une personne prise à un âge donné, compte tenu des taux actuels de mortalité.

L'espérance de vie humaine croit actuellement, dans les pays industrialisés de 0,2%/an et serait l'effet, nous dit LE BOURG E.<sup>4</sup>, « de la situation sanitaire, économique et sociale du pays mais aussi des comportements des individus dans leur consommation et gestion de santé ». Concrètement, une fille sur deux née en 2007 à l'espérance de vie d'être centenaire.

*Le vieillissement démographique et l'accroissement de l'espérance de vie laisse présager une augmentation sensible de l'incidence des chutes dans les années à venir. Leur coût et leurs conséquences constituent un réel problème de santé publique.*

## **Aspect socio-économique du vieillissement**

Du fait de ces changements démographiques, les politiques de santé publique mises en place ont permis l'amélioration des conditions socio-économiques et hygiéniques, de même que la prise en charge prolongée des sujets âgés en perte d'autonomie.

Compte tenu de l'augmentation des personnes âgées en perte d'autonomie, il est important de se projeter dans l'avenir (ne serait ce déjà dans le présent) car les besoins vont continuer d'augmenter, de même que la demande.

---

<sup>4</sup> LE BOURG E., 2006, Le vieillissement : faits, peurs et fantasmes. Vuibert, Paris, p.68.

Les institutions n'étant pas suffisamment nombreuses, le plan Alzheimer 2008-2012 vise à favoriser le maintien et les prises en charge à domicile, sachant qu'il y a davantage de chute en structure qu'à domicile. Mais les institutionnalisations sont à considérer du fait du grand âge, de la dépendance et des besoins qu'elles nécessitent.

Concernant la vie des personnes âgées, LE BOURG E. nous confirme que les structures de soins et d'accueil sont en retard sur celles des pays nordiques. On construit encore trop peu de résidences permettant, au delà de la mixité sociale, la mixité entre les générations pour laquelle les idées ne manquent pas (crèche et maison de retraite dans le même bâtiment, logement mixte pour entraide...).

## 1.2. Les effets du vieillissement sur l'organisme

*« Tout ce qui vit, vieillit, le vieillissement n'est pas une maladie mais un processus biologique fondamental. »* TAVERNIER-VIDAL et MOUREY<sup>5</sup>

Ce processus physiologique se déroule sans qu'on ait à le décider, notre corps change et notre rythme se ralentit. En même temps que l'homme s'adapte pour vivre plus longtemps, sa capacité d'adaptation physiologique diminue. La personne âgée est plus souvent malade et plus lente à réagir. Cependant, BOURLIERE (Ibidem) nous précise que *« si la sénescence est inéluctable, universelle, progressive et irréversible, elle n'est en aucun cas uniforme, le vieillissement est donc différentiel »*.

Le vieillissement s'accompagne également d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme nous disent TAVERNIER-VIDAL et MOUREY (Op.Cit. p.13). D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles (stress, effort, maladies aiguës). Cette diminution induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression, d'où la fragilisation des différentes fonctions et de l'organisme dans son ensemble.

---

<sup>5</sup> TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F., 1999, Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé. Frison-Roche, p. 11.

## 1.2.1 Effets du vieillissement sur le système nerveux

De nombreuses modifications neuropathologiques et neurobiologiques du système nerveux central ont été décrites au cours du vieillissement parmi lesquelles il faut mentionner : la diminution du nombre de neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et la diminution de certains neurotransmetteurs (en particulier l'acétylcholine).

Les fonctions motrices et sensitives centrales sont peu modifiées par le vieillissement. En revanche, le **vieillissement du système nerveux central** se traduit par une augmentation des temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques concernant notamment l'acquisition d'informations nouvelles.

Le vieillissement s'accompagne également d'une réduction et d'une déstructuration du sommeil. La diminution de sécrétion de mélatonine par l'épiphyse rend compte au moins en partie, selon le Corpus de Gériatrie<sup>6</sup> d'une désorganisation des rythmes circadiens chez les personnes âgées.

L'ensemble de ces modifications concourent à majorer la vulnérabilité cérébrale des personnes âgées à l'égard des agressions et notamment le risque de syndrome confusionnel. De plus la diminution du nombre de fibres fonctionnelles mesurables par l'augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques est à l'origine d'une hypopallesthésie<sup>7</sup> qui favorise l'instabilité posturale.

**Le vieillissement du système nerveux autonome** se caractérise par une hyperactivité sympathique et par une réduction des réponses sympathiques en raison d'une diminution de sensibilité des récepteurs aux catécholamines. La tachycardie induite par l'effort est ainsi moins marquée chez les personnes âgées que chez les adultes d'âge moyen.

Selon TAVERNIER-VIDAL<sup>8</sup>, la motricité automatique s'altérerait davantage avec l'âge que la motricité volontaire. En effet, les mouvements des membres supérieurs, la plupart du temps volontaires, sont plus longtemps conservés alors que l'activité des membres inférieurs, impliquant principalement des automatismes de marche et d'équilibration, semblent se désadapter rapidement. Selon elle, cette dégradation au niveau des membres

---

<sup>6</sup> Collège national des enseignants de gériatrie, 2000, Corpus de gériatrie, Tome 1, Montmorency ; p.9-13.

<sup>7</sup> Diminution de la sensibilité proprioceptive

<sup>8</sup> TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F., 1999, Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé. Frison-Roche, p.38.

inférieurs peut s'expliquer par le fait qu'à ce niveau « *les axones sont les plus longs de l'organisme et par conséquent atteints plus précocement par le vieillissement* ».

Le vieillissement cérébral apparaît donc comme un phénomène complexe qui s'exprime à tous ces niveaux hiérarchiques. Pour FONTAINE R.<sup>9</sup>, « *la sévérité du vieillissement est variable entre les individus et entre les aires cérébrales* ». L'effet du vieillissement est avant tout différentiel.

*Les atteintes des fonctions cérébrales et nerveuses ne sont en aucun cas à négliger. La personne perd petit à petit ses repères, ses capacités mentales s'amointrissent et elle met de plus en plus de temps pour faire les choses qu'elle maîtrisait parfaitement auparavant. De ce fait, l'écart entre les possibilités objectives et subjectives du patient se creuse, renforçant davantage le risque de chute.*

### 1.2.2 Effets du vieillissement sur les organes des sens

L'avancée en âge provoque des modifications de la perception et de la prise d'information des cinq sens. La vue, l'ouïe, le goût, l'odorat ou le toucher (proprioception) peuvent être touchés de façon variable, indépendamment ou conjointement. Nous allons nous intéresser tout particulièrement à la vue et l'ouïe, le toucher et la proprioception seront davantage développés dans les récepteurs corporels (cf. p.10).

**Le vieillissement oculaire** s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (appelé communément presbytie) gênant la lecture de près. Ce processus débute dès l'enfance, mais les conséquences fonctionnelles apparaissent à l'âge de la cinquantaine.

Il se produit une opacification progressive du cristallin débutant à un âge plus tardif et retentissant sur la vision (la cataracte).

On note également la présence fréquente de dégénérescence maculaire liés à l'âge (DMLA) mais aussi de glaucomes<sup>10</sup> chez la personne âgée, qui peut être une cause de cécité.

---

<sup>9</sup> FONTAINE R., 2007, Psychologie du vieillissement. Dunod, Paris, p.37.

<sup>10</sup> Trouble oculaire caractérisé par une atrophie de la rétine, une pression anormale dans l'œil et un durcissement des tissus oculaires

Il est établi que l'altération de la fonction visuelle entraîne une diminution de l'autonomie, un risque de chute multiplié par deux si l'acuité visuelle est inférieure à 20/30, et augmente de façon significative les symptômes dépressifs.

**Le vieillissement** entraîne des modifications morphologiques qui touchent toutes les structures **de la chaîne auditive** et particulièrement l'appareil cochléo-vestibulaire (oreille interne) responsable de l'équilibration. Il s'agit d'une dégénérescence donnant lieu à une perte progressive de l'audition (baisse dans la perception des sons purs) à l'origine d'une presbyacousie<sup>11</sup>.

Il y existe également des troubles fonctionnels, comme les acouphènes<sup>12</sup> ou les vertiges, à ne pas négliger. Ils sont fréquents chez les personnes âgées et constituent des gênes au quotidien.

### 1.2.3 Effets du vieillissement sur le système cardio-vasculaire

Le débit cardiaque au repos est stable et peu diminué à l'effort avec l'avancé en âge. Toutefois, le vieillissement cardiaque s'accompagne de modifications anatomiques telles que l'augmentation de la masse cardiaque et l'épaisseur pariétale du ventricule gauche à l'origine du moins bon remplissage ventriculaire par défaut de la relaxation ventriculaire.

Cette altération de la fonction diastolique est habituellement compensée par la contraction des oreillettes et la préservation de la fonction systolique ventriculaire de débit cardiaque. Le vieillissement de la paroi artérielle montre des modifications structurelles de l'élastine, la rigidification du collagène et l'altération de la vasomotricité artérielle.

La diminution de la compliance artérielle qui en résulte rend compte de l'augmentation de la pression artérielle systolique avec l'âge.

---

<sup>11</sup> Baisse de l'audition lentement évolutive survenant chez des sujets âgés de plus de 50 ans qui se plaignent d'une gêne importante dans le bruit et d'un trouble de compréhension dans les conversations

<sup>12</sup> Bourdonnements d'oreille

## 1.2.4 Effets du vieillissement sur le système respiratoire

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction du volume des muscles respiratoires rendent compte de la réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement.

On constate une augmentation du volume aérien non mobilisable en fin d'expiration et une réduction du calibre des bronches distales qui diminue les débits expiratoires.

Par ailleurs, la capacité de diffusion de l'oxygène et la pression partielle en oxygène du sang artériel diminue progressivement avec l'âge.

Ces modifications deviennent gênantes lorsque les besoins respiratoires augmentent, c'est à dire à l'effort. Elles prédisposent à certaines pathologies comme les bronchites ou les pneumopathies infectieuses, d'où l'importance de vacciner les personnes âgées contre la grippe. L'exercice physique régulier peut permettre d'améliorer les capacités respiratoires.

*Le vieillissement des grandes fonctions respiratoire et cardio-vasculaire sont des éléments à prendre en compte concernant les risques de chute. Il est nécessaire de se tenir informé des antécédents médicaux du patient et des traitements en cours, notamment des effets secondaires de ceux-ci pouvant se manifester dans notre prise en charge.*

## 1.2.5 Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur

Ce système est l'un des plus précocement atteint pas la sénescence. Il paraît évident que l'appareil locomoteur ne peut se dissocier qu'artificiellement et pour des besoins de clarté, du système nerveux, cardio-vasculaire et respiratoire, ceux-ci apportant l'énergie nécessaire au travail musculaire.

**Le vieillissement du muscle** squelettique se traduit sur le plan histologique par une diminution de la densité en fibres musculaires (principalement de type II), sur le plan anatomique par une sarcopénie<sup>13</sup> et sur le plan fonctionnel par une diminution de la force

---

<sup>13</sup> Réduction de la masse musculaire



musculaire. Les muscles sont donc remplacés par du tissu conjonctif entraînant alors une diminution de la force musculaire, de la force physique et des raideurs articulaires. On observe également fréquemment chez le sujet âgé une contraction résiduelle qui entraîne une difficulté au relâchement.

**Le vieillissement osseux** se caractérise par une ostéopénie<sup>14</sup> et par la diminution de la résistance mécanique de l'os. La réduction de la taille chez les personnes âgées est due au raccourcissement de la colonne vertébrale (de 1,2 à 5 cm). On observe également une cyphose qui oblige la personne à se pencher vers l'avant et à plier les genoux de façon à maintenir son centre de gravité.

**Le vieillissement du cartilage articulaire** se caractérise essentiellement par la diminution de son contenu en eau, la réduction du nombre de chondrocytes<sup>15</sup> et la modification de sa composition en glycosaminoglycanes<sup>16</sup>. Ces modifications génèrent un amincissement du cartilage et une altération de ses propriétés mécaniques à l'origine d'une fragilité, accentuée par l'existence d'ostéophytes marginaux.

Concrètement, les ligaments se calcifient, s'ossifient et les articulations rapetissent parce que les surfaces articulaires s'érodent. Cela entraîne l'apparition d'arthrose (dégénération articulaire) responsable de douleurs et d'une gêne fonctionnelle (ex : coxarthrose) associée à de l'arthrite (rhumatisme inflammatoire).

### 1.2.6 Effets du vieillissement sur les récepteurs corporels

Les modifications liées au vieillissement concernant les systèmes vasculaire et neurologique (atrophie et diminution du nombre de terminaisons nerveuses) ont des retentissements sur la sensibilité somatique, et cela à deux niveaux.

Les **extérocepteurs** cutanés pour la sensibilité superficielle, concourent à la perception de la température (chaud, froid), de la douleur et de la pression. TAVERNIER-

---

<sup>14</sup> Fragilisation progressive du tissu osseux due à une diminution de sa densité. L'ostéopénie se situe entre l'os normal et l'ostéoporose, qui est une raréfaction pathologique du tissu osseux

<sup>15</sup> Cellules composant le cartilage.

<sup>16</sup> Cellules formant d'importants composants du tissu conjonctif, représentant 30% de la matière organique.

VIDAL<sup>17</sup> nous explique que la sensibilité tactile et discriminative diminuent avec l'âge, et que l'altération des sensations est plus significative au niveau de la partie distale des membres inférieurs (pied) : organe clef de l'équilibre et de la marche.

De plus il convient de souligner le problème majeur d'escarre consécutif au vieillissement physiologique également associé à cette baisse de sensibilité somatique. Cet appauvrissement de sensations peut donc être responsable de blessures avant que la personne âgée n'en prenne conscience.

Les **propriocepteurs** se trouvent au niveau musculaire, tendineux et articulaire et concernant la sensibilité profonde. Peu de choses, nous explique MOUREY, sont connues concernant les modifications de ces récepteurs au cours du vieillissement, si ce n'est que leur nombre diminue. Cependant il est admis que l'utilisation fréquente d'une partie du corps, comme par exemple le membre supérieur dominant, facilite la maintenance de la sensibilité, *a contrario*, de sa non utilisation.

Elle note également que la proprioception peut être affectée par différentes pathologies articulaires ou tendineuses du vieillissement, par exemple l'arthrose, qui modifie les perceptions ou entraîne des douleurs.

*Par leur importance dans la prise d'information nécessaire à la personne âgée lors de ces déplacements quotidiens ou pour ses diverses activités, le vieillissement des fonctions perceptives se doit d'être prévenu au maximum. Il est la base de la sensorialité et par conséquent de la communication avec les autres et l'environnement. De plus, la baisse de sensibilité des récepteurs (sensoriels) constituent un véritable facteur de perte d'équilibre et par conséquent de chute potentielle.*

### 1.2.7 Vieillesse et troubles de la marche

Les effets du vieillissement sur des grandes fonctions de l'organisme ont inexorablement un impact sur la marche. En effet, une perception moins bonne du relief suite à une baisse de l'acuité visuelle, ajoutée à des troubles de l'équilibre dus à des perturbations vestibulaires, sans oublier les modifications de l'appareil locomoteur sont vecteur de troubles de la marche et donc de chute.

---

<sup>17</sup> TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F., 1999, Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé. Frison-Roche, 33-34.

On peut alors observer un allongement du temps de réaction qui concoure à une marche moins performante et à une moindre adaptabilité de la posture au terrain. Le pas est plus rapide et plus court, les pieds moins élevés donc plus à même d'accrocher un relief.

Les mécanismes parachutes sont aussi moins efficaces. La personne âgée a des réflexes moins vifs et bien souvent on constate que lors de la chute, il y a eu un traumatisme dû à l'absence de gestes de protection. La personne a donc moins de facilité à esquiver un danger et à se rattraper lors d'un faux pas ou d'un trébuchement.

*Le vieillissement de l'appareil locomoteur est physiologique et peut s'accompagner de troubles entraînant des modifications pathologiques de la structure osseuse. Il est indéniablement source de défaillances concernant la posture et la locomotion qui sont tous deux de véritables facteurs de chute chez la personne âgée, chute aux conséquences traumatiques, psychiques et sociales importantes.*

### 1.3. Le vieillissement psychique

L'évolution psychique n'est pas identique pour chaque sujet humain qui vieillit. Il semble d'ailleurs qu'elle ne soit pas linéaire, mais évoluant par crise avec des moments de régression et des moments de progression.

Je vais faire référence aux concepts de Freud, le pionnier dans ce domaine, repris par le psychanalyste LE GOUES G.<sup>18</sup>, qui s'est particulièrement intéressé à cette question du vieillissement normal et pathologique, et auteur d'ouvrages de références sur le sujet.

Tous ces processus psychiques abordés ci dessous sont loin d'être exhaustifs. Ils sont intimement liés les uns aux autres et en interaction perpétuelle, s'exprimant de façon plus significative chez la personne vieillissante mais présents chez l'individu tout au long de sa vie.

#### 1.3.1 Le fantasme d'éternité

Pour LE GOUES G.<sup>19</sup>, « le vieillissement psychique n'est pas un événement comme la naissance, mais un processus lent et progressif comparable à celui de la croissance ». On peut lui assigner un début puisque ce vieillissement commence au moment où le fantasme

<sup>18</sup> LE GOUES G., 2000, L'âge et le principe de plaisir. Dunod, Paris, 153 p.

<sup>19</sup> LE GOUES G., 2000, L'âge et le principe de plaisir. Dunod, Paris, p.8.

d'éternité rencontre une limite, jusque là ignorée par la libido, qui est mis à mal par un fléchissement durable, fléchissement aux multiples conséquences : affectives, mentales, corporelles, professionnelles ou sociales.

La libido, ainsi précitée, fait référence à notre énergie vitale. Pour Freud, nous dit LE GOUES G., elle se fixe dans un premier temps sur un objet (libido d'objet) pour ensuite, s'en retirer du fait des conditions externes et internes, et retourner dans le moi (libido narcissique). Cela nous renvoie à la notion de narcissisme primaire et secondaire que Freud développera également.

Le fantasme d'éternité consiste à penser que la mort ne nous menace pas vraiment, comme si elle n'était qu'un malheur n'arrivant qu'aux autres. En effet, le constat qui est de dire que nous continuons à vivre alors que les autres disparaissent, ne serait-ce pas le signe d'une toute puissance « *mégalomaniaque infantile* » qui continue à œuvrer, nous dit LE GOUES G.<sup>20</sup>, pour nous offrir l'illusion d'une place à part.

Ce fantasme est alimenté par la conviction narcissique du moi en son immortalité. « *Le moi, dès l'origine, se pose comme s'il était impérissable – à l'instar de l'inconscient dont il est issu et où il reste partiellement plongé - tant qu'il n'a pas suffisamment reconnu la castration qui l'oblige à s'admettre périssable, c'est à dire engagé dans une expérience limitée* ».

La personne vieillissante va donc poursuivre son expérience de vie en tâchant de satisfaire ses désirs, tout en repoussant l'inéluctable échéance de la fin. Nous pouvons ainsi faire référence à Freud et à sa théorie des pulsions notamment d'Eros et Thanatos.

Lorsque l'on parle de ces deux pulsions, il nous vient le plus souvent des oppositions catégoriques comme : pulsion de vie (Eros) contre pulsion de mort (Thanatos), organisation contre désorganisation, anabolisme contre catabolisme, ou encore pulsions sexuelles et d'autoconservation contre pulsion de mort, de destruction ou d'agression. Mais pour Freud la pulsion de mort n'est pas que pulsion destructrice, il faut voir dans cette théorie des pulsions, comme un équilibre dynamique entre pulsion de mort qui permet de réduire les tensions, et mise en place d'une pulsion de vie par opposition. C'est dans la recherche d'équilibre incessant, entre pulsion de vie, pulsion de mort, abaissement des tensions, recherche des solutions que se joue l'équilibre psychique.

---

<sup>20</sup> LE GOUES G., 2000, L'âge et le principe de plaisir. Dunod, Paris, p.8.

La vie est précisément ce qui résulte de l'opposition dynamique entre ces deux pulsions, afin d'établir ou de rétablir cet équilibre dynamique.

### 1.3.2 La crise du milieu de vie et expérience de terminaison

Ces conséquences citées plus haut peuvent inaugurer un moment de crise, crise qu'on appelle quelquefois « crise du milieu de vie » décrite par Elliot JACQUES<sup>21</sup>, ou encore celle du « miroir brisé » pour Jack MESSY<sup>22</sup>.

Le vieillissement prendrait alors la forme d'une courbe décroissante, nous dit LE GOUES G., symétriquement opposée à celle de la croissance. Le début du vieillissement peut, en conséquence, être situé à mi-vie, en articulation avec cette crise qui correspond à « *l'arrivée sur la scène mentale d'une nouvelle donnée : celle de notre finitude inéluctable* ».

Jusque là ignorée, il faut maintenant composer avec l'idée que la jeunesse se termine, que la finitude s'impose comme incontournable, y compris pour soi. Il faut alors compter avec un nombre d'années derrière soi déjà plus grand que celui des années qui restent probablement à vivre. L'avenir à ce moment là, risque de se rétracter en peau de chagrin et il faudra au sujet vieillissant puiser dans ses ressources constituées depuis l'enfance pour faire face à l'expérience de terminaison dont parle LE GOUES G.. Cette expérience, nous dit-il, affecte l'appareil psychique de diverses façons.

Au cours de la jeunesse et de la vie adulte, l'illusion développementale qui entourait nos perspectives de croissance nous donnait à espérer que nous finirions bien par obtenir ce que nous désirions. Or, à mi-vie, cette illusion est altérée par une nouvelle épreuve de réalité, et ce qui n'a pas encore été vécu perd progressivement ses chances de l'être un jour.

### 1.3.3 Les pertes et les deuils

La vieillesse se décline en termes de pertes : altérations des capacités physiques, intellectuelles, perte de l'estime de soi, pertes relationnelles, et pertes d'objets qui imposent au sujet, à chaque fois, un travail de deuil renouvelé pour continuer à vivre. Parmi les pertes pointées au delà de la cinquantaine nous pouvons noter la perte d'activité professionnelle avec

<sup>21</sup> LE GOUES G., 2000, L'âge et le principe de plaisir. Dunod, Paris, p. 9.

<sup>22</sup> MESSY J., 1998, « Chut(e) ? Écoutons parler les vieux », in *L'infirmière en gériatrie*, Nov/Dec, p. 24.

## 2.1.2 Données épidémiologiques

### Quelques chiffres...

Il est difficile de fournir des chiffres précis concernant les chutes car elles passent souvent inaperçues. On peut néanmoins donner un ordre de grandeur :

Selon l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) et la Haute Autorité de Santé (HAS), les chutes provoquent 9 300 décès par an chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

La chute présente une incidence particulière en clinique gériatrique puisqu'on estime qu'un tiers des personnes de plus de 65 ans font au moins une chute par an (la France compte aujourd'hui près de dix millions de personnes de 65 ans et plus), proportion qui augmente considérablement avec l'âge nous explique l'Année gériatrique 2003. En effet, ces proportions passent de 70% entre 65 et 69 ans à 94% à partir de 90 ans.

Il est admis que le risque de récurrence est multiplié par 20 après une première chute. Précisons que dans 10% des cas on observe une récurrence au cours des 6 mois qui suivent la première chute et dans 50% des cas dans l'année qui suit.

La chute figure parmi les premières causes d'hospitalisation dans les services de gériatrie (12% des admissions), et de mortalité très fortement liée au laps de temps passé au sol. La chute est la principale cause de décès chez les plus de 65ans.

### Les lieux de survenue des chutes

Les chutes accidentelles surviennent principalement dans la maison, généralement dans un endroit qui leur est familier : chambre, escalier, salle de bain. Comme nous l'explique THELOT B.<sup>26</sup> médecin épidémiologiste, elles ont lieu à l'intérieur du domicile (62%) ou dans ses abords extérieurs (7%) ; les autres lieux sont notamment la voie publique (16%) et la maison de retraite (9%). (Mai 2006)

Gardons à l'esprit que 50% des chuteurs font des chutes multiples, il ne faut pas les banaliser car malheureusement l'adage « un chuteur chutera » s'avère bel et bien trop souvent vérifié.

Une enquête de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie précise que ces chutes ont lieu le plus souvent l'après midi et dans les premiers jours d'hospitalisation chez les personnes plus âgées. Les accidents les plus sérieux frappent les individus les plus fragiles,

<sup>26</sup> THELOT B., 2006, « Les chutes des personnes âgées » in Avenir et santé, n°344, p.36-38

qui pratiquent moins d'activité physique et souffrent de trouble de la vue. Mais il est rare que les chutes aient une seule cause.

## 2.2. L'étiologie de la chute

Comme nous l'explique CHAUMONT V. et ALBARET JM., AUBERT E.<sup>27</sup>, la chute est rarement « accidentelle » et due à une cause précise et unique, son étiologie est souvent multifactorielle. Elle apparaît plutôt comme la conséquence d'une inadéquation entre la personne âgée (avec son cortège de petits troubles liés au vieillissement) et son environnement (habitat, thérapeutique, entourage) auxquelles s'ajoute un facteur précipitant.

La méconnaissance ou la non prise en compte de l'un ou l'autre de ces facteurs pourra aggraver non seulement le risque de chute, mais aussi ses conséquences et notamment la survenue d'un syndrome de l'après chute.

La chute prend une signification propre à la personne qu'il me semble important de développer. Nous allons auparavant étudier les causes et conséquences de cet événement traumatisant.

### 2.2.1 Les facteurs intrinsèques

#### **Facteurs physiologiques liés au vieillissement**

Parmi ces facteurs nous pouvons citer particulièrement les altérations de la vision (diminution de l'acuité, du champ visuel), de la proprioception (sensation vibratoire, conduction nerveuse, seuil d'excitabilité, dégénérescence des propriocepteurs), des muscles (masse, force, endurance), et du temps de réaction central.

A coté de ces facteurs physiologiques de déclin fonctionnel, il faut distinguer d'autres facteurs prédisposant pouvant être corrigés.

#### **Facteurs prédictifs médicaux et iatrogène**

La marche lente, le faible exercice physique et l'obésité sont des éléments prédictifs de chute éventuelle. Il est donc nécessaire de s'évertuer à dépister ces facteurs, ainsi que toute pathologie chronique majorant ce risque:

---

<sup>27</sup> CHAUMONT V., 1997, « Le sujet âgé et la chute : approche psychomotrice » in Evolution psychomotrice, n°35 et ALBARET JM., AUBERT E., 2001, Vieillesse et psychomotricité, Solal, Marseille, 253 p.

- neurologique (séquelles d'accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, neuropathie périphérique, démences, états confusionnels) ;
- vestibulaire (troubles de l'équilibre) ;
- lié aux vertiges (la complexité de leurs causes doit amener le praticien à les considérer comme un syndrome gériatrique) ;
- ophtalmologique (cataracte, diminution de l'acuité visuelle) ;
- cardiovasculaire (hypotension orthostatique, trouble du rythme, embolies, pathologies valvulaires, insuffisance cardiaque, hypersensibilité du sinus carotidien) ;
- troubles musculo-squelettique (sarcopénie, arthrose sévère des articulations des membres inférieurs) ;
- urinaire (insuffisance rénale, pathologie prostatique, instabilité vésicale et autres causes de pollakiurie) ;
- métabolique (diabète, hyper ou hypothyroïdie) ;
- podologique (cals, durillons, hallux valgus, chaussage inadapté) ;
- nutritionnelle (dénutrition).
- les affections aiguës peuvent également favoriser une chute par l'altération de l'état général : anémie, fièvre, infection généralisée, alcool, hypovolémie.

Certains **médicaments** peuvent provoquer une hypotension, notamment orthostatique, une baisse de la vigilance, des troubles visuels, une pollakiurie, et représentent un facteur favorisant de chute.

Une attention particulière doit être portée aux patients traités par digoxine, antiarythmiques, diurétiques et psychotropes, en particulier les neuroleptiques, les sédatifs/hypnotiques, les antidépresseurs et les benzodiazépines.

### **Facteurs psychologiques**

Ainsi de nombreux facteurs sont à prendre en compte dans l'étiologie de la chute et l'état psychique de la personne intervient dans la problématique. En effet, les carences ou absences d'affection, un sentiment d'anxiété lié à une lutte contre la solitude et l'ennui, sont des éléments pouvant être à l'origine d'une chute.



CERISIER<sup>28</sup> décrit 5 types de chutes comme étant révélatrices de l'état psychologique du sujet chuteur :

- La chute suicide est présente chez certaines personnes âgées fatiguées et atteintes de pathologies lourdes.
- La chute stress qui résulterait d'un sentiment d'angoisse et des désorganisations spatio-temporelles lors d'une hospitalisation ou d'une institutionnalisation.
- La chute appel que l'on retrouve dans un contexte d'isolement affectif et social, et qui serait le moyen d'attirer l'attention,
- La chute refus liée à l'inacceptation de la diminution de ses capacités physiques et fonctionnelles, elle résulterait d'un surinvestissement de ses possibilités,
- La chute symbole ou chute symptôme serait l'expression d'une demande non verbalisée. La souffrance morale est ainsi exprimée par une souffrance physique.

Selon l'étude de Seffert (1987) citée par BOITTIAUX G.<sup>29</sup>, un seul élément de personnalité commun aux chuteurs et significatif a été trouvé : c'est la tendance dépressive. La chute pourrait ainsi être appréciée comme une mesure défensive du moi. Une manifestation brutale exprimée sur le plan du comportement face à un conflit, qui permettrait au sujet d'échapper à l'étape de mentalisation. Par exemple, la confrontation à la perte due au vieillissement, menace de désorganiser le sujet. La chute est le rempart.

La chute peut être aussi le signe d'une acceptation passive d'une diminution inéluctable, l'image d'une disparition de motivation à vivre. Le fait de ne pas "se rattraper", de "ne pas se relever" est la marque d'un « *désintérêt pour ce corps qui ne convient plus au maintien d'une dignité personnelle* ». CHAUMONT V.<sup>30</sup>

Il est donc indispensable de cerner l'impact de la chute dans la trajectoire de vie du patient. Chaque patient est unique et ces différents types de chute ne sont que des points de repères.

---

<sup>28</sup> CHAUMONT V., 1997, « Le sujet âgé et la chute : une approche psychomotrice » in Evolution psychomotrice, n°35.

<sup>29</sup> BOITTIAUX G., 2005, « les chutes et la dépression » in Le revue francophone de gériatrie et de gérontologie, p. 280.

<sup>30</sup> CHAUMONT V., 1997, « Le sujet âgé et la chute : une approche psychomotrice » in Evolution psychomotrice, n°35.

## 2.2.2 Les facteurs extrinsèques

### Liés à l'habitat et à l'environnement

Les facteurs liés à l'**habitat**, comme nous l'indique TIGOULET F.<sup>31</sup>, médecin gériatre, font référence à l'encombrement des pièces, surtout dans les endroits de passage, mais aussi l'accessibilité des armoires, du plan de travail, des prises de courant, des interrupteurs, des fenêtres, la présence de tapis, de paillasons, d'inégalités au sol, d'animaux domestiques, l'absence de mains courantes ou de barres d'appui, l'éclairage insuffisant, ainsi que la stabilité et la hauteur des sièges et du lit.

Les facteurs liés à l'**urbanisme** sont les trottoirs glissants et étroits, marches, escalators, travaux, dénivellation...

Mais aussi les facteurs liés à l'**habillement** comme les vêtements trop longs ou trop étroits, les chaussures ou chaussons mal adaptés...

### Liés à l'activité

Des activités réalisées auparavant sans difficultés comme le jardinage, la préparation des repas, la réfection du lit ou encore prendre les transports en commun deviennent, du fait du vieillissement, des risques de chute plus importants.

De plus, il semble que l'exercice physique est susceptible de réduire le nombre de chutes des sujets âgés, mais il n'est pas démontré qu'il permet de réduire l'incidence des chutes à l'origine de complications graves.

## 2.3. Comment anticiper la chute

### 2.3.1 La prévention et le dépistage

Il y a théoriquement trois types de prévention, de même pour des chutes:

- la prévention primaire consiste à réduire le nombre de chutes dans la population âgée en proposant des activités physiques mettant en jeu l'équilibre, la marche et l'écoute de soi.
- la prévention secondaire se situe lorsqu'il y a eu chute avec ou sans conséquence. L'objectif étant de refaire marcher le patient le plus vite possible.

---

<sup>31</sup> TIGOULET F., 2005, « Les facteurs de risque de chutes », in Soins gériatriques, p. 15-16

- la prévention tertiaire se présente en cas de récurrences de chute, de perte d'autonomie à la marche ou de baisse importante de la force musculaire.

La recherche et la diminution des facteurs de risques est pluridisciplinaire. Cette prise en charge passe forcément par l'évaluation médicale, l'évaluation de l'autonomie, l'évaluation des troubles de l'équilibre ou de la marche et par l'évaluation des risques liés à l'environnement. C'est après seulement qu'on pourra proposer l'intervention des différents acteurs pour des prises en charges.

### 2.3.2 Evaluer le risque de chute

Comme nous avons pu l'observer, les causes des chutes sont diverses. Cependant il apparaît clairement dans les études épidémiologiques que les troubles de l'équilibre et de la mobilité sont les principaux facteurs. De nombreux tests ont été mis au point afin de mieux apprécier leurs dimensions. En effet, une volonté particulière a été portée pour des aides au dépistage notamment avec le Get un and go test (cf. Annexe 2) et le Tinetti (cf. Annexe 3).

Nous pouvons les réaliser, en tant que psychomotricien, ne serait ce qu'à titre indicatif et/ou complémentaire du bilan psychomoteur dans le cadre de la prévention de la chute. Cependant il est nécessaire de garder à l'esprit la dimension psychologique qui interfère avec cette dimension instrumentale.

## 2.4. Les conséquences de la chute

Les conséquences des chutes sont nombreuses et en font toute la gravité. La rapidité de l'enchaînement et la violence de l'épisode introduisent la notion de non-maitrise de son corps donc de soi, de l'événement, ainsi qu'un vécu d'inertie : « *je suis tombé comme une masse* » CHAUMONT V.<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> CHAUMONT V., 1997, « Le sujet âgé et la chute : une approche psychomotrice » in Evolution psychomotrice, n°35.

## 2.4.1 Les conséquences médicales et sociales

### Lésions physiques et fonctionnelles

Les **lésions physiques** les plus fréquentes sont les fractures, principalement du col du fémur et du poignet, ensuite viennent les tassements vertébraux, les entorses, plaies, brûlures, hématome sous dural, ou encore des complications de décubitus (escarres, thrombophlébites, embolie pulmonaire...). Les fractures compliquent 5% des chutes.

Les **conséquences fonctionnelles** sont ponctuelles et disparaissent avec la rééducation ou s'installent définitivement dans un processus de grabatisation au travers du syndrome post-chute.

Dans beaucoup de cas le sujet est contraint à l'immobilité pour un temps plus ou moins long. Le risque est alors le syndrome d'immobilisation. « *La chute semble être à l'origine d'une véritable réduction des automatismes acquis, entraînant la perte plus ou moins complète des réactions d'adaptation posturale avec difficulté, voire impossibilité à maintenir l'orthostatisme* » TAILLANDIER J.<sup>33</sup>

La personne s'installe progressivement dans une économie gestuelle et une perte de motilité, entraînant de ce fait la raideur articulaire et la diminution du tonus. Tous ces éléments rendent le geste (s'asseoir, marcher...) hésitant et lent, diminuant l'initiative gestuelle du sujet âgé.

### Récidive et altération de la qualité de vie

Après une chute un tiers des personnes âgées présente une peur de tomber, peur qui s'accompagne de troubles de l'équilibre, de la marche, de la cognition, avec réduction de la mobilité favorisant une nouvelle chute.

Les chutes (et fractures éventuelles) peuvent diminuer les capacités de la personne âgée à rester autonome et par conséquent influencer sa qualité de vie. « *Pour les personnes âgées, tomber n'est jamais anodin. Celles qui n'en meurent pas restent traumatisées et perdent leur autonomie* » (Ibidem).

---

<sup>33</sup> TAILLANDIER J., 2007, « Dure est la chute... », in *Infirmière magazine*, n° 225 suppl, p. 5-9.

*À trop vouloir supprimer les causes objectives pouvant entraîner une chute, nous oublions parfois d'en écouter les causes subjectives. Le soutien n'est pas seulement l'affaire de béquilles nous dit MESSY J., il est aussi celui d'une écoute attentive, que nous allons développer ci-après.*

## 2.4.2 Les phénomènes psychologiques engendrés par la chute

La chute est une rupture aux conséquences graves allant au delà de la simple mécanique. Elle doit être considérée dans son contexte et en rapport avec l'histoire de vie de la personne. En effet, faire un pas n'est pas seulement mettre un pied devant l'autre, c'est aussi déplacer un être avec toute sa complexité et son histoire en marche.

La chute fait référence au vécu du corps ; la représentation d'une personne qui tombe, qui s'effondre de tout son poids sur le sol nous est possible à réaliser. Cependant, cet événement fait également appel à une composante psychoaffective de part tous les bouleversements qu'elle entraîne au niveau psychique chez la personne âgée. Il s'agit alors de considérer la personne dans sa globalité psychique et corporelle, une chute atteignant tout d'abord l'un des deux versants qui se répercute inévitablement sur l'autre.

Il va falloir faire le deuil de ces pertes, « *une de plus, une de trop* »<sup>34</sup> MESSY J.. L'estime de soi se trouve diminuée voir annulée et touche le narcissisme de l'individu qui n'a plus confiance en lui et en ses capacités.

### 2.4.2.1 Chute et dépression

BOITTIAUX G.<sup>35</sup> (1988) nous expose une étude menée par STEFFERT P. et la revue de la littérature de BERG et Al, réalisée auprès de personnes de plus de 65 ans qui met en évidence le lien entre la dépression et le risque de chutes. Il montre que le sujet déprimé a un risque de chutes supérieur à la population générale des sujets âgés, en sachant que l'association des deux est relativement fréquent.

---

<sup>34</sup> MESSY J., 1992, *La personne âgée n'existe pas*. Payot et Rivages, Paris, p.21.

<sup>35</sup> BOITTIAUX G., 2005, « les chutes et la dépression » in *Le revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, p. 278-280 .

Il met en avant la clinique de la dépression afin d'éclairer ce lien :

- Le ralentissement psychomoteur va réduire la vitesse de la marche et la rendre plus hésitante. La démotivation diminue les activités quotidiennes et la mobilité du déprimé.
- L'anorexie sera responsable d'une atteinte de la force musculaire par dénutrition.
- Les troubles cognitifs liés à l'altération de l'attention et de la concentration vont être responsables de négligences vis à vis des obstacles.
- L'idéation suicidaire peut être à l'origine de prises de risques dans la vie quotidienne, qui deviennent de véritables projets suicidaires.

De plus, le syndrome de « post-chute » présente des signes dépressifs, en particulier une perte de l'estime de soi, douleur morale et repli sur soi. La dimension dépressive, vient ici compliquer un tableau clinique dominé par l'inhibition psychomotrice et les troubles anxieux. *« Les chutes et la dépression sont donc liées dans une histoire qui les met à la fois cause et conséquence dans le vécu où l'envahissement par les images mortifères est souvent la part inconsciente qui agite le sujet âgé ».* BOITTIAUX G<sup>36</sup>

La chute exprimerait donc un mal être global où des expériences de perte peuvent réactiver un vécu abandonnique ancien. Il faut donc aider le chuteur déprimé ou le déprimé chuteur à mettre des mots sur cette crise qui le fige dans l'immobilité et la régression.

#### 2.4.2.2 Chute et angoisse de mort

Alors que les séquelles physiques rendent compte de conflits intrapsychiques, la chute, de part son caractère imprévisible et brutal, potentialise cette sensation de non contrôle et d'angoisse latente. En effet elle reste un événement non intégrable car fait référence à un futur mortifère où *« le tomber rejoignant la tombe, la chute prend forme d'une image archétypale de la mort »*<sup>37</sup> MESSY J..

L'angoisse de mort est présente chez chacun de nous à différents degrés, elle fait partie intégrante de notre vie. Cette angoisse nous ramène à la réalité de notre mort certaine et inévitable dont l'échéance nous est inconnue mais que des événements brutaux, dont la chute fait partie, la ravive inlassablement tout particulièrement chez la personne âgée.

<sup>36</sup> BOITTIAUX G., 2005, « les chutes et la dépression » in *Le revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, p. 280.

<sup>37</sup> MESSY J., 1992, *La personne âgée n'existe pas*. Payot et Rivages, Paris, p.21.

« N'y a t il pas à repérer derrière la peur de tomber,(...)la métaphore de l'angoisse de mort inscrite dans l'échelle symbolique qui va de la chute à la tombe ? » (Ibidem). La chute serait alors une mise en acte, comme nous le formule FROMAGE B. et AL<sup>38</sup>, signifiant d'un signifié impossible à concevoir : la mort, la sienne propre. On comprend mieux la personne âgée qui se protège et veut maîtriser inconsciemment l'approche de la mort « le vieux se méfie du déséquilibre »<sup>39</sup> MESSY J..

#### 2.4.2.3 Chute et deuils

Une chute est une rupture de l'équilibre qui nous surprend. Elle nous échappe, comme peut nous échapper le sens d'une prévention pour celui à qui elle s'adresse.

Ainsi comme nous le raconte MESSY J.<sup>40</sup>, « *recommander à une dame âgée le port d'une canne, (...), c'est aussi lui signifier que la vieille prend le pas sur la femme* » et qu'il va falloir faire le **deuil** d'une certaine **image de soi** et notamment de l'image idéal du moi.

C'est aussi « *lui rappeler que son pied n'est plus sûr et plus très loin du bord de la vie* », (Ibidem) c'est valider son sentiment d'insécurité. Cette révélation, considérée récemment, peut faire tomber de bien haut certains adultes âgés, et « *cette chute là peut laisser plus de bleus dans l'esprit que de bosses sur la tête* » (Ibid.).

Mais reprenons cette idée d'**idéal du moi**. Pour Freud, il s'agit d'un modèle de référence très investi narcissiquement, que la personne cherche à égaler. Selon LE GOUES G.<sup>41</sup>, cette instance fixe des buts et est proche de la conscience. « *L'idéal du moi forge une image concrète de corps idéal, une figure visuelle à laquelle le sujet souhaite se conformer* ». Mais en vieillissant, les difficultés de se conformer au corps idéal augmentent tellement qu'elles obligent le sujet à réduire périodiquement ses prétentions. Une révision très difficile à accepter pour la personne âgée surtout lorsque cette image est hypertrophiée.

Freud parle aussi du **Moi idéal**, instance archaïque issue du narcissisme infantile. Le moi idéal génère un soi grandiose, mégalomane et volontiers tyrannique par ses ambitions. Au cours du vieillissement, LE GOUES G. nous dit que l'on peut assister à une réapparition, au niveau psychique, de la toute puissance en réaction à son impuissance non supportée.

<sup>38</sup> FROMAGE B., FOUASSIER S., TOUPIN S., LE GALL D., BERRUT G., 2003, « Réhabilitation du sujet chuteur », in *L'année gérontologique*, p. 125-136.

<sup>39</sup> MESSY J., 1992, *La personne âgée n'existe pas*. Payot et Rivages, Paris, p.64

<sup>40</sup> MESSY J., 1998, « Chut(e) ? Ecoutons parler les vieux », in *L'infirmière en gériatrie*, p. 24.

<sup>41</sup> LE GOUES G., 2000, *L'âge et le principe de plaisir*. Dunod, Paris, p.60

*La chute vient rendre compte d'un état (vieillesse) et d'un processus en cours (vieillissement), plus ou moins avancé et propre à chacun. La réalité s'impose donc au sujet et le choc brutal de l'événement peut s'avérer difficile à surmonter.*

### 2.4.3 Les conséquences psychomotrices de la chute

Ce sont les conséquences les plus fréquentes et les plus graves des chutes. De la simple peur, à la phobie, au syndrome de l'après chute il s'agit d'un événement qui fait prendre conscience à la personne de son vieillissement, de sa fragilité et de la proximité de la mort.

#### 2.4.3.1 La peur de tomber

La peur de tomber est très fréquente chez les sujets âgés ayant subi une chute, mais elle est aussi présente chez les personnes n'ayant jamais chuté. Les femmes sont plus touchées par cette peur que les hommes, cependant celle-ci augmente avec l'âge.

Allant du simple stress au refus total de marcher ou d'effectuer certaines activités de la vie quotidienne, « *la peur de tomber peut engendrer un déconditionnement au niveau des mécanismes de la marche et de l'équilibre* »<sup>42</sup> FROMAGE B., souvent associée à des troubles objectifs de ceux ci, mais peut aussi régenter la vie de la personne âgée en menaçant sérieusement son autonomie majorant ainsi le risque de rechute

Du fait d'une locomotion moins bonne, les troubles de l'équilibre se font plus importants et « *la réduction des activités est la principale conséquence* »<sup>43</sup> CHAUMONT V..

La personne âgée développe un « *fantasme de fragilité* » (Ibidem) qui aboutit à l'élaboration imaginaire d'un danger. La prudence excessive, la restriction d'activités et le confinement à domicile restreignent son espace de vie.

Il en résulte donc un désinvestissement des sphères spatiale et sociale : « *Les distances sont plus longues à parcourir, les escaliers plus durs à monter... L'espace « domicile » est le*

---

<sup>42</sup> FROMAGE B., FOUASSIER S., TOUPIN S., LE GALL D., BERRUT G., 2003, « Réhabilitation du sujet chuteur », in *L'année gérontologique*, p. 125-136.

<sup>43</sup> CHAUMONT V., 1997, « Le sujet âgé et la chute : une approche psychomotrice » in *Evolution psychomotrice*, n°35.



*seul sécurisant.* » (Ibid.). On peut alors parler d'inhibition psychomotrice entraînant une perte d'autonomie, constituant un réel handicap pour la personne âgée.

#### 2.4.3.2 La phobie de la marche

On la retrouve dans le syndrome post-chute mais elle peut également s'exprimer seule. C'est une peur de la marche amplifiée, qui va réduire considérablement les déplacements et modifier sa réalisation (plus petits pas ou inversement plus grands pas que la normale). Elle va donc créer un appauvrissement des informations sensorielles, ayant des répercussions inévitables sur le schéma corporel.

Le fait d'être tombé peut entraîner l'angoisse de la prochaine chute, aggravée par le sentiment de devenir de plus en plus dépendant. Cette crainte se complique alors d'un syndrome post-chute caractérisé par une tendance à s'agripper et une crainte de marcher sans aide.

#### 2.4.3.3 Le syndrome de l'après chute

##### **Définitions**

Le **syndrome post-chute** ou « post fall syndrome » de MURPHY se définit par l'apparition, dans les jours suivant une chute chez une personne âgée, d'une diminution des activités et de l'autonomie physique, alors que l'examen clinique (et si besoin le bilan radiologique) ne décèle pas de cause neurologique, mécanique ou de complication traumatique. Il peut évoluer et se compliquer avec le **syndrome de désadaptation psychomotrice** (SDPM), puis par l'installation de l'état grabataire et au cas échéant en syndrome de glissement.

TAVERNIER-VIDAL, MOUREY ont mis en avant le **syndrome de régression psychomotrice**<sup>44</sup> (RPM) qui différerait du précédent par son mode de révélation. En effet, pour eux, le post fall syndrome surviendrait spécifiquement après une chute, tandis que le syndrome de régression psychomotrice connaîtrait des formes d'installations aiguës ou chroniques, les facteurs déclenchant étant apparemment multiples. Cependant, quelque soit le

---

<sup>44</sup> TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F., 1999, Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé. Frison-Roche, 47-57.

syndrome, la personne est atteinte de *«façon générale, sur le plan moteur, mais également psychique, intellectuel, et affectif »* (Ibidem).

On entend par syndrome post-chute un ensemble de troubles psychologiques, de la marche et de l'équilibre observés après une chute. Tout se passe comme s'il se produisait une *« véritable sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche entraînant la perte plus ou moins complète des réactions d'adaptation »* PFITZENMEYER, MOUREY<sup>45</sup>, l'appréhension amplifiant le risque. On remarque plus précisément *« une perte de confiance, une réduction des aptitudes physiques et des conduites de retrait social, provoquées par une perte de l'image et de l'estime de soi »* PITTET M.<sup>46</sup>.

Cette restriction d'activité s'accompagne d'une perte de confiance en soi, de manifestations anxieuses, d'un sentiment de vulnérabilité et d'une déstructuration du schéma corporel à la suite d'une diminution des afférences kinesthésiques, proprioceptives et tactiles. Le risque principal du syndrome post-chute est donc la perte de l'autonomie. Il s'agit d'une conséquence psychomotrice fréquente et grave.

Son évolution est réversible si le syndrome est pris en charge précocement, *« en l'absence de prise en charge rapide, spécifique et multidisciplinaire de cette urgence gériatrique, l'évolution se fera inexorablement vers l'état grabataire irréversible »*<sup>47</sup>, (NKODO MEKONGO Y.-P. et al.), voir d'un syndrome de glissement.

### **Facteurs pronostics défavorables**

L'incidence du syndrome post-chute est encore mal connue, cependant un tiers des personnes ayant chuté développerait ce syndrome.

Selon l'étude Icare Toulousaine (Investigation sur la chute accidentelle recherche épidémiologique), il existe trois principaux facteurs pronostics défavorables qui permettent de développer ce syndrome :

- Le premier concerne le délai passé au sol. En effet plus le temps passé au sol à attendre les secours est long plus les difficultés seront importante sur tous les plans : *« 47%*

<sup>45</sup> MOUREY F., PFITZENMEYER P.,2001, « Le post-fall syndrome: une forme clinique du syndrome de désadaptation psychomotrice » in médecine physique et de réadaptation, lettre n°59

<sup>46</sup> PITTET M., 2003, « Quelle honte de me retrouver par terre », in Krankenpflege - Soins infirmiers, n°4, p.42-45.

<sup>47</sup> NKODO MEKONGO et Al, 2007, « La peur de chuter et le syndrome post-chute de la personne âgée » in Le revue médicale de Bruxelles, p. 30.

*des personnes âgées n'ont pas pu se relever après une ou plusieurs chutes. Le temps moyen passé au sol était de 11,7minutes.* » CHAUMONT V.<sup>48</sup>. Sur le versant psychologique, l'auteur nous précise que la chute est une source d'angoisse qui va venir réactiver d'autres angoisses déjà vécues à plus ou moins petite échelle. De plus, CHAUMONT V. reprend Deidre WILD (1981) qui a montré que la moitié des sujets ayant séjourné plus d'une heure au sol décèdent dans les six mois.

- L'impossibilité de se relever entraîne un sentiment d'impuissance et de dépendance. De ce fait, « *les appels non entendus, les questionnements du type quand s'apercevra-t-on de mon absence ?, qui s'inquiète pour moi ? vais-je mourir ainsi ?...sont le reflet du sentiment de solitude et de l'angoisse d'abandon* ». Il paraît donc aisé que l'impact de la chute est à la mesure de l'incertitude et de l'improbabilité des secours.

- Et enfin, il est admis « *une probabilité plus importante de récidive chez les chuteurs* ». En d'autres termes, une personne dont la fréquence annuelle de chutes est supérieure à trois, a de fortes chances de développer ce syndrome. On observe en général, une appréhension à la marche, voire des désadaptations posturales que nous verrons plus loin.

### **Sémiologie clinique du syndrome post-chute**

L'évènement traumatique de la chute est intervenu dans des conditions d'intensité, de brutalité et de surprise pour le chuteur, qui sont telles que l'organisme n'a pas pu anticiper l'évènement ; d'où la sidération des moyens de défenses habituels ouvrant la voie au syndrome post-chute, associant une phase aigue et une forme chronique ou vieillie.

La phase aigue se caractérise par l'apparition d'une détresse émotionnelle et l'installation progressive d'une astasie (incapacité à la station debout), interférant avec toute expérience de renouvellement de la marche. On y observe la peur, l'anxiété, la perte des initiatives, le refus de mobilisation et une tendance rétopulsive avec flexion des genoux lors du lever du fauteuil aidé par l'examineur.

La forme chronique ou vieillie se caractérise par la détresse émotionnelle observée préalablement qui évolue vers un tableau dépressif, avec retrait de la libido, des objets de la réalité, antérieurement investi.

---

<sup>48</sup> CHAUMONT V., 1997, « Le sujet âgé et la chute : une approche psychomotrice » in Evolution psychomotrice, n°35.

- **En position assise** on peut observer des signes posturaux significatifs et des troubles de la statique. Le patient a une attitude rigide, buste en arrière (rétropulsion du tronc), le bassin en antépulsion, collant le dos au fauteuil marquant une impossibilité de passage en antépulsion du corps. Le maintien au fauteuil est difficile, le patient glisse et devra être maintenu. Sur le fauteuil la personne âgée est ainsi quasiment allongée, les fesses sur le bord, risquant de tomber.

- **La station debout et la marche** sont rendues impossible par une forte rétropulsion et une astasie-abasie (incapacité à réaliser la station debout et le marche). Le patient ne peut se pencher en avant, il a une phobie du vide et attire le soignant dans sa tendance à la chute (« planche à voile »). Il tremble de tous ses membres lorsqu'on le lève (agitation anxieuse), la station érigée n'est pas fonctionnelle. Il existe une hypertonie réactionnelle et/ou oppositionnelle à la mobilisation passive, et une disparition des réactions normales d'équilibration à la poussée. Les appuis plantaires sont portés sur les talons, et les orteils ont tendance à se soulever (appui podal postérieur). La marche se réalise alors sur les talons, marquée par une augmentation excessive du polygone de sustentation ainsi que d'un affaissement des membres inférieurs sur les appuis (flexion des genoux).

Il s'installe également un ralentissement idéatoire, une diminution de la capacité d'initiative, des troubles de la mémoire, et une recherche de la dépendance (clinophilie, demande de couches, incapacité de manger seul, langage enfantin, etc.).

Parallèlement à ces troubles moteurs, la personne âgée recluse dans ce syndrome, souffre d'un **ralentissement psychique** avec apathie et indifférence vis à vis de l'environnement. En effet, ce traumatisme physique de la chute constitue également un traumatisme sur le plan psychique suite au choc violent constituant une effraction chez la personne âgée, qui engendre des conséquences sur l'ensemble de l'organisation psychique.

Cette symptomatologie s'exprime à divers degrés. La personne doit faire le deuil de ses capacités antérieures. De plus, s'opère une perte de confiance en soi avec confrontation, dévalorisation, démotivation, sentiment d'insécurité, repli sur soi.

### 3. La pratique psychomotrice dans la prise en charge de l'après chute.

#### 3.1. Exemples de propositions psychomotrices liées à la chute

Il s'agit ici de proposer une liste non exhaustive des principales lignes d'interventions de la psychomotricité auprès d'une personne âgée ayant subi une(des) chute(s). Elles seront utilisées en tenant compte des compétences de la personne.

##### - Travail sur l'amélioration des perceptions corporelles

Concernant le corps propre, la prise de conscience et le ressenti de celui-ci, on peut utiliser des médiations comme la **relaxation** au travers par exemple des mobilisations passives, ou encore les inductions verbales pour aider à la mentalisation. Mais aussi la **motricité** pour une mise en jeu corporelle, quand cela est possible, à l'aide de parcours...

Des activités de **sensorialité**, comme la stéréognosie par exemple, peuvent être intéressantes afin de "ré-éveiller" des sensations diminuées voire disparues surtout au niveau des pieds, alors que ceux-ci nous permettent de nous déplacer et d'ajuster nos attitudes corporelles en fonction du terrain, du sol.

La sensorialité nécessite d'être renforcée car il est admis que la chute et ses conséquences engendrent un appauvrissement sensoriel à ne surtout pas négliger. D'où l'importance de les stimuler afin de mieux répondre aux informations provenant de l'environnement.

Ce biais permet la réactualisation du schéma corporel mais aussi de l'image du corps tout cela dans l'objectif d'un investissement positif du corps. D'où un travail sur le rapport au corps.

##### - Travail sur l'amélioration de l'équilibre statique/dynamique

En statique on peut intervenir sur la **vigilance** notamment en station assise pour éviter les glissements dans le fauteuil, mais aussi au niveau de la **régulation tonique** pour la région dorsale. Un travail est également possible en station érigée bipodale, en fonction des compétences du sujet, concernant les **appuis** plantaires et la prise de conscience de ceux-ci.

En dynamique, le travail concerne davantage les **coordinations** avec la marche, les déséquilibres et les **réactions parachutes**, au travers de supports variés, rappelant ainsi les obstacles et les irrégularités de terrain. Ce travail est fondamental quand la personne peut se tenir debout et lorsqu'elle est assez stable en statique dans les exercices précédents.

- Travail dynamique spécifique sur la marche

Ce travail découle du précédent et concerne le **rythme** de la marche, c'est à dire la cadence et la fréquence du pas, mais aussi la hauteur et la trajectoire.

Le plus souvent ce point est abordé lors d'atelier équilibre, en groupe, mais il s'agit d'un réel accompagnement individualisé afin que la personne trouve une stratégie qui lui soit propre pour arriver à se déplacer en sécurité.

Pour que la personne soit suffisamment en confiance et y parvienne, un travail de **perception/sensation** peut être réalisé au préalable et/ou en parallèle. Il est nécessaire chez la personne âgée de renforcer la conscience corporelle et le schéma corporel, redonnant ainsi une certaine maîtrise perdue depuis la chute, afin qu'elle puisse produire une marche personnelle et aisée.

- Travail sur le rapport au corps

Ce travail n'est pas spécifique en soi, mais émerge de l'ensemble des exercices que l'on peut proposer à la personne. Ainsi le sujet âgé va, au travers des stimulations, du travail statique, des stimulations sensorielles, ... , réinvestir son corps qui avait été plus ou moins désinvesti suite à la chute.

- Travail sur les coordinations

Ce travail est spécifique et concerne les différents **appuis du corps** en mouvement. Le relevé de fauteuil, de lit, mais aussi de sol, ont chacun des temps précis à respecter dans la mobilisation pour le positionnement des mains, des pieds et du corps dans son ensemble.

Ces exercices (ou schèmes) sont utilisés par le soignant avec la personne âgée, lui donnant ainsi des outils dans l'optique d'une pratique **autonome**, si elle le peut, et fait appel à tous les points cités au dessus.

Il est fondamental d'arriver, à un moment donné de la prise en charge, mais pas dans l'immédiat, à travailler le **rapport au sol**, qui sera possible de mettre en place dans la continuité de tout ce qui vient d'être dit. En effet, pour des personnes ayant chuté, se trouver

confronté au sol engendre toutes sortes d'angoisses, d'ou le fait de passer par pallier du lit, au fauteuil puis au sol semble être une progression nécessaire pour une reprise de confiance.

En résumé, toutes ces propositions sont réalisées dans le cadre de la prévention de chute. Le psychomotricien devra également surveiller les réactions nociceptives du patient (réelle ou neurogène), s'assurer de son confort notamment au niveau postural afin de limiter tout danger pour le patient.

Notre intervention est à mettre en relation et est complémentaire de celle des autres paramédicaux et notamment des ergothérapeutes, quant à l'aménagement de l'espace pour concilier les affaires personnelles du sujet (qui le rassure) et celles nécessaires à ses soins (accessoires de préhension), tout en limitant au maximum les zones à risques (tapis, coins de meuble, animaux...).

### 3.2. Quelle attitude thérapeutique adopter face à la chute ?

Face à la chute d'une personne âgée, il est important de contrôler et de maîtriser ses paroles notamment en présence de celle-ci et d'éviter de porter un jugement. Nous devons faire preuve d'empathie, de contenance et de disponibilité afin de limiter toute dévalorisation et sentiment de honte supplémentaire induit par l'entourage.

PITTET M.<sup>49</sup>, suggère d'adopter une approche compréhensive afin de lutter contre l'image négative qu'entraîne la chute. L'écoute est primordiale, elle a pour but d'améliorer la prise de conscience et la compréhension de la chute et de ses conséquences, tout en rassurant la personne.

Lors d'un tel événement, tout se joue dans les quelques minutes qui suivent la chute, et l'attitude du professionnel face à la personne au sol est déterminante pour son évolution.

Après avoir expliqué la situation, examiné la personne et apporté tous les soins de premiers secours et de confort, on peut lui proposer, selon le degré de l'atteinte physique, d'essayer de se lever toute seule en la motivant. A ce moment là, il est impératif pour le

---

<sup>49</sup> PITTET M., 2003, « Quelle honte de me retrouver par terre », in Krankenpflege-Soins infirmiers, n°4, p.42-45

professionnel de lutter contre son envie de vouloir secourir la personne en la soulevant ou en l'aidant à se lever. En agissant ainsi, c'est l'effet contraire qui est provoqué et qui peut amener des complications psychologiques pouvant briser l'autonomie de la personne qui vient juste de chuter.

“La chute dont on ne se relève pas”, au sens propre comme au sens figuré, apparaît comme un traumatisme, non pas par le fait de chuter lui-même, mais par le fait de ne pas pouvoir s'en remettre seul. Il est démontré qu'en l'absence de traumatisme physique grave, les personnes qui n'ont pu se relever seules après une chute ont un risque de déclin fonctionnel et de syndrome post chute encore plus marqué que celles qui ont pu le faire.

Même si cela concerne tous les soignants, le psychomotricien avec son regard global doit, d'autant plus que les autres, être sensible aux réactions de ses collègues. Il doit “faire don” de celui-ci, en continu, par petites touches, auprès du personnel afin de modifier, au long terme, leur regard sur leur travail et susciter la réflexion avant l'action et non l'inverse mais qui est bien souvent la plus fréquente.

### 3.3. Objectifs et orientations d'une telle prise en charge

*« La psychomotricité trouve sa spécificité en ce qu'elle utilise le corps comme médiateur, un corps en relation et non un corps objet. »* PITTERI F.<sup>50</sup>

Le psychomotricien s'occupe du corps ou plus précisément de l'investissement de celui-ci. Son mode d'approche demeure spécifique et BALLOUARD C.<sup>51</sup> nous le confirme notamment dans *« l'aide procurée au patient à trouver un vécu harmonieux qui lui permette d'ajuster ou de réajuster sa personnalité aux conditions de l'environnement et ainsi lui donner de meilleures possibilités d'adaptation. »*

En gériatrie, la prise en charge peut s'orienter, selon PITTERI F.<sup>52</sup>, *« en deux directions complémentaires : psychothérapeutique et rééducative » (ou réadaptative)*. Ces deux aspects

<sup>50</sup> POTEL C., 2000, Psychomotricité entre théorie et pratique. Presse édition, Clamecy, p.125-146.

<sup>51</sup> BALLOUARD C., 2003, *Le travail du psychomotricien*. Dunod, Paris, p.3.

<sup>52</sup> POTEL C., 2000, Psychomotricité entre théorie et pratique. Presse édition, Clamecy, p.236.



sont présents en gériatrie dans des proportions variant selon chaque patient (ils seront développés séparément ci après). Mais gardons quand même à l'esprit que la psychomotricité, comme nous le dit PONTON G., n'est pas une technique de rééducation, elle n'utilise pas des méthodes préétablies, des protocoles de rééducation définis selon la spécificité des maladies. « *Le psychomotricien, doit permettre que chaque rencontre invente le chemin qui conduira le sujet âgé vers sa propre réadaptation* ». <sup>53</sup>

Nous travaillons avec une personne, un être humain. De ce constat chaque prise en charge constitue « *une rencontre singulière* » (Op. Cit. p.32). Nous nous trouvons face à un sujet dans sa globalité, avec lequel nous allons être en **relation** ; relation corporelle certes (son corps et le notre) mais aussi affective et psychique (réflexion, communication, transfert...).

Nous poussons la porte de la chambre et derrière s'ouvre tout le possible. « *Le grand mystère du vivant c'est que malgré l'usure du temps, malgré l'épuisement de la lutte, la vie va retisser encore de nouveaux liens pour toujours d'adapter* ». (Ibidem) Il s'agit alors d'une re-création, la maladie, l'hospitalisation deviennent alors l'occasion d'un devenir.

Cette relation nous permet d'appréhender le vieillissement d'un point de vue très global et unifié : corps et psyché. Pour cela le psychomotricien s'intéresse à l'évaluation avec le bilan ou la lecture psychomotrice afin de s'interroger sur la manière qu'a la personne d'utiliser, d'habiter et de vivre son corps, tout en favorisant la mise en mots d'un vécu, autour de son vieillissement aussi bien sur le plan physiologique, psychologique, social...

Les personnes vieillissantes présentent de nombreux troubles psychomoteurs (schéma corporel, espace, temps, tonus, marche...) cependant n'ayons pas la prétention de pouvoir les éduquer ou les supprimer.

Notre intervention avec cette population, se situe davantage sur un versant **réadaptatif** (rééducatif) des capacités qui sont certes diminuées, différentes, mais encore présentes.

« *En psychomotricité, le corps du patient est plutôt perçu comme étant "à vivre" et non pas "à récupérer"* ». GOUMAS J. <sup>54</sup>

Concrètement, nous allons essayer de maintenir les compétences de la personne le plus longtemps possible afin qu'elle puisse rester au maximum autonome et adaptée à son environnement tout en tenant compte de ses limites. Il est envisageable qu'elle retrouve une

<sup>53</sup> PONTON G., 1996, « La psychomotricité auprès du sujet âgé », in Théorie psychomotrice, p.31.

<sup>54</sup> GOUMAS J., « Du travail pour les psychomotricien en gériatrie », in Théorie psychomotrice, p.10 à 15.

mobilité ou d'autres compétences qui seront surtout utilisées pour compenser d'autres pertes toujours dans un objectif d'autonomie et de confort de vie.

Notre rôle de professionnel sera d'accompagner le devenir de la personne afin qu'il s'achemine vers un progrès ou vers une perte.

Compte tenu de ce qui vient d'être dit, émerge l'action **thérapeutique** (psychothérapeutique). La prise en charge en psychomotricité permet à la personne âgée (et quelque soit la population) d'avoir un lieu, c'est à dire une unité de temps et d'espace, pour elle. Il s'agit d'un moment privilégié où se passent et où se disent des choses importantes grâce à une considération de la personne dans sa globalité, cela fait la différence au niveau de la richesse du contenu de séance et ce qui peut être dévoilé au professionnel.

Parfois et à plus ou moins grande échelle, le sujet reste dans l'illusion. En effet, l'idée d'un corps jeune et dynamique peut rester encreée dans l'esprit de la personne alors qu'inexorablement elle vieillit, et que ses capacités subjectives ne sont plus à la hauteur de ses capacités réelles et objectives constatées. De ce fait, la personne âgée peut être déçue et déstabilisée.

La chute ramène au sentiment d'impuissance face à une situation qui se complexifie avec le temps. La personne se trouve dans une crise existentielle lourde en émotions et en tensions. Le psychomotricien peut l'accompagner dans ce cheminement délicat qui consiste « à retrouver le sens de la vie ». « *Le psychomotricien va reprendre la situation (comment et à quels moments ? Depuis quand ?), défaire les nœuds à coups de compréhension, mais aussi par de simples éclaircissements.* » BALLOUARD C.<sup>55</sup>. Il ne s'agit donc pas de tout résoudre mais d'essayer, si ce n'est donner à une personne les moyens d'avancer dans son histoire, du moins lui permettre de repartir avec des éléments de mieux être. La psychomotricité fonde sa pratique professionnelle sur l'unité corps-esprit, et PONTON G. nous l'explicite en disant « *nous n'avons pas un corps, notre corps c'est nous même.* »<sup>56</sup>

La psychomotricité permet de se centrer davantage sur le vécu du corps, c'est à dire sur l'affect lié à la chute. Ainsi, elle aide la personne âgée à se réapproprier son corps et à l'investir plus positivement. Notre intervention peut donc prendre de multiples formes : ateliers dynamiques, activités ludiques, approches psychologiques... « *Les techniques ne sont pas déterminées en fonction du type de pathologie, mais sont proposées en fonction de*

<sup>55</sup> BALLOUARD C., 2003, *Le travail du psychomotricien*. Dunod, Paris, p.15.

<sup>56</sup> PONTON G., 1996, « La psychomotricité auprès du sujet âgé », in *Théorie psychomotrice*, p.30.

*l'histoire de la personne et aussi en fonction de la formation du psychomotricien* » GOUMAS J.<sup>57</sup>.

Par conséquent, avec des personnes âgées ayant chuté et se trouvant confrontées à ce remaniement psychique, la psychomotricité semble tout à fait adéquate, alliant précisément l'esprit de la personne à son corps blessé atteint au plus profond de son être. La mise en place d'exercices de relevés de sol, s'impose à nous dans une première intention car « *apprendre à se relever après une chute, c'est prendre appui pour devenir* » PONTON G. (Ib), et cet apprentissage a pour fonction de retisser ce lien à la terre. Mais il serait trop peu représenter toute la diversité de notre profession que de se limiter à cette unique proposition, en sachant que se confronter au sol pourrait s'avérer trop brutal compte tenu de l'expérience traumatisante vécue.

De ce fait, après une chute, la psychomotricité s'intéresse à tous les domaines ayant subi un dommage au travers de diverses approches. « *Elle a ainsi à faire et affaire avec le schéma corporel, l'utilisation investie du corps, l'émotion, le tonus, la perception vécue du temps et de l'espace, l'harmonie de la maturation et de la relation à l'autre* »<sup>58</sup> BALLOUARD C. Ainsi les répercussions sur le corps et ses compétences pourront être accueillies et verbalisées pour limiter l'apparition d'un syndrome post-chute.

### 3.4. La complémentarité avec les autres paramédicaux

« *C'est une grande folie de vouloir être sage tout seul.* » LA ROCHEFOUCAULT

MOUREY F. et OUTATA S.<sup>59</sup> nous explique qu'étant donné les modifications des caractéristiques de la population âgée institutionnalisée ou hospitalisée (personnes très âgées, polyopathologiques, et globalement très fragilisées), « *seule une dynamique interdisciplinaire au cœur des pratiques de soin semble pouvoir garantir une prise en charge optimale des personnes et de la totalité de leurs besoins* ».

<sup>57</sup> GOUMAS J., « Du travail pour les psychomotricien en gériatrie », in *Théorie psychomotrice*, p.13.

<sup>58</sup> BALLOUARD C., 2003, *Le travail du psychomotricien*. Dunod, Paris, p.7

<sup>59</sup> MANIERE D., AUBERT M., MOUREY F., OUTATA S., 2005, *Interprofessionnalité en gérontologie*. Eres édition, Ramonville st Agne, p.19-28.

Il est intéressant de s'attarder sur les préfixes ; « inter » introduit une notion de « relation réciproque », de « lien » ; alors que « pluri » ou « multi » indiquent simplement l'idée de « plusieurs ». Car on peut remarquer une utilisation aléatoire (consciente ou non) de ceux-ci au travers des lectures et selon les auteurs, au même titre que dans les équipes professionnelles.

La nécessité d'une équipe multidisciplinaire œuvrant dans la même direction n'est plus à démontrer en gériatrie nous dit LECLERCQ R.<sup>60</sup>, « *le produit de l'équipe est plus grand que la somme des produits de chacun de ses membres* » LASSAUNIERE J.M.<sup>61</sup>. Mais la réalité quotidienne objective les difficultés d'application d'une telle théorie : maintenir les acquis, définir les limites des interventions de chacun, compte tenu de son identité professionnelle et du langage plus ou moins hermétique qui l'accompagne, ne sont pas toujours chose facile. Il convient alors de définir les rôles de chaque professionnel et ce qu'il apporte à l'équipe pour que chacun, connaissant la spécificité des autres, puisse aller chercher des informations et ainsi permettre une bonne communication entre les soignants et un soin qui soit adapté et cohérent pour la personne.

---

<sup>60</sup> POTEL C., 2000, Psychomotricité entre théorie et pratique. Presse édition, Clamecy, p.121-125

<sup>61</sup> MANIERE D., AUBERT M., MOUREY F., OUTATA S., 2005, Interprofessionnalité en gérontologie. Eres édition, Ramonville st Agne, p.97

CLINIQUE

## 2 - CLINIQUE

### 1. Le cadre du stage

#### 1.1. L'institution

##### 1.1.1 Présentation générale

J'ai réalisé mon stage de troisième année de psychomotricité dans un EHPAD<sup>62</sup> géré par une association, en région Parisienne. Cet établissement assure trois principales missions :

Tout d'abord, il mène des études gérontologiques pour adapter l'habitat, les services et les établissements. Ensuite, il assure la gestion de services de soutien à domicile, de services de prévention et d'établissement d'hébergement pour personnes âgées handicapées. Et enfin, il dispense des actions de formation.

De ce fait son activité s'articule autour d'un bureau d'étude et de conseils gérontologiques, mais également concernant la gestion de dix EHPAD et d'un SSIAD<sup>63</sup>, et de la réalisation de bilans de santé médico-psychologiques dans deux centres de préventions.

La création de la résidence est issue d'une volonté de la municipalité de l'arrondissement de doter celui-ci d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

L'établissement a ouvert ses portes en Janvier 1992. Il accueille des personnes âgées d'au moins 60 ans (sauf dérogation d'âge), allocataires d'une des caisses de retraites ayant financé le projet, résidant en région parisienne ou souhaitant un rapprochement familial, ne disposant plus de l'autonomie de vie nécessaire au maintien à domicile, et enfin assurant le règlement des frais de séjour ou ayant une prise en charge par l'aide sociale.

##### 1.1.2 Description des lieux

La maison de retraite comprend des espaces privatifs réservés au résidents, des espaces de vie communautaires et enfin des locaux liés au fonctionnement que nous allons décrire succinctement.

---

<sup>62</sup> Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

<sup>63</sup> Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

### **Les espaces privés**

La résidence comprend 85 chambres individuelles dont 5 chambres communicantes (pour l'accueil des couples), réparties sur six étages. Chaque chambre est équipée d'une salle de bains, de placards de rangement, et de mobilier de base que les résidents peuvent personnaliser. Chacun dispose d'un balcon accessible en fauteuil roulant. Les résidents ont un système d'appel portatif alertant les soignants et ceux-ci sont retransmis sur une imprimante aux fins de contrôle de l'heure d'appel et de celle d'acquiescement.

### **Les espaces de vie communautaires**

Ces espaces de vie sont organisés par étage. Au rez de chaussée, se trouve la salle à manger, le salon, l'espace de repos, le bar ainsi que l'espace activités et le jardin. Au premier étage est situé le salon de coiffure et la laverie, au second étage la bibliothèque, au quatrième la salle de bains, au cinquième l'oratoire et au sixième l'espace polyvalent où se déroulent entre autre les séances de psychomotricité n'ayant pas de local propre réservé à la pratique.

### **Locaux liés au fonctionnement**

Le sous sol comprend les vestiaires du personnel, la lingerie ainsi que l'atelier technique, réserves... Au rez de chaussée se trouvent : l'accueil, les bureaux, la cuisine, de même que la salle à manger du personnel. Les bureaux des psychologues sont au deuxième étage. Au troisième on retrouve la salle de soins et le bureau du médecin coordinateur, et au quatrième se trouve le bureau, la salle d'ergothérapie, de kinésithérapie et de psychomotricité.

## 1.1.3 Rythme de vie des résidents

Le réveil se fait au rythme de chaque résident. Le petit déjeuner est généralement servi entre 8h et 9h dans les chambres ou dans la salle à manger selon l'envie de la personne. Les soins et toilettes s'échelonnent tout au long de la matinée. Nous allons chercher les personnes qui ont une prise en charge le matin soit dans leur chambre soit dans les petits salons des étages. Le déjeuner est servi pour midi, un goûter est proposé vers 16h et le dîner se prend aux environs de 18h. Le retour dans les chambres et le coucher se font à partir de 19h, à la demande des résidents.

Les ateliers, sorties et prises en charges paramédicales sont proposées aux résidents à partir de 10h le matin, et 14h30 l'après midi. Elles se font toujours le même jour et à heure fixe ce qui fait partie du cadre des différentes prises en charge. Ainsi elles marquent, avec les repas, le déroulement de la journée et donnent des repères temporels de référence aux personnes.

#### 1.1.4 Le personnel

Tout d'abord **l'équipe administrative, services généraux et animation** rassemble la directrice, l'adjointe de direction, la comptable, le technicien administratif et le personnel d'accueil, les agents hôteliers, le responsable et agent de maintenance et l'animatrice.

Puis **l'équipe médicale et auxiliaire médical** comprend un médecin coordinateur, un cadre de santé, trois infirmières de jour, huit kinésithérapeutes vacataires qui interviennent sur prescription médicale, deux psychologues à mi-temps (qui assure le soutien aux résidents, aux familles et à l'équipe), et un psychomotricien libéral sur une journée hebdomadaire. Depuis Mars le poste d'ergothérapeute est occupé à mi-temps.

L'équipe comprend également des aides soignantes, des aides médico-psychologiques (AMP) et des agents de soins sans oublier les nombreux stagiaires, qui aident aux actes de la vie quotidienne.

Enfin le service hôtellerie-restauration, avec une gouvernante et des agents hôteliers, un chef de cuisine, un cuisinier, des commis de cuisine et des plongeurs.

## 1.2. Place de la psychomotricité

Le psychomotricien est présent un jour par semaine en libéral. Il intervient auprès des résidents depuis 7 ans, et est bien connu et reconnu par l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Le psychomotricien propose une prise en charge de groupe en fin de matinée, « groupe ballon ». Sur le reste de la journée il essaie de voir un maximum de personnes mais sans réelle prise en charge. Il est à l'écoute de ce qui peut se passer sur les lieux de vie communs des résidents lors du repas mais aussi dans les couloirs, des interactions soignants/soignés, des difficultés rencontrées par les soignants auxquelles il peut répondre notamment lors des



réunions de transmission, des actualités du quotidien des résidents. C'est ainsi qu'il rythme sa journée en créant du lien. Il rencontre les résidents en difficulté, rend visite aux personnes hospitalisées tout en soutenant les soignants dans leurs difficultés.

Au sein de l'équipe soignante, il apparaît davantage comme un « médiateur » dans la démarche de soin. Ainsi il cherche à amener le personnel à une réflexion sur ce qui peut se passer dans la relation au soigné, afin d'enrichir leur façon de prendre en charge le résident, tout en révélant les compétences du sujet jusque là insoupçonnées, et cela en adoptant une attitude-réponse à certains questionnement portés par les soignants.

Une prise en charge globale de l'institution comble donc sa journée. Il a une place fondamentale dans l'établissement, que ce soit au travers du lien qu'il crée que dans la formation informelle et continue du personnel soignant.

Quant aux stagiaires, nous étions cinq, de troisième année de psychomotricité le même jour à la résidence (deux pour la journée et trois supplémentaires l'après midi). Nous réalisons toutes des prises en charge avec des objectifs, des thèmes et des médiations différentes, et toutes encouragées à prendre des initiatives, et à mener seule des prises en charge. En effet, une stagiaire abordait la médiation piano au court de la journée en individuel, trois autres venaient l'après midi pour un groupe de théâtre d'une heure.

### 1.3. Mon action au sein de l'EHPAD

Durant mon stage, j'ai bénéficié d'une grande liberté quant à mon intervention auprès des résidents. En effet, compte tenu de la pratique du psychomotricien, des prises en charge individuelles et groupales ont pu être créées afin de permettre à plus de résidents d'être pris en charge.

#### 1.3.1 L'atelier corps et motricité

##### Modalités de prise en charge

Le groupe « corps et motricité » se réunit une fois par semaine, le vendredi. L'atelier se déroule en salle polyvalente au dernier étage de la résidence. L'espace est adéquat et la pièce bien éclairée pour accueillir le groupe. La séance dure environ une heure.

### **Les participants**

Le groupe accueille cinq résidents, 4 femmes et 1 homme, âgés de 67 à 93 ans. Parmi les femmes, l'une est en fauteuil roulant depuis de nombreuses années, une autre est atteinte d'une DMLA qui évolue vers une quasi cécité, une autre manifeste une hypertonie massive, et la quatrième femme présente une hypertonie et d'importants troubles de l'équilibre. L'homme du groupe âgé présente des troubles de type parkinsoniens consécutifs à un ancien traitement et associé à une dépression sévère.

Les quatre femmes du groupe ont vécu l'expérience traumatisante de la chute ayant entraîné des changements dans leur quotidien et l'apparition l'un syndrome post chute plus ou moins important.

### **Les objectifs thérapeutiques**

L'objectif principal du groupe « corps et motricité » est le réinvestissement positif du corps qui tend à devenir le support de l'action volontaire et une source de plaisir à retrouver suite à la chute.

Il s'agit d'amener les résidents à connaître leurs capacités motrices, et leurs difficultés tout en leur donnant les moyens de les suppléer. Le groupe vise la prise de plaisir, la réduction de l'anxiété, la prise de conscience corporelle, l'autonomie et aussi la mise en place ou le renforcement d'automatisme moteur face à la chute.

Par conséquent cet atelier, par une approche riche en objectifs et moyens, permet de ne pas confronter directement les résidents à l'anxiété de se retrouver au sol, mais par une démarche progressive, tout au long de l'année, les amenant petit à petit à approcher le sol en ayant confiance en eux.

Les séances seront filmées régulièrement et cela dans l'objectif de leur montrer, au travers d'un montage vidéo, leur évolution au fil de l'année.

## **1.3.2 Les prises en charges individuelles**

J'ai pu suivre deux de ces personnes toutes les semaines en individuel sur l'indication d'une post-chute pour des séances de 45 minutes à une heure selon leur fatigabilité. Mais également une dame, arrivée en milieu d'année, que j'ai pu suivre ponctuellement avec le psychomotricien.

## 2. Les études de cas

### 2.1. Etude de cas de Mme A.

#### 2.1.1 Histoire personnelle

- Anamnèse

Mme A. est âgée de 93 ans, célibataire sans enfant. Elle vivait seule à son domicile et se consacrait beaucoup à son travail d'employée de bureau. Elle menait une vie plus active depuis la retraite (sports, spectacles et voyages).

Sur le plan familial, elle est assez isolée, ses deux frères, eux même célibataires et sans enfants, sont décédés. Seuls ses cousins éloignés viennent la voir ponctuellement.

Mme A. est arrivée à la résidence le 11 Avril 2006, son entrée s'est avérée nécessaire en raison d'une embolie pulmonaire associée à la cécité devenue handicapante. De plus, les chutes à répétition qui ont eu lieu à son domicile constituaient de véritables risques pour sa sécurité.

La décision d'institutionnalisation n'a cependant pas été aisée à prendre pour Mme A.

Mme A. est arrivée à la résidence sur la base d'un hébergement temporaire d'un mois afin de confirmer son choix d'un hébergement définitif et mettre son appartement en vente.

Depuis son arrivée, une humeur dépressive s'est installée avec des troubles de type persécutifs. L'équipe soignante me la présente comme « paranoïaque » (elle enferme ses affaires personnelles ayant de la valeur pour elle dans une valise avec cadenas, elle se sent mal aimée, maltraitée par le personnel, exclue, oubliée volontairement...).

Mme A. est une femme autonome qui a conservé ses habitudes de vie antérieure (religion, soins corporels, écoute de musique classique...). Elle participe aux activités de la résidence lorsqu'elles correspondent à ses centres d'intérêts.

Elle nécessite une aide dans ses déplacements en référence à son handicap visuel.

#### Antécédents médicaux :

- DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge), responsable de sa cécité (début 2001)
- OAP: œdème aigue du poumon
- HTA : hypertension artérielle

- embolie pulmonaire en 2005
- état anxieux
- chutes à répétition au domicile (nombre non signifié) et à la résidence (deux depuis son arrivée)
- arthrose inter-phalangienne bi-manuelle

Traitement :

- tension
- anémie
- arthrose et douleur

Appareillages :

- Auditif : hypoacousie bilatérale
- Dentaire
- Canne blanche suite à une formation suivie à l'arrivée de ses troubles visuels.

- Bilans et prises en charges complémentaires

Mme A. était suivie ponctuellement par un psychologue qui n'a pas pu me communiquer les comptes rendus de ses entrevues.

Un kinésithérapeute la voit deux fois par semaine pour un travail sur la marche à l'extérieure de la résidence.

Elle reçoit la visite d'auxiliaires des aveugles deux fois par semaine mais aucun compte rendu n'a pu m'être communiqué.

## 2.1.2 Bilan psychomoteur et projet thérapeutique

Mme A. est une dame dynamique, qui montre une aisance motrice et se tient debout seule. Elle est arrivée enthousiaste et motivée pour réaliser les différents exercices, exprimant toutefois sa crainte de ne pouvoir tout réussir, mais qu'elle ferait de son mieux.

- Les items du bilan

Tonus

On note une tonicité de fond normale au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

L'extensibilité et le ballant sont corrects, marqués cependant par des participations/anticipations pouvant être maîtrisés.

Le relâchement volontaire est possible à obtenir lors de l'épreuve des bras tendus.

Le tonus induit est marqué par une fatigabilité et des syncinésies présentes sur le côté gauche.

### **Coordination – dissociation**

Concernant les diadococinésies, le mouvement est réalisé avec un faible encorbellement et une vitesse modérée. On remarque une dégradation du côté gauche que l'on peut corrélérer à une dominance tonique de Mme A. à droite, qui concorde avec la latéralité neurologique de l'œil.

L'amplitude des mouvements est normale. On note de faibles syncinésies.

Les dissociations entre membres inférieurs/supérieurs, droite/gauche, doigt/nez sont réussies. Cependant le marché-frappé montre l'impossibilité de mettre en place un automatisme.

### **Equilibre**

L'équilibre statique est stable les yeux ouverts, pieds joints, il montre quelques oscillations normales et il est impossible les yeux fermés. En unipodal, il s'avère impossible sans appui. Avec, il est plus stable sur la jambe gauche.

La marche, avec canne et appui, est plutôt rapide et d'un rythme irrégulier. Sans appuis elle est très hésitante, de faible amplitude avec une certaine impulsivité. Le polygone de sustentation est augmenté, le déliement du pas est limité, et les membres supérieurs ne participent pas. La stature est droite.

L'évaluation au Tinetti donne un score de 22 qui montre un risque élevé de chute.

### **Schéma corporel**

Mme A. a une bonne connaissance de son corps d'après l'épreuve de somatognosie.

Le dessin du bonhomme a fait appel à une représentation mentale de la forme du corps troublé par le handicap visuel. Les proportions sont correctes mais on note une exagération du côté droit (en référence à la dominance tonique et latérale). Lors du tracé elle me détaille verbalement ce qu'elle dessine. Tout est ressemblant et correctement placé. Elle commence le dessin de profil mais préfère le finir de face pour les détails du visage qui est décalé sur la gauche.

## **Organisation spatiale**

L'orientation spatiale est conservée (haut /bas, devant/derrière, dessous/dessus,...) sur elle et sur autrui.

Les épreuves des « pas comptés » et « des voyages », qu'elle a tenu à réaliser, montrent une bonne perception et adaptation à l'espace ; de plus elle m'expose ses stratégies de repérage dans l'espace (avec la lumière Nord/Sud).

Les repères droite / gauche sont conservés sur elle et en réversibilité.

Son orientation dans la résidence est bonne, compte tenu de son handicap. Elle sait où se trouvent les différents lieux de vie, à quel étage, et peut m'indiquer où se trouve sa table pour le repas au réfectoire même si elle ne peut s'y rendre seule. On note quelques difficultés pour repérer les différents étages quand elle prend l'ascenseur. Son champ d'exploration spatial personnel se limite donc à sa chambre où elle se repère parfaitement et est complètement autonome.

## **Organisation temporelle**

Mme A. est parfaitement orientée dans le temps.

Lors de l'épreuve d'adaptation rythmique de G.B Soubiran, elle montre une préférence du rythme lent. Elle s'adapte parfaitement au rythme rapide et montre une certaine impulsivité. Pour les autres rythmes, l'adaptation est possible avec un temps de retard.

La reproduction rythmique au Mira Stamback est possible, et entraîne une certaine fatigabilité.

## **Capacités mnésiques**

Ses capacités mnésiques sont intactes, excepté quelques oublis dans la vie quotidienne dont elle se rend compte.

Elle obtient un score de 22 points sur 28 au MMS<sup>64</sup> (2 items n'ont pu être réalisés du fait de la DMLA). Les résultats mettent en évidence des troubles de l'attention et de la concentration qui ne font pas référence à un début de démence chez Mme A, mais que l'on pourrait davantage rapprocher, selon le médecin, d'une dépression masquée.

---

<sup>64</sup> Mini Mental State (MMS) résultats de Mme A.

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| - orientation spatiale et temporelle = 10/10        | - rétention mnésique = 3/3 |
| - apprentissage = 2/3                               | - langage = 6/9            |
| - attention et calcul = 1/5 (5pts pour monde épelé) |                            |

## Relation et Comportement

Mme A. se présente comme une femme soignée, attentive à son apparence. Elle arrive au bilan soucieuse de l'adéquation de sa tenue à l'activité que je vais lui proposer.

Le contact fut bon, chaleureux, et aisé à établir ; sans opposition, ni réticence. La situation d'évaluation n'a pas posé de problème particulier.

Son discours est cohérent et dynamique. Elle a des expressions mimiques et gestuelles tout à fait appropriées aux situations, et porte souvent la main devant sa bouche (de peur de postillonner). Par ailleurs, le corps est bien engagé dans la relation, elle cherche toujours un appui pour se rassurer du fait de son handicap visuel.

Avec le personnel de l'établissement, ses relations semblent moins bonnes et sujettes à de nombreuses incompréhensions. Elle me raconte que son médecin ne veut pas venir la voir, qu'elle demande de l'aide pour descendre déjeuner mais que personne ne vient.

- Conclusion du bilan psychomoteur

Mme A. a de bonnes capacités motrices et d'autonomie, cependant elle montre une instabilité posturale (troubles de l'équilibre) qu'il nous faut relier à l'évolution de son handicap.

Ceci représente un facteur de risque de rechute à prendre en compte (compte tenu de ses antécédents), s'exprimant dans la limitation de ses déplacements, dans la fragilité de son équilibre, et dans ses réactions de surprise face à l'appréhension de l'environnement.

- Projet thérapeutique

Au vu des résultats du bilan, un suivi en psychomotricité est proposé à Mme A. à raison de 2 séances par semaine en individuel et en groupe.

✓ Le projet de prise en charge en individuel portera essentiellement sur la perception et la proprioception afin que Mme A. puisse apprendre à utiliser son corps comme outil pour ses déplacements dans l'espace et comme un point de repère en vu de compenser les troubles liés à son handicap visuel (autonomie).

La proprioception sera un moyen pour travailler l'équilibre (statique et dynamique), pour permettre une prise de conscience de son corps et de l'intérêt de son utilisation comme source d'information face à ses troubles de l'équilibre.

En parallèle, s'effectuera un travail à sa demande, de relevé de sol, en référence à ses chutes antérieures, dans lequel on intégrera les notions ci-dessus, nécessaires à la mise en place d'automatismes moteurs.

✓ La prise en charge en groupe vise le maintien de relations sociales au travers d'échanges avec les autres membres du groupe, mais également la prise d'initiatives et surtout le plaisir en stimulant son intérêt.

### 2.1.3 Suivi et évolution de la prise en charge

Qu'il s'agisse de la prise en charge individuelle ou groupale, qui sont complémentaires pour Mme A., on peut mettre en évidence trois temps similaires.

En effet, chaque séance commence par un temps d'accueil qui consiste à se rassembler, se dire comment s'est passée la semaine et se rappeler le contenu de la dernière séance.

Ensuite la séance s'oriente sur des exercices psychomoteurs mettant en jeu l'investissement corporel tout en se basant sur le projet thérapeutique.

Enfin le dernier temps permet un retour au calme et une recentration sur soi, il peut s'agir de détente ou de verbalisation de ce qui s'est passé durant la séance.

Le projet thérapeutique étant assez large, j'ai dû le réaménager afin de proposer à Mme A. des séances variées, non redondante avec le travail de groupe.

Lors des séances en individuel je me suis intéressé à l'orientation spatiale et au relevé de sol. Concernant le travail fondamental sur la proprioception et l'équilibre il était davantage mis en évidence en prise en charge de groupe.

#### ***En individuel***

- **Au niveau spatial** : En début de prise en charge, Mme A. montre des **difficultés à se repérer dans un espace inconnu**, notamment en salle de psychomotricité. Nous avons alors travaillé les yeux ouverts dans un premier temps où elle parvient rapidement à distinguer les ombres/lumières pour ensuite le faire les yeux fermés. Cette étape fut très importante à mettre en œuvre car elle s'est rendue compte qu'elle « voyait », mais également dans le but de



prévenir la cécité complète. Elle m'explique qu'elle arrive à distinguer ma silhouette quand je suis à l'autre bout de la pièce.

Au travers d'exercices de concentration et d'écoute, elle parvient rapidement à mettre en place des stratégies de repérage qui lui sont propres comme : ne pas parler en même temps qu'elle marche, utiliser des pas orientés dans l'espace (1/2 tour, ¼ de tour...) pour se situer, prendre son temps... Tous ces exercices ont été réalisés avec sa canne blanche, supprimant ainsi progressivement mon appui physique.

Une fois ces stratégies mises en place, nous avons poursuivi ce travail, toujours dans l'optique d'une plus grande **autonomie** dans la résidence. Pour cela nous sommes passés par la **représentation mentale** en amont de la réalisation physique pour éviter la précipitation et les erreurs d'orientation, et ainsi accentuer la confiance en soi et l'estime de soi.

Mme A. a de bonnes capacités de représentations mentales (verbalisation du trajet à effectuer, des points de départs et d'arrivées, de même que la façon d'y accéder), cependant la réalisation pratique semble poser plus de difficultés.

En effet, une fois sortie de la salle ou de sa chambre, Mme A. reprend ses habitudes passées, la précipitation, les agrippements aux rambardes, l'absence de balayage avec la canne blanche... Un temps chaque semaine a donc été rapidement mis en place, lorsque je venais la chercher, pour qu'elle se déplace seule dans le couloir, avec sa canne sans aides supplémentaires, en pensant aux exercices réalisés en salle auparavant. Ainsi elle me relate avec fierté qu'elle a pu, quelques fois, descendre seule au réfectoire pour le déjeuner.

Le travail s'est ensuite orienté sur la **recherche de repères** aux différents étages. Cet exercice s'est avéré difficile et peu efficace dans l'utilisation au quotidien pour Mme A.. De ce fait, un travail s'est mis en place en collaboration avec l'ergothérapeute, pour la réalisation de plaquette tactile en volume afin qu'elle puisse, en se basant sur ce support sensoriel (sur le mur juste en face de l'ascenseur) savoir à quel étage elle se trouve sans sortir de l'ascenseur. Au travers de ces différents exercices, nous avons mis l'accent sur la **perception et la proprioception** qui sera davantage mis en œuvre en groupe.

- Pour **le relevé de sol**, (cf Annexe 4), Mme A. ayant des facilités motrices non négligeables pour son âge, a montré une précipitation dangereuse lors des premières séances, de même que des réactions gestuelles très vives. De la position en décubitus, elle passait à la station assise très rapidement et de manière peu précautionneuse.

Nous avons alors pris le temps, suite aux **différentes chutes** qu'elle a rencontrées, de **verbaliser** leurs circonstances et la façon dont elle les avait vécues. Ce qui nous a permis d'aborder la « **procédure** » à mettre en place dans de telles circonstances, pour qu'elle la comprenne, l'intègre et l'applique si nécessaire. Mme A. a chuté une fois après quelques séances (3), dans sa salle de bains. Elle m'a expliqué ce qu'elle avait fait, en me disant avoir pensé à ce qu'on avait fait ensemble mais après coup et une fois assise sur son fauteuil. Elle est tout de même allée chercher une chaise pour se relever, chose qu'elle ne faisait pas auparavant. Mais il est vrai que dans la brutalité et soudaineté de l'événement, les stratégies ne sont pas encore tout à fait automatisées.

### ***En groupe***

Mme A. a intégré le groupe « corps et motricité » début septembre avec les personnes qui en faisait partie l'an passé. Je lui ai tout d'abord proposé de « venir voir » pour qu'elle se faire une idée de ce qui était proposé.

Dès la première rencontre du groupe elle s'est trouvée à l'aise, mais a pris le temps de bien cerner tous les protagonistes. La semaine suivante elle a voulu participer voyant l'ambiance chaleureuse qui s'y trouvait et s'est adonné même à quelques éclats de rire.

Ses remarques étaient de plus en plus pertinentes et la réalisation d'exercices les yeux fermés ont semblé avoir contribué à son bien être et à sa complète intégration au sein du groupe. Depuis Mme A. vient chaque semaine, m'expliquant le plaisir et le bien que cela lui fait et que « ça la garde en forme pour les années à venir ».

- Au travers du groupe nous avons pu faire un travail d'**équilibre** et de **motricité** au moyen de parcours notamment. En effet, Mme A. n'ayant pas de difficultés majeures pour la motricité, a cependant, du fait de sa précipitation, rencontré quelques obstacles. Ainsi elle a pris davantage le temps de se concentrer sur ce qui se trouvait autour d'elle que de s'appuyer uniquement sur mes verbalisations. Grâce à cela Mme A. semble plus alerte et posée dans ce qu'elle fait, elle écoute bien les commentaires des autres participants dans leurs réalisations afin de se faire une idée du parcours à réaliser. Ceux-ci consistaient à réaliser des enjambements, des slaloms, des lancers dans des cibles, mais aussi à marcher sur des supports de textures et matières variées...

- Cette dernière proposition a introduit un travail sur la **perception/proprioception**, pour permettre à Mme A. d'utiliser son corps de manière plus ajustée, pour qu'elle puisse prendre un maximum d'informations au moyen des autres sens que la vue.

Nous sommes alors passés par des **parcours sensoriels** (yeux fermés le plus souvent) avec une verbalisation riche et variée de son ressenti, de sa perception et de souvenirs que cela remémorait. Elle faisait de plus en plus de liens avec son passé et notamment sur des vacances passées avec ses frères ou encore de séjours avec ses amies.

De même nous avons pu travailler sur la **stéréognosie** au niveau des mains mais aussi au niveau des pieds pour réveiller les sensations plantaires dans le but de mieux ressentir les appuis, donc améliorer l'équilibre afin de limiter les chutes dites « accidentelles ». Mme A. a montré de très bonnes capacités de reconnaissance au niveau des mains, cela en référence à son quotidien, ses mains compensant sa perte de vue. Au niveau des pieds ce fut plus difficile, l'arthrose ne facilitant pas l'exercice. Cependant elle a fait preuve de persévérance et au fur et à mesure des séances, la sensibilité s'est accrue. Son cheminement s'est enrichi au travers des nombreuses verbalisations et de **l'entraide** avec les autres membres du groupe.

- Au niveau **comportement et relationnel** : Mme A. est une femme agréable et pleine de vie. Cependant, depuis les vacances de Noël, son **humeur dépressive** a refait surface. Elle m'a confié ne pas trop apprécier cette période lui rappelant sa solitude. Elle semblait triste, se sentait persécutée et rien ne lui faisait envie. Fin Janvier, elle a participé volontiers à la prise en charge individuelle qui portait surtout sur la verbalisation de son état, mais elle a préféré se reposer l'après midi et n'est pas venue pas au groupe. Deux semaines après cet épisode, j'ai trouvé Mme A. très **fatiguée** et physiquement méconnaissable. Elle a été **hospitalisée** le jour suivant pour des difficultés cardio-respiratoires et une phlébite sous-jacente. Elle y est resté 10 jours, puis est revenue à la résidence heureuse des soins dont elle bénéficiait ici.

- **Conclusion de prise en charge**

Après cette hospitalisation Mme A. était très affaiblie. La prise en charge initiale qui avait considérablement évolué s'est donc mise en suspend afin de l'accompagner dans les suites de cet événement.

Aujourd'hui elle s'est bien rétablie, redescend manger avec les autres et propose de venir seule en séance. Cependant les troubles de l'équilibre se sont accentués, elle me dit que

ses jambes lui font défaut. On peut noter également une perte de confiance en elle et une montée d'angoisse face à la baisse de sa vue depuis son retour.

Le projet de prise en charge a été modifié pour s'orienter davantage sur la reprise progressive de la marche en vue d'une réassurance, d'une augmentation de l'estime de soi pour une "renarcissisation".

Les séances sont maintenues en individuel et elle sera sollicitée chaque semaine pour aller au groupe afin d'être avec les autres et ne pas rompre les relations créées.

De ce fait la prise en charge nécessite d'être poursuivie afin de permettre à Mme A. de renouer avec ses compétences antérieures ou tout du moins de limiter une perte trop importante de ses capacités.

## 2.2. Etude de cas Mme D.

### 2.2.1 Histoire personnelle

- Anamnèse

Mme D. est une femme de 74 ans. Elle travaillait dans le monde de la finance, et était très impliquée dans des associations d'aide caritatives. Suite à des problèmes de santé et au diagnostic d'invalidité totale en référence à ses genoux, elle du arrêter ses activités et se déplacer en fauteuil roulant.

Veuve depuis 11ans, elle a une fille et un petit fils qui viennent régulièrement lui rendre visite, ils sont, nous dit-elle, sa « seule raison de continuer ». Suite au deuil difficile de son mari elle a fait une grave dépression. A cette perte s'est ajouté celle de ses parents, à deux années d'intervalle. En parallèle, de nombreuses chutes ont eu lieu accompagnées d'une grande fatigue.

Mme D. bénéficiait d'aide à domicile avec une aide soignante et une aide ménagère, on lui portait également ses repas. Suite à ses chutes répétées, une demande d'admission auprès de la résidence à été effectuée par sa fille inquiète de son état. Auparavant son médecin avait lui aussi fait une demande suite à son cancer du colon (2002) puis à ses métastases aux poumons (2004), mais Mme D. n'était pas prête. Peu à peu, prenant conscience de ses difficultés et sur les conseils de son médecin traitant, ne souhaitant pas être une charge pour sa famille, l'idée de rentrer en maison de retraite devint acceptable.

Mme D. est arrivée à la résidence en Octobre 2006 avec des antécédents médicaux sérieux et une santé fragile. Elle nécessitait de l'aide pour la toilette (surtout pour le dos et le shampoing), l'habillage et les déplacements à l'extérieur.

Son plus grand plaisir était de partir en voyage avec son mari, dans des pays éloignés. Sinon elle apprécie les jeux de société ainsi que la lecture (livre, magazines). Elle participe avec enthousiasme aux nombreuses activités proposées par la résidence.

#### Antécédents médicaux :

- Cancer du colon (2002, opération réussie)
- Métastases aux poumons (2004, chimio efficace)
- une fragilité osseuse (effritement, ostéoporose),
- des genoux usés (suite à une ostéo-nécrose et 2 ans en fauteuil),
- des pieds fragiles (doigts de pieds et chevilles cassés),
- ventre volumineux des suites de son cancer du colon,
- hernie ventrale,
- épaule gauche limitée dans ses mouvements, en lien avec la fragilité osseuse et une fracture antérieure
- psoriasis (somatisation de l'angoisse au niveau de l'épiderme),
- peur de tomber (phobie), dépression

#### Traitement :

Mme D. est suivie par son médecin traitant, exerçant à l'extérieur de la résidence, et par un médecin hospitalier, pour le suivi de son cancer et de ses métastases. Les médicaments sont prescrits par l'hôpital en fonction de l'évolution de ses antécédents, de sa douleur et de son état général.

#### Appareillages :

- fauteuil roulant (depuis 1985)
- béquilles

#### • Prises en charges complémentaires

Mme D. est suivi en kinésithérapie à raison de trois fois par semaine pour de la marche et des massages des zones douloureuses. Des aides soignants lui font également régulièrement

des massages afin d'apaiser les tensions musculaires au niveau de ses épaules et de ses jambes.

Elle est suivie très régulièrement par l'hôpital pour son cancer.

## 2.2.2 Bilan psychomoteur et projet thérapeutique

J'ai réalisé un bilan d'observation, au cours des premières séances de groupe, et je l'ai complété avec quelques épreuves en individuel.

Au cours de ce bilan, j'ai pu noter quelques difficultés motrices, malgré cela elle s'est montrée très coopérante et désireuse d'améliorer une situation qui la gêne. Le contact avec Mme D. fut chaleureux et aisé à établir, sans opposition. Elle appréhende la difficulté mais fait preuve de persévérance.

Son discours est cohérent et dynamique, elle verbalise beaucoup ses observations. Elle a de nombreuses expressions mimiques et gestuelles. De plus, le corps est bien engagé dans la relation, compte tenu de ses capacités limitées.

- Items du bilan psychomoteur

### Tonus

A l'examen on note une tonicité de fond importante au niveau des membres supérieurs et inférieurs, d'où une extensibilité et un ballant faible. Le relâchement est possible à obtenir sur demande.

Le tonus induit est marqué par des difficultés de réalisation, une fatigabilité et des syncinésies présentes du côté gauche. Cela nous oriente vers une dominance tonique à droite, renforcée par l'observation de l'utilisation du crayon et de la fourchette majoritairement à droite. Cependant, du fait de ses mains déformées par l'arthrose, on peut noter des changements fréquents quant à leur utilisation.

### L'organisation de la motricité

Mme D. montre des attitudes caractéristiques d'une phobie de la marche. Tout mouvement nécessite un effort considérable, et on note des tremblements accompagnés de verbalisation : « j'ai peur de tomber ».

Il n'y a pas de déliement du pas, la marche se réalise avec un polygone de sustentation étroit. Les pas sont de très faible amplitude, glissés au sol pour la plus part et la marche est globalement saccadée.

Elle se lève seule de son fauteuil, peut faire quelques pas, mais doit rapidement trouver un appui. Elle préfère être installée dans un fauteuil car les chaises ne lui sont pas confortables et il lui est difficile de s'en relever.

Elle sollicite tout de même l'ensemble de son corps, selon ses capacités, et suit le groupe dans ses activités.

Les coordinations et dissociations de mouvement sont peu précises et Mme D. montre des difficultés d'ajustement postural. Lors de lancers, on note un ballant faible et une absence normale des réactions de prestances. L'amplitude des mouvements est limitée par son épaule et on observe la présence de syncinésies oro-chirales.

Les dissociations droite /gauche, doigt/nez sont réussies, mais celles entre membre supérieur/inférieur nécessitent trop d'effort.

La motricité fine est de niveau faible compte tenu de ce que j'ai évoqué précédemment. On note également des épines irritatives.

Les coordinations oculomotrices sont possibles mais le mouvement et l'amplitude sont limités, d'où les échecs.

## **Equilibre**

L'équilibre statique est instable les yeux ouverts et impossible les yeux fermés.

En situation dynamique (avec appuis), on observe des oscillations importantes, des pertes d'équilibre et des syncinésies oro-chirales (participation de la bouche).

La marche est lente et « dandinante ». Les pas sont de très faible amplitude et caractérisés par des temps de pause assez long. Le polygone de sustentation est élargi et met en évidence un genu-valgum dû à son excès pondéral. On n'observe aucun déroulement du pied et Mme D. mobilise difficilement son corps sur le court terme. Elle montre une appréhension importante ainsi que des essoufflements.

L'évaluation au Tinetti donne un score inférieur à 19 points qui est à mettre en corrélation avec une multiplication par cinq du risque de chute.

Le résultat au Get up and go test montre également un risque important de chute avec une aide nécessaire des accoudoirs pour se lever, des méandres prononcés durant la marche, des piétinements pour le demi-tour et elle se laisse tomber dans son fauteuil quand elle se rassoit.

### **Schéma corporel**

Mme D. a une bonne connaissance de son schéma corporel d'après l'épreuve de somatognosie. C'est une dame qui prend soin d'elle et porte une attention toute particulière à se maquiller et mettre ses bijoux. Cependant son image du corps semble brisée : « j'suis cassée de partout ».

Les résultats aux épreuves d'imitations de gestes de Bergès-Lézine présentent un bon niveau.

Le dessin du bonhomme est réalisé de la main droite, avec un appui important de celle-ci sur le crayon et le support. Le tracé est tremblé et irrégulier. La représentation est globalement de petite taille, les proportions sont correctes, cependant on peut noter un tronc imposant et des doigts déformés, de même que l'épaule gauche affaissée. On peut trouver des caractéristiques communes avec elle, même s'il s'agit du dessin d'un homme (un cowboy).

### **L'organisation spatiale.**

L'orientation spatiale en fonction des différents repères topologiques est conservée, (haut /bas, devant/derrière, dessous/dessus,...).

Ses déplacements dans la résidence montrent une bonne perception et adaptation à l'espace.

### **L'organisation temporelle**

Mme D. est parfaitement orientée concernant les repères temporeux topologiques. Dans la résidence, elle gère seule son planning d'activité et ne confond pas les jours.

Lors de l'épreuve d'adaptation rythmique de G.B.Soubiran, elle montre une préférence au rythme lent. Le tempo spontané est moyen et irrégulier. Mme D. s'adapte aux différents rythmes en montrant un temps de latence allant en augmentant lors de la mise en jeu corporelle.



Les reproductions rythmiques du Mira Stembach sont réalisées sans erreur. On peut cependant noter une fatigabilité de l'attention en fin d'exercice. Lors de cette épreuve elle présente une bonne stratégie de comptage et de mémorisation. Le symbolisme est compris.

### Autonomie

Mme D. a une aide partielle pour les actes de la vie quotidienne, notamment pour la douche et l'habillage. Cependant au niveau de la douche l'aide est plutôt irrégulière car mal vécue par Mme D..

Un ami vient souvent la chercher dans sa chambre pour les repas ou les activités, quand ils les font ensemble, mais elle peut descendre seule.

Elle ne présente pas de troubles auditif ou visuel.

### Capacités mnésiques

Mme D. ne semble pas exprimer de trouble mnésique significatif.  
Elle obtient au MMS un score de 28 points sur 30<sup>65</sup>.

#### • Conclusion du bilan

Mme D. montre de bonnes capacités d'adaptation au sein de la résidence, elle fait preuve de beaucoup de volonté et de persévérance. Le bilan, s'est déroulé au fur et à mesure des séances, et n'a pas semblé poser de difficultés particulières.

Cependant, on peut noter des difficultés d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et des difficultés motrices en lien avec ses antécédents médicaux. De ce fait, Mme D. montre une instabilité posturale significative et des troubles importants de la marche l'incommodant et entraînant une dépense d'énergie très importante à chaque mobilisation.

De plus, elle ne semble pas à l'aise avec son corps et doute beaucoup de ses compétences. Mme D. dit bien se porter, mais, au regard de son vécu et de ses dires, cela semble n'être qu'une apparence, une façade. Il conviendrait, au cours de la prise en charge, de vérifier cette impression.

---

<sup>65</sup> Mini Mental State (MMS) résultats de Mme D.

- orientation spatio-temporelle : 10/10

- apprentissage : 3/3

- attention calcul : 5/5

- rétention mnésique : 3/3

- langage : 7/9

- **Projet thérapeutique**

Au vu de mes observations et des troubles de Mme D., le suivi en psychomotricité s'est poursuivi. Il s'organise à raison d'une séance par semaine, lors d'une prise en charge en groupe « corps et motricité ».

L'activité motrice et corporelle sera sollicitée au moyen de jeux sensoriels, de parcours, de jeux de ballon et autres, pour que Mme D. puisse prendre conscience de ses capacités réelles, concernant son équilibre et sa motricité générale.

Cette orientation thérapeutique est à mettre en lien avec les nombreux antécédents médicaux qui l'ont fragilisée.

Le groupe permettra d'associer le plaisir, la rencontre et l'échange autour de la motricité. Nous travaillerons sur le vécu du corps dans le but d'un réinvestissement positif de celui-ci, pour gagner en stabilité et en assurance, tout en stimulant la prise d'initiative et l'entraide avec les autres membres du groupe.

### 2.2.3 Suivi et évolution de la prise en charge

Au début de la prise en charge, Mme D. se montrait plutôt réservée quant à sa présence dans le groupe en référence à son potentiel. Elle disait souvent qu'elle ne pourrait pas tout faire et montrait en général une grande appréhension face aux différentes activités. Elle avait participé au groupe l'an passé mais me disait ne pas avoir pu tout faire comme les autres participants.

- Au travers du groupe nous avons pu réaliser un travail d'**équilibre** et de **motricité** notamment au moyen de **parcours**. Au début, Mme D. montrait des difficultés pour se lever de son fauteuil et réaliser l'exercice. Elle se fatiguait très rapidement, avant même de commencer réellement l'atelier.

Nous avons donc commencé par prendre le temps de réfléchir à une autre manière de **sortir du fauteuil**, sans trop dépenser d'énergie. Mme D. a trouvé sa propre solution, qui consiste à se positionner sur le bord de son fauteuil et ainsi, en bloquant les freins, en posant bien ses pieds parallèles, et en poussant sur ses bras et ses jambes simultanément, se retrouver debout. Fin 2007, Mme D. était capable seule, et sans difficulté majeure, de se lever et de participer « en forme » aux exercices.

Elle réalisa donc, avec mon appui pour s'équilibrer, les parcours qui consistaient à enjamber, slalomer, lancer dans des cibles ou encore marcher sur des supports de différentes hauteur et densité. L'appui exercé sur moi s'est amoindri, désormais elle est capable de réaliser seule une partie des parcours, suivant la difficulté.

Par ailleurs, enjamber un obstacle qui était très périlleux pour elle et source d'**angoisse de chute**, a pu être dépassé progressivement grâce notamment à un travail de **respiration** (elle avait tendance à rester en apnée lorsqu'elle se sentait en difficulté) et de prise d'appui au sol, même si j'étais présente en permanence lors de ce genre d'exercice.

Les lancers étaient de faible amplitude du fait de ses malformations aux mains et ses douleurs aux épaules. Cependant, on a pu observer une augmentation de l'**amplitude articulaire** à force d'échauffement et de mobilisations passives, douces et répétées. Les lancers sont désormais plus précis et le geste est globalement correct. Ces exercices lui servent me dit-elle, dans son quotidien pour, par exemple, prendre quelque chose sur la table sans avoir à se lever.

- Le travail de **perception / proprioception** dans le groupe avait pour but de permettre à Mme D. d'utiliser son corps de manière plus adaptée en utilisant un maximum d'informations sensorielles.

Nous sommes donc passées par des **parcours sensoriels** (yeux fermés le plus souvent) en marchant sur des supports variés en textures, densités et matières ... Dans ces exercices, Mme D. portait une attention toute particulière à la **verbalisation**. Elle était riche et variée, Mme D. nous détaillait son ressenti, ses émotions et les souvenirs auxquels les sensations lui faisaient penser. Elle faisait fréquemment des liens avec son passé. En effet, par exemple, la marche sur des coussins lui évoquait le sable fin lors de vacances avec son mari, le papier bulle un jacuzzi... Ces évocations l'ont rendu rêveuse, la voix tremblait légèrement. Elle semblait émue.

De même nous avons pu travailler sur la **stéréognosie**, au niveau des mains puis des pieds, afin de réveiller les sensations plantaires, dans le but de mieux ressentir les appuis, donc améliorer l'équilibre pour limiter les chutes dites « accidentelles ». Ses déformations aux pieds, du fait de leur faible mobilité, lui ont rendu quelque peu difficile ces exercices, mais elle a réussi à trouver des stratégies pour découvrir les différents objets en faisant référence à ses sensations.

Concernant l'aspect **relationnel**, Mme D. a fait preuve d'une très grande **motivation** ainsi que d'une **persévérance** à tout égard. Elle aimait se lancer des « challenges » même si elle appréhendait énormément une chute potentielle. Elle a voulu tout essayer et « faire comme les autres ». On s'est inscrit dans un projet thérapeutique pour le réinvestissement d'une image positive d'elle-même au travers du renforcement de l'estime de soi par la réalisation des différents exercices. Cependant, cette attitude paraissait quelque peu ambivalente et semblait pouvoir s'apparenter à des conduites conjuratoires de défi en référence à sa phobie de la chute. Elle s'est montrée toujours très souriante et enjouée, malgré la difficulté elle ne se décourageait jamais.

Cependant, en cette nouvelle année, malgré cette évolution plutôt positive, des épisodes importants sont à noter et affectent particulièrement Mme D..

Début février 2008 Mme D. a fait une **chute dans sa salle de bain**, durant la nuit. Elle est restée deux heures au sol, à tenter de se hisser dans la pièce de vie pour téléphoner à l'accueil, son alarme ne fonctionnant pas. Mme D. a souffert d'importantes courbatures et de douleurs diffuses sur l'ensemble de son corps mais elle n'a pas eu de fractures (ce qui était sa plus grande peur). Elle m'a dit, malgré tout, être contente d'avoir pu réagir comme elle l'a fait. Elle est restée une semaine dans sa chambre puis est revenue au sein du groupe pour regarder, elle était très fatiguée. De plus, Mme D. attendait une échéance concernant l'évolution de son cancer pour d'éventuels rayons à refaire.

- Conclusion de prise en charge

Mme D. est revenue au groupe et participe de nouveau aux activités de la résidence. Elle a été fragilisée par cette nouvelle chute, mais positive en se disant « qu'elle a tout de même pu prévenir les soignants toute seule », chose qu'elle n'envisageait pas pouvoir faire auparavant.

Début Mars elle a appris la **récidive de son cancer**. Elle s'est isolée dans sa chambre et ne participait plus aux activités. La dépression semblait bien installée. Elle était sollicitée toutes les semaines pour assister au groupe et a fini par venir voir, et notamment la vidéo réalisée depuis septembre, qui a semblé lui avoir fait beaucoup de bien. Mais son état de santé s'est dégradé avec une bronchite et de l'asthme et elle a été **hospitalisée** Mi-mars. Elle est très affaiblie et les médecins ne se prononcent pas sur l'avenir.

De ce fait, la prise en charge en groupe est suspendue, mais la continuité est assurée au travers des visites et des appels téléphoniques. La prise en charge nécessite d'être poursuivie pour permettre à Mme D. de garder un contact avec ses amis de la résidence. Elle est heureuse de savoir ce qui a été fait en séance.

La motricité, douloureuse au quotidien, semblait être un plaisir au sein du groupe et cette prise en charge était propice à une identification à l'autre, aux pairs, à travers l'émulation et l'empathie. Actuellement, cette prise en charge paraît représenter pour Mme D. davantage un soutien psychologique que corporel, de même qu'un étayage narcissique.

Une prise en charge individuelle pourrait être envisagée à son retour, pour un travail de réadaptation progressive, de prise de confiance dans un premier temps et ensuite sur l'autonomie quotidienne en référence à son comportement pour les toilettes.

# DISCUSSION

### 3 - DISCUSSION

#### 1. Chute physique et effondrement psychologique

*« Malgré tous les éléments somatiques qui conditionnent le risque de chute, l'autre face de cette catastrophe, à savoir la douleur morale et son indicible, nécessitent de s'intéresser au sens profond sous-jacent » BOITTIAUX G.<sup>66</sup>*

La chute, comme nous l'avons défini auparavant, consiste à se retrouver à terre contre sa volonté. Mais est-ce réellement une question de volonté ? La chute est-elle vraiment, comme on l'entend fréquemment, « accidentelle », due à un manque d'attention de la personne et/ou de l'environnement ? Ou bien revêt-elle une toute autre explication pour la personne qui l'a vécue, une signification inconsciente, refoulée ?

Il est rare que la personne âgée se jette consciemment à terre, mais c'est bien parce qu'elle ne retrouve plus de repères à l'extérieur qu'elle va investir l'intérieur de son corps. Ainsi, par le biais de la somatisation, elle va livrer un langage corporel à l'environnement afin que celui-ci lui prête attention.

*« Il s'agirait alors plus d'un mécanisme inconscient traduisant un vécu difficile, d'abandon, une souffrance réactionnelle à un isolement devenant de plus en plus douloureux » MESSY J.<sup>67</sup>. La chute traduit ici un **langage du corps** qui s'ajoute au traumatisme psychique notamment lorsqu'il y a eu hospitalisation avec perte des repères, des habitudes, du domicile, de l'inconnu, de la chute à venir, de l'espace, du futur...*

##### 1.1. Des modifications corporelles...

Des modifications corporelles, morphologiques (rides, gestes plus lents, réflexes moins vifs...) s'imposent à la personne qui n'a d'autre choix que de subir ce processus : l'enveloppe corporelle de la personne se transforme au fil du temps. Le problème se situe

---

<sup>66</sup> BOITTIAUX G., 2005, « les chutes et la dépression » in *Le revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, p. 278- 280.

<sup>67</sup> MESSY J., 1998, « Chut(e) ? Écoutons parler les vieux », in *L'infirmière en gériatrie*, p. 24.

davantage au niveau du vécu de la personne, qui, selon ses possibilités, s'adaptera ou non aux changements occasionnés par le temps et par la chute.

C'est alors dans un corps qui change, moins habile, moins sûr, qu'il faut apprendre à vieillir. **Le vécu corporel de la personne âgée** se trouve profondément remanié. Lorsque la chute s'y ajoute, il émerge une réelle symptomatologie corporelle, où le corps de la personne âgée devient le moyen d'expression privilégié, et où la plainte somatique a valeur de message, de demande. **Le corps** révèle ainsi les symptômes, mais aussi les sentiments et les émotions. **Il a donc valeur de communication**, c'est pourquoi il peut aussi bien être employé en tant que refuge que révélateur. Et parce que justement il peut se fermer au monde extérieur, et se replier sur lui même, le corps est aussi ce qui permet à l'individu de s'ouvrir au monde et de s'y mettre en situation. Le sujet se replie, comme Mr R. qui ne voulait plus descendre au réfectoire, usant de somatisation, de corporéisation pour garder un contact avec l'extérieur, au travers de plaintes corporelles multiples en référence à son incontinence. J'entendais ses cris depuis le couloir, je suis allée voir et je me suis trouvée démunie devant lui ne sachant comment répondre à ses plaintes. Je me suis alors contentée de l'écouter parler et j'ai alors compris que c'était seulement d'écoute, de présence dont il avait besoin.

On peut mettre en évidence deux types de comportement :

Soit **le corps est mis en avant**, permettant aux personnes âgées de conserver le contact avec l'extérieur par l'intermédiaire de ce corps. Il s'agit alors d'une tentative d'appel, même si elle est inconsciente. On peut dans ce cas de figure, faire référence à la maladie qui agit comme une défense par rapport au désinvestissement corporel en cours. Le corps est alors utilisé comme un langage, voir même comme un moyen d'exister et d'attirer l'attention.

Ou alors, **le corps est mis en retrait** quand il est porteur d'une réalité insupportable. Les modifications relatives au corps sont sources de souffrance et/ou d'angoisse. La distance ainsi mise peut rendre invisible ce vécu douloureux de la personne âgée et le corps risque alors d'être désinvesti, caché, oublié, nié.

**Le corps peut parfois être vécu comme « traître »** dans la mesure où les changements occasionnent des difficultés psychomotrices. Comme je l'ai cité en théorie, le vieillissement associé à la chute et au syndrome qui s'en suit, favorise la désorganisation tonique avec une hypertonie caractéristique figeant la posture et gênant la fluidité des gestes. entraînant un appauvrissement de la motricité de par la précarité de l'équilibre qui contraint la personne à restreindre son espace de vie ainsi que son temps de déplacement. Par cela, on



obtient alors un ralentissement du rythme, un appauvrissement du schéma corporel et un remaniement de soi.

**Le corps est donc au centre des préoccupations, qu'il soit ignoré ou surinvesti.** Il est la voie privilégiée par laquelle le sujet exprime sa souffrance ou son mal être. « *Altérée par le temps et les pathologies, modifiée par la douleur et le plaisir, l'image du corps traduit les changements dans les comportements, apparences, attitudes, ainsi que dans l'expression gestuelle de la personne, et dans l'expression de son visage* qui pour RESNICK S. nous dit LIOTARD D.<sup>68</sup>, *est tout le corps* ».

## 1.2. ... aux retentissements psychologiques

L'ensemble de ces modifications a inévitablement une répercussion sur la vie relationnelle du sujet dont le corps en est le siège. « *Le corps est à la fois lui même et la passerelle qui mène à la réalité psychique, à la fois langage en soi et pour soi et langage pour autrui* » POTEL C.<sup>69</sup>

- **Image du corps**

Quelles attitudes, représentations et sentiments élaborent la personne âgée vis à vis de son corps qui a chu ?

Cette notion d'image du corps fait référence aux aspects subjectifs de l'expérience corporelle, telle qu'elle peut être perçue et rapportée par l'individu non seulement à propos d'un « *corps-objet* », nous dit GOUMAS J.<sup>70</sup>, qui serait uniquement pourvu de propriétés physiques, mais aussi à propos d'un « *corps-sujet* », investi d'affects complexes, plus ou moins conscients, et souvent de nature auto-évaluative.

En effet, « *nous savons combien l'intérêt porté à l'égard de soi-même dépend de l'intérêt que nous portent les autres.* » (Op. Cit. p.33). Alors comment, après une chute, la personne âgée se voit-elle dans le miroir ? Est ce vraiment la même personne ou une autre, différente, blessée, marquée ? Et les autres que voient-ils ?

<sup>68</sup> LIOTARD D., CALZA A., CONTANT M., 1999, *Psychomotricité*. Masson, Paris, p.182

<sup>69</sup> POTEL C, 2000, *Psychomotricité entre théorie et pratique*. Presse édition, Clamecy, p.14

<sup>70</sup> GOUMAS J., LE ROUX F., 1997, « le corps en gériatrie », in *Soins gérontologie*, n°9, p. 35

C'est dans le miroir, nous dit MESSY J., que l'individu prend conscience de son vieillissement, mais pas au sens du miroir de LACAN concernant les enfants, mais dans « *l'image d'un corps morcelé, qui fout le camp, et voir même l'image de la mort* »<sup>71</sup>. C'est pour cela que MESSY J. appela ce processus le temps du **miroir brisé** pour la personne âgée, car il fait référence à cette confrontation à la réalité. L'image qui se projette dans le miroir, qui n'est pas, ou plus identique à celle que la personne se faisait d'elle même, lui rappelle son âge, sa vieillesse, sa finitude. Il parle ainsi d'un « *moi hideur* » en tant qu'image morcelée anticipée. Dans ce contexte, la chute ne fait que renforcer la prise de conscience, ébauchée par cette image du soi déchu.

Ainsi Mme D. lorsque je lui propose de se mettre entièrement devant le miroir, n'accepte pas spontanément, me dit ne pas trop aimer se regarder en entier. En effet, le haut du corps paraît bien investi car cette dame prend soin d'elle et de son apparence, mais le bas du corps de Mme D. semble être rejeté, comme devenu inutile parce qu'en fauteuil. Ce comportement pourrait s'interpréter en un **clivage permettant d'isoler, de mettre à distance ce qui ne va pas, comme pour mieux préserver une autre partie** (ici le haut du corps) **et la maintenir loin de tous risques.**

#### • *Identité et Narcissisme*

Au travers de la relation à cette image déchue, ou "chutée", communiquant inévitablement avec autrui, lui renvoyant ainsi ce qu'elle est devenue, c'est toute l'histoire de la personne qui est mise en jeu avec toutes ses failles, dont les chutes vécues. C'est aussi toute **la remise en question de l'identité du sujet** qui se pose car, « *comment maintenir une continuité alors que la personne sent et exprime une discontinuité* » LIOTARD D.<sup>72</sup>

Prenons l'exemple de Mme D. quand je lui propose, suite à l'annonce de récurrence de son cancer, de venir voir la projection du film réalisé depuis le début de l'année avec le groupe. A cette proposition, je décèle un sourire, et un changement de regard qui passe du larmoyant au pétillant et elle accepte.

Alors que s'est-il passé ? D'où vient son élan ? A-t-elle réussi au travers de quelque chose qui la motivait, à surmonter tout ce qui faisait qu'elle s'enfermait, s'isolait, en somme se "laissait tomber" ? Comme si la **pulsion de vie**, qui s'était retirée face aux menaces de la maladie et de la dépression sous jacente, parvenait à revenir dans le combat pour la vie (car il

<sup>71</sup> BRANDILY A., 1996, « interview de J.MESSY » in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 106, p.7

<sup>72</sup> LIOTARD D., CALZA A., CONTANT M., 1999, *Psychomotricité*. Masson, Paris, p.182

s'agit pour cette dame d'un réel combat) et ainsi de retrouver un équilibre avec la **pulsion de mort** et l'angoisse que tous ces événements renvoient à Mme D.

Lorsque je viens la chercher, elle est habillée, maquillée et très essoufflée de ces efforts. Comme si le psychisme, allant mieux, se reflétait dans le corps, se remettant en quelque sorte à (re)vivre, à (ré)agir, n'étant plus considéré uniquement comme mauvais objet mais encore à vivre et possible de bons investissements.

Le concept de narcissisme apparaît inévitablement, qui, après avoir été maintes fois écorché, parvient à être relancé chez Mme D., s'étant donné à elle même un nouvel objectif et la volonté de l'atteindre. Il est donc probable que Mme D. attendait qu'on vienne la voir suite à tous ces signes évoqués plus haut, qu'on lui propose quelque chose qui lui plaise, la motive et la fasse sortir de son ruminement qui se transforme rapidement en cercle vicieux, et donc tout simplement qu'on lui impulse en quelque sorte de la vie, de l'envie **telle une main tendue pour mieux soutenir ses efforts.**

*« L'image du corps est ainsi liée au narcissisme, qui suppose l'existence d'un Moi, à l'estime de soi, au sentiment d'identité qui est observable à travers l'investissement corporel »* GOUMAS J.<sup>73</sup>. Celui-ci peut s'observer par l'accessibilité corporelle ou le repli sur soi, mais aussi la satisfaction corporelle ou l'insatisfaction, un corps tendu ou serein, ou encore un corps actif ou passif. La question est de savoir **comment la personne vit son corps.**

Certaines personnes arrivent à conserver suffisamment d'amour envers elles mêmes et ainsi trouvent un équilibre, comme Mme D. dans cet exemple qui nous donne à voir force et courage ; alors que d'autres ayant un Moi plus fragile et/ou un narcissisme plus défaillant, seront plus à même de sombrer dans la dépression, la mélancolie. Ce qui nous amène au concept de **résilience**, c'est à dire à la capacité de chacun à plus ou moins bien se remettre d'un événement difficile en référence à l'enfance et aux états psychiques et corporels établis durant cette période. Nous ne mobilisons pas tous les mêmes défenses face aux difficultés, aux angoisses et aux événements, cependant nous sommes tous tributaires, une fois adulte, de la plus ou moins bonne sécurité intérieure établie dans les premières années de la vie.

---

<sup>73</sup> GOUMAS J., LE ROUX F., 1997, « le corps en gériatrie », in Soins gérontologie, n°9, p. 35

### 1.3. Chute et dépression

Il est admis qu'un grand nombre de syndromes dépressifs et régressifs sont lié aux remaniements corporels et psychoaffectifs.

Prenons l'exemple de Mme A. qui a fait une chute « sans gravité » dans sa chambre, mais qui a tout de même été fortement secoué par celle ci, et cela autant physiquement, par la brutalité de l'événement et « *la perte de contrôle de ce corps qui lui a fait défaut* » MESSY J.<sup>74</sup>, que psychiquement. Le bouleversement physique, plus facilement visible et soignable que le psychique, est davantage considéré et évalué par les soignants. Le corps porte clairement les marques de la chute (bleus, fractures, alitement), alors que l'atteinte psychique, complexe, abstraite, et propre à chacun, n'est que peu explorée car bien souvent postérieure à l'évènement. Même une fois soignée, la personne peut ne pas aller mieux et avoir développé un syndrome post-chute alors qu'il n'y a plus aucune cause organique ou médicale pure.

La plainte somatique est fréquente chez le sujet âgé. Elle peut être légitime en référence à des affections physiques dues aux chutes, car douloureuses et invalidantes, mais **les préoccupations somatiques peuvent également refléter un accès dépressif**. Ainsi, soit elle n'est qu'un aspect de la dépression à côté de la tristesse, du pessimisme, du désespoir et de l'anhédonie<sup>75</sup>, ou alors elle domine la scène clinique et ainsi masque véritablement les symptômes plus spécifiquement dépressifs dans le cas d'une **dépression masquée**. Prenons le cas de Mme B., considérée par le médecin comme hypochondriaque : voyant des fractures ou il n'y en a pas, obnubilée par ses traitements et son état de santé. Son angoisse semble se manifester par son corps : elle est hypertonique, fatiguée et incapable de se relâcher.

Je vais également illustrer mes propos avec Mme D., une dame très fragile physiquement, comme je vous l'ai relaté en clinique, mais également psychiquement du fait de son état physique et médical incertain.

L'évolution de Mme D. depuis que je la rencontre est plutôt fluctuante, alternant entre des phases de progrès et des phases de régression. Cette évolution me fait penser à une recherche constante d'équilibre entre la pulsion de vie et la pulsion de mort.

---

<sup>74</sup> MESSY J., 1998, « Chut(e) ? Ecoutons parler les vieux », in L'infirmière en gériatrie, p. 24.

<sup>75</sup> Incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie antérieurement considérées comme plaisantes.

J'imagine ces deux pulsions au travers de son cancer et notamment de sa récurrence, que je vois comme une nouvelle chute et qui, comme elle le dit si bien, "la grignote de l'intérieur" symbolisant la mort, au sens propre du terme, donc l'échéance de sa vie ; de l'autre côté, la vie (Eros) avec sa famille et les moments de joie qu'elle peut vivre, notamment en groupe de psychomotricité.

Nous voyons bien ici ce lien entre le corps malade, qui "chute", qui se détruit avec l'effondrement psychologique, la dépression et donc la pulsion de mort qui anéantit l'espoir, et la vie.

Ces événements, avec tout l'impact psychologique qui en découle, amènent Mme D. à adopter des attitudes que j'interprète également comme des chutes, des pertes : rester dans sa chambre, ne pas descendre manger avec les autres, ne pas s'habiller. Tous ces comportements sont, à mon sens, des appels à l'aide, des alarmes, des signes dépressifs, conscients ou non, que Mme D. lance pour exprimer son mal être. C'est également l'expression d'un **retrait de la libido, une régression pour revenir à l'état de narcissisme primaire.**

En effet, dans le développement psychique, une fois que l'individu a intériorisé son corps propre (son Moi) en investissant toute sa libido sur lui-même, et qu'il se sent assez en sécurité, il se tourne vers le monde afin d'en investir les objets extérieurs. Ainsi se produit le passage du narcissisme primaire (égocentrique) au secondaire (objectal), par un retournement sur le Moi de la libido, retirée de ses investissements objectaux renforçant ainsi le Moi du sujet.

Chez les personnes âgées se produit l'effet inverse avec une régression du processus secondaire vers le primaire, facilité par la restriction des relations et des espaces, le retrait de la vie sociale, l'isolement... La régression totale de la libido semble alors se définir par la mort de la personne, en référence à la vie fœtale de l'embryon, car un individu ne peut vivre indépendamment de son environnement.

Par conséquent et pour conclure, la chute psychologique est donc susceptible d'entraîner une chute physique. Ne serait-elle pas, pour la personne âgée, le seul moyen d'exprimer son état intérieur, qu'elle ne peut dire avec des mots mais qui devient possible au travers de "maux", ne se sentant plus syntone avec l'environnement.

Comme nous dit GOUMAS J.<sup>76</sup>, il ne s'agit pas de dire « *l'homme et son corps, mais plutôt de l'affirmation l'homme est son corps* ». La clinique me rappelle sans cesse cette affirmation lorsque j'observe une personne au loin. Par son corps, elle m'envoie une multitude de signaux dont elle n'a pas toujours conscience et auxquels dans un premier temps je n'ai pas forcément porté attention. Malgré tout, ceux-ci m'interrogent ne sachant pas toujours comment y répondre. Ces signaux me paraissent alors traduire leurs "état d'âme". La symptomatologie est une forme de communication non verbale, avec par conséquent l'intention d'envoyer un message. Ainsi nous communiquons malgré nous, sans forcément choisir le moyen de le faire. La communication est ainsi définie comme un phénomène vital. « *L'être humain est un être en relation et a besoin de partages pour vivre, évoluer en société* » GOUMAS J. La chute serait alors l'ultime expression corporelle de son état psychique. Il semble donc nécessaire de détecter tous ces appels de la dépression chez les personnes âgées afin de mettre en place un travail préventif face à une éventuelle chute à venir.

## 2. Rôle du thérapeute en psychomotricité

« *Le moi peau, le schéma corporel, l'image du corps, image spéculaire, interagissent ensemble étant déjà altérés par le vieillissement* » LIOTARD D.<sup>77</sup>, et le sont davantage encore avec la chute, tout comme le narcissisme.

Le psychomotricien sera amené à faire un va et vient constant entre sa clinique et la théorie, afin d'élargir sa compréhension et son champ d'action.

### 2.1. Dans l'après chute

Le syndrome post-chute nécessite une approche corporelle globale, centrée sur la personne. Mais bien souvent, c'est le discours du sujet âgé, de l'environnement ou des soignants, qui banalise les pertes avec l'avancée du temps. Or, si certaines fonctions sont irrémédiablement perdues, comme la vue chez Mme A. ou la marche autonome pour Mme D., d'autres peuvent être retrouvées au sein d'une relation thérapeutique et demandent une intervention rapide afin de limiter les atteintes au niveau corporel et psychique. Il faut alors

---

<sup>76</sup> GOUMAS J., LE ROUX F., 1997, « le corps en gériatrie », in Soins gérontologie, n°9, p. 32

<sup>77</sup> LIOTARD D., CALZA A., CONTANT M., 1999, Psychomotricité. Masson, Paris, p.183

« se laisser toucher par ce corps déshabité qui fait obstacle à la relation et entrevoir que quelque chose est possible » LIOTARD D.(Ibidem).

D'où l'approche psychomotrice qui « trouve sa spécificité en ce qu'elle utilise le corps comme médiateur, un corps en relation et non un corps objet » PITTERI F.<sup>78</sup> et qui ne va pas considérer un corps malade, mais une personne avec un certain langage, une demande de reconnaissance par laquelle nous répondons en lui faisant prendre conscience d'elle même, en "renarcissant" ce corps par la découverte de ses possibilités.

La plupart des indications reflète l'importance de ce syndrome et concerne les troubles de l'équilibre, les phobies de la marche qui apparaissent suite à la chute, ou suite à des pathologies ayant entraîné une perte d'autonomie. Derrière ces symptômes se cache fréquemment un phénomène anxio-dépressif, comme nous avons pu le voir précédemment, souvent en lien avec une pathologie du deuil. La chute est toujours à l'origine d'une blessure narcissique importante, altérant l'image du corps du sujet.

C'est dire l'importance de la prise en compte de la chute chez la personne âgée et d'un soin approprié à sa souffrance, dans le but d'éviter l'escalade du signe et la perte irrémédiable de l'autonomie.

Au cours de l'année, les prises en charge en psychomotricité m'ont alors semblé avoir eu valeur d'**étayage**, faisant ainsi référence au portage et à la fonction maternelle sécurisante qui permet à chacun de se sentir suffisamment conforté pour faire face à l'extérieur et aux mouvements internes. Ainsi Mme D. qui avait besoin de mon appui physique pour se déplacer en séance me dit un jour : « c'est bon, j'essaie toute seule, mais restez près de moi ». J'ai alors ressenti une grande émotion, elle n'avait plus besoin de moi comme avant mais mon aide, ma présence lui avait permis de prendre confiance et de se lancer seule. De même pour Mme A. qui maintenant se déplace seule dans la résidence avec sa canne blanche.

Comme si l'individu retrouvait à chaque fois, du fait du cadre des séances, une **canne** imaginaire sur laquelle il peut se poser quand il est fatigué, s'appuyer lorsqu'il vit des moments difficiles mais aussi qui lui permette de se relever de sa chute quelle qu'elle soit et ainsi d'avancer dans son histoire. MESSY J. le disait parfaitement, « lorsqu'une personne chute c'est tout un être qui s'écroule »<sup>79</sup>. J'ai vraiment eu le sentiment d'intervenir ainsi, telle

<sup>78</sup> PITTERI F., 2000, Psychomotricité entre théorie et pratique. Presse édition, Clamecy, p.125-146.

<sup>79</sup> MESSY J., 1998, « Chut(e) ? Ecoutons parler les vieux », in L'infirmière en gériatrie, p. 24

une canne, pour permettre à la personne de se relever et de poursuivre sa route avec la chute qui fera désormais partie de son histoire.

Mme D. me sembla pâle, comme marquée par la douleur et la tristesse mais durant la projection du film, les rires ont refait surface, elle rougissait lorsqu'elle se voyait et la bonne humeur habituelle au groupe reprit sa place, se manifestant par le corps et les verbalisations. Comme si le fait de se voir ainsi forte et dynamique, lui donnait de nouveau l'envie de se battre et de reprendre le dessus sur cette mort qui se profile à l'horizon. C'est également le résultat de la **confrontation entre l'image réelle que renvoie la vidéo et l'image fantasmatique/imaginaire** que se fait l'individu. Le fait de se voir peut justement réduire un écart jusque là angoissant qui devient, par la parole du thérapeute, un renfort narcissique. Les manifestations de la personne, le plus souvent d'ordre tonique, mimique ou gestuelle, nous informent de l'effet positif que cela lui procure.

Cette pulsion de vie, par la reviviscence de bons souvenirs et notamment de ses capacités, a permis une valorisation d'elle même au travers de l'estime de soi relancée et par conséquent l'effet sur le narcissisme qui en découle et la volonté, l'envie...

Il s'est donc opéré un bouleversement psychique bénéfique, en opposition à l'annonce de récurrence de son cancer, pour poursuivre son combat contre la maladie. Je la reconnaissais de nouveau, et ce nouveau souffle de vie m'a également envahi, me donnant davantage encore la conviction de l'importance des prises en charges psychomotrices.

Cet exemple illustre bien le lien indissociable entre le psychisme et le corps, que la psychomotricité utilise notamment dans l'après chute, mais aussi face à tout événement traumatisant, dès lors qu'il y a des troubles psychomoteurs. Ce film a peut être été la canne dont elle avait besoin pour continuer et ne pas se laisser "tomber", source de bien être corporel et psychologique.

BALLOUARD C. nous dit que la psychomotricité c'est « *faire bouger les gens dans leur corps pour que ça bouge dans leur tête* »<sup>80</sup>, mais n'est-ce pas aussi vrai pour l'inverse ?

## 2.2. En gériatrie

*« La pratique psychomotrice en gériatrie est une approche individualisée qui doit sans cesse s'adapter à la problématique d'une personne au delà de sa symptomatologie. Pour cela*

---

<sup>80</sup> BALLOUARD C., 2003, Le travail du psychomotricien. Dunod, Paris, p.6



*l'implication corporelle du psychomotricien est le vecteur de la prise en charge du sujet âgé dépendant.* » PONTON G.<sup>81</sup>

**“Donner des années à la vie ne suffit pas, il faut aussi donner de la vie aux années”.**

De ce postulat, il me semble que tous les professionnels peuvent être concernés, donc je me suis demandé en quoi “donner de la vie aux années” guide-t-elle le travail du psychomotricien en gériatrie ?

La psychomotricité trouve sa place dans un champ d'action particulier qui est celui d'une relation où le corps est privilégié. Toute affection gériatrique comporte une composante motrice, tantôt hyperactivité, tantôt ralentissement ou encore troubles systématisés. C'est sur cette composante qu'intervient la psychomotricité.

Les techniques d'approche corporelle sont adaptées aux capacités de la personne âgée, variées et fonction de la formation du psychomotricien. Elles sont à articuler au vécu corporel du patient et aux troubles qu'il présente. *« La technique utilisée est à la fois le support et l'élément de référence de la relation qui va permettre à la personne âgée de situer sa motricité et de l'intégrer à son vécu »* GOUMAS J.<sup>82</sup>

Notre approche est particulièrement intéressante notamment pour entrer en contact avec des personnes où domine l'inhibition psychomotrice, ou lorsque la communication verbale est limitée voire impossible. Ainsi, Mr P. membre du groupe de psychomotricité, est arrivé en début d'année plutôt introverti, ancré d'une forte angoisse le limitant sur le plan moteur et verbal. Au fur et à mesure des séances, en prenant confiance en lui au travers des différents moyens proposés dans l'atelier, il a pu trouver sa place et intervenir davantage. Ainsi lors d'une journée à thème organisée dans la résidence, Mr P. s'est subitement levé de son siège pour aller retrouver au centre de la pièce, la danseuse orientale. Son visage exprimait un réel plaisir et son corps était enfin mis en avant. Il nous a dit que c'était le rêve de sa vie qui se réalisait. Là aussi l'étayage des séances en groupe me semble lui avoir été bénéfique, la canne avait disparu comme intériorisée lui ayant permis de se libérer en quelques sortes, de s'ouvrir au monde, aux autres et de prendre du plaisir.

<sup>81</sup> PONTON G., 1996, « La psychomotricité auprès du sujet âgé », in *Théorie psychomotrice*, p. 30-31.

<sup>82</sup> GOUMAS J., LE ROUX F., 1997, « le corps en gériatrie », in *Soins gérontologie*, n°9, p. 36

Le travail du psychomotricien en gériatrie vise donc en quelque sorte à « *apprivoiser ce corps vieilli, malade ou handicapé, pour aider la personne âgée à le reconnaître comme le sien* » LIOTARD D.<sup>83</sup>. C'est donc par l'éveil de sensations liées à la relaxation, à la respiration et à la motricité, que peu à peu les perceptions vont se multiplier et permettre de nouveaux investissements. Cela n'est possible que si le psychomotricien, par son engagement corporel, sa sensorialité, mais aussi sa sensibilité peut permettre à la personne de ressentir et d'éprouver des choses à rattacher à son corps et donc de recréer son unité propre.

Cela fait référence à la **disponibilité du thérapeute**, sa présence certes, mais aussi sa disponibilité intérieure qui sont fondamentales dans l'action thérapeutique. Cette disponibilité psychocorporelle est indissociable de la capacité à penser du thérapeute, et donc à sa façon de s'interroger et de comprendre ce qui se passe en séance. Cette disponibilité permet de verbaliser les échanges pour leurs donner un sens et établir des liens, un peu comme la mère qui interprète les manifestations corporelles de son enfant, pour donner un sens à ce qui est exprimé. Il se joue alors une sorte de "transfert", entre le patient et le thérapeute, mais au sens psychomoteur du terme. Cela en référence à Carl ROGERS et à son concept de neutralité bienveillante, l'attitude du psychomotricien « *repose plutôt sur "l'implication bienveillante"* » GOUMAS J. et LE ROUX F.<sup>84</sup>.

Cette approche est bien spécifique à la psychomotricité car la relation corporelle privilégiée permet d'être au plus près du patient et du même coup de ressentir de façon empathique ses sentiments par le biais d'un dialogue tonique comme l'appelait De Ajuriaguerra. Une sorte de corps à corps, à distance, qui permet au patient de transmettre des informations au thérapeute, sous forme de **transfert**, pour qu'il essaie de les traiter. En retour s'établit un **contre transfert**, lorsque le thérapeute retranscrit quelque chose par son attitude, son geste ou bien ses paroles. Il ne me paraît pas évident de toujours prendre conscience de ces échanges, de ce que je peux provoquer chez l'autre, et de ce que l'autre provoque en moi. Ainsi, je me demande parfois pourquoi les résidents aiment venir aux séances, pourquoi ils acceptent volontiers de faire les exercices. Est-ce pour me faire plaisir ou pour eux-mêmes, est-ce parce que je leur rappelle leur petite fille, leur enfance...

Par cette alternance de transfert et contre transfert, nous pouvons agir sur le corps du sujet mais aussi sur son psychisme et ses représentations corporelles afin de les ré-ajuster aux

<sup>83</sup> LIOTARD D., CALZA A., CONTANT M., 1999, *Psychomotricité*. Masson, Paris, p.188

<sup>84</sup> GOUMAS J., LE ROUX F., 1997, « le corps en gériatrie », in *Soins gérontologie*, n°9, p. 36

capacités actuelles. CARRIC<sup>85</sup> précise alors « *qu'il est important de souligner qu'en rééducation psychomotrice, il existe des éléments transférentiels propres au champ d'action du psychomotricien.* ».

Le transfert et le contre transfert en psychomotricité ne font pas l'objet d'une interprétation au sens psychanalytique du terme, mais davantage de formulation d'hypothèses. Il est cependant nécessaire d'avoir conscience de ces phénomènes car le thérapeute (comme le patient) porte avec lui son histoire, ses désirs et ses conflits. Il me semble nécessaire de savoir repérer les projections de chacun sur l'autre afin que celles-ci ne deviennent néfastes aux relations en étant ignorées ou au contraire trop investies. En effet, les concepts de transfert peuvent être positifs comme négatifs, et travailler auprès de personnes âgées, d'autant plus si elles sont en souffrance, peut provoquer des sentiments et réactions parfois inconsciemment agressives envers le sujet âgé. L'agressivité est un mécanisme de défense qui, devant une réalité que nous refusons, s'exprime à travers la surprotection ou le déni.

Certaines personnes âgées peuvent nous renvoyer l'image de quelqu'un de notre famille décédé, la crainte de voir nos parents vieillir à leur tour ou encore à notre propre rapport à la mort. MESSY J. dit très bien « *approcher le vieillir... c'est aussi évoquer pour nous même la crainte de la mort* »<sup>86</sup>.

La principale difficulté dans ce traitement de l'information est donc ce que l'on en fait. Il me semble important de **rester dans la tentative de résolution de la problématique du sujet et non pas dans la résolution que cela suscite en nous**. Le recul est nécessaire sur sa propre attitude, il faut se poser des questions sur ce que l'on fait, pourquoi et pour qui on le fait.

Dans un couloir de la résidence, une dame glissait de son fauteuil, ses pieds n'étant pas posés sur les cales pieds. Je me suis approchée, présentée et lui ai dit "vous êtes mal installée !" tout en lui repositionnant les pieds. Le psychomotricien m'a demandé pourquoi j'avais réagi de la sorte, sans me préciser si mon intervention était correcte ou non. Je me suis alors aperçue que j'avais agi dans mon propre intérêt car cela me dérangeait de la voir ainsi, si mal installée. De même repositionner un oreiller, et cela sans avoir au préalable demandé à la personne concernée si cette position la dérangeait ou non. Bien souvent j'ai pu remarquer que les soignants avaient tendance à parler à la place du patient. Moi même je me suis parfois

<sup>85</sup> CARRIC J.C., 2001, Lexique du psychomotricien, Vernazobres-Greco, Paris, p. 191

<sup>86</sup> MESSY J., 1992, La personne âgée n'existe pas. Payot et Rivages, Paris, p.21

surprise à ne pas laisser le temps à la personne de répondre, d'anticiper ou de finir leurs phrases, comme s'il ne pouvait m'exprimer son ressenti, mais faut-il encore lui donner l'occasion de le faire et prendre le temps de l'écouter. Nous sommes en relation avec des personnes âgées, nos aînés, donc l'attitude la plus appropriée à adopter serait davantage la considération de la personne comme sujet et la contenance que le maternage (faire à la place) apparaissant régressif et infantilisant pour la personne concernée.

« *L'écoute de la souffrance, l'étayage offert, la revalorisation narcissique apportée, au sein d'une relation transférentielle et contre transférentielle chargée, où les deux corps sont engagés, vont renforcer l'identité tant corporelle que psychique de la personne âgée* ». LIOTARD D.<sup>87</sup>. Ainsi réconciliée avec son corps, qui re-devient lieu de dialogue, s'étonnant des possibilités retrouvées, elle cherchera à se relier à son histoire pour la poursuivre.

Pour conclure ce second point concernant le rôle du thérapeute, il me semble que la **fonction du psychomotricien** dans une institution pour personnes âgées pourrait s'envisager autrement qu'à travers la seule mobilisation corporelle, mais aussi comme élément moteur et interrogateur. Le psychomotricien est un médiateur, il peut faciliter le dialogue entre les personnes âgées et entre ces dernières et les soignants ne possédant en aucun cas la vérité absolue. Le psychomotricien a incontestablement sa place à prendre au sein de l'équipe pour faire le lien dans le corps à corps (soignants/soigné), mais aussi entre le corps et la parole. Une place qui permettrait à l'équipe de mieux faire corps pour que le sujet âgé se sente moins morcelé et plus reconnu.

Pour répondre à la question qui introduisait ce paragraphe, le psychomotricien fait vivre le plaisir au patient pour faire naître le désir de revenir en séance, et par la suite, "le désir d'être". Il contribue, tout simplement, à donner vie aux années et aide ainsi le patient à vieillir et à mourir vivant mais en attendant à « *vivre debout* »<sup>88</sup> (verticalité et libre arbitre).

### 3. Psychomotricité et conscience du temps

« *Si nous considérons l'existence comme un sablier, les heures comme les gains qui s'écoulent par l'orifice des jours, nous subissons le temps à vivre comme une durée incontournable.* »<sup>89</sup> PONTON G.

<sup>87</sup> LIOTARD D., CALZA A., CONTANT M., 1999, Psychomotricité. Masson, Paris, p.188

<sup>88</sup> GINESTE Y. et PELLISSIER, 2007, Humanitude. Armand Colin, Paris p. 206

<sup>89</sup> PONTON G., 1998, « Psychomotricité et conscience du temps », in Thérapie psychomotrice et recherches, n° 116, p.16

### 3.1. Le temps en gériatrie

Le travail d'accompagnement en gériatrie est d'autant plus difficile à faire que **le temps des soignants se télescope au temps des soignés**. Nul n'ignore que le temps du soignant auprès des personnes âgées en institution est compté, bousculé, et souvent davantage rempli à des fonctions techniques et matérielles qu'humaines.

De cette observation, THIVEAUD M. met en avant la « *création des espace/temps dans les unités de vie, où un professionnel est là pour écouter, prendre le temps d'être avec la personne, de se mettre au même diapason* ». <sup>90</sup> Mais est-ce la solution ? N'est il pas davantage question **de gestion du temps** du soignant pour faire ses soins au quotidien. Il s'agit alors d'organiser ce temps du soin qui doit inclure, comme on l'apprend durant nos études, l'acte de soin en tant que tel, la verbalisation et l'échange autour de ce qui se passe, mais aussi l'installation des personnes tant soignant que soigné. Cela est valable quelque soit le professionnel et le soin à réaliser. Il ne s'agit pas ici de dégager du temps mais qu'il soit plus efficace au travers d'une disponibilité psychique et corporelle.

Mais la **psyché n'a pas de notion de temps** (ni d'espace d'ailleurs), aussi le passé comme le présent peut être vécu avec une même intensité. Il est courant de dire, suite à la perte de quelqu'un, que la douleur et le chagrin vont passer, diminuer avec le temps voir même s'oublier, mais pas nécessairement. La douleur de cette perte peut ne pas s'effacer dans les jours, les mois qui suivent et persister au fur et à mesure des années comme si la perte avait eu lieu la veille. Comme pour Mme D. qui depuis la perte de son mari n'a jamais complètement réussi à faire le deuil et qui ressent une grande tristesse à chaque fois qu'elle en parle. Cela fait référence à l'intensité de la relation établie avec le défunt.

Les deuils semblent d'autant plus difficiles à réaliser pour les personnes avec lesquelles nous étions en désaccord, du fait d'une relation intense et mouvementée, qui n'enlève en rien les sentiments et l'affection qui étaient tout de même présents. Voir partir quelqu'un dans ces conditions, comme si le temps nous avait fait défaut, ne nous en laissant pas suffisamment pour se rendre compte et réparer ce qui aurait pu l'être, engendre des conséquences non négligeables quant à l'élaboration de ce deuil.

---

<sup>90</sup> THIVEAUD M., 1998, « Le temps dépassé », in *Thérapie psychomotrice et recherches*, p.24

**Le temps est une notion importante au sens de son vécu chez chacun.** Il fait référence au temps propre ou rythme propre de l'individu certes, mais également au choc entre deux pôles qui sont l'activité et la passivité qui se côtoient intimement en gériatrie.

### 3.2. Le temps, la personne âgée et le soignant

Bien sûr, **le temps passé auprès de la personne n'a pas la même signification pour le soigné que pour le soignant.** « *Le temps de la personne âgée, dépendante, handicapée est long, très long pour nous qui sommes toujours dans le faire* » THIVEAUD M.<sup>91</sup>. Mais pour la personne âgée ce temps, notre présence, cet accompagnement, passe 'plus vite' une fois que nous sommes avec elle, elle qui attend que la journée passe, parfois même qui nous attend.

Face à cet écoulement passif des années, « *plus nous vieillissons, plus nous ressentons l'insupportable sensation de nous rapprocher de la fin* »(Ibid). Cette citation m'a aidé à comprendre la passivité rencontrée chez certaines personnes âgées, comme si elles exprimaient ainsi une résistance à l'action du temps : « *ne rien faire pour durer plus longtemps* » (Ib).

Autant le temps des résidents est ralenti que celui du professionnel en gériatrie est accéléré. Ces deux phénomènes opposés m'ont demandé un temps d'adaptation en début du stage. Les journées défilaient sans que je m'en rende compte, et le « nous sommes occupés » comme j'ai souvent entendu des soignants ne m'a pas toujours paru erroné.

Pour les résidents, c'est différent, ils attendent dans les couloirs que l'on vienne les voir pour le repas, le ménage, la toilette, les activités... C'est pour ce vécu différent qu'il me paraît nécessaire de prendre conscience de cette notion, pour qu'une fois avec la personne âgée ce temps passé soit le plus bénéfique possible.

Ainsi s'exprime tout le **paradoxe, ou logique, de ce va et vient entre passivité et activité (ou activisme)**. Le soignant a donc deux possibilités face à la personne vieillissante : soit il arrive à faire face à la lenteur, ou bien il lutte contre celle-ci par l'activisme comme si remplir le temps le prémunissait de cette angoisse du vide.

**La lenteur, la passivité et le vide** sont, en gériatrie les valeurs communes du quotidien qui font symboliquement référence à la mort et inévitablement, consciemment ou

---

<sup>91</sup> THIVEAUD M., 1998, « Le temps dépassé », in *Thérapie psychomotrice et recherches*, p.24

non, à ce que cela renvoie en chacun de nous : notre propre angoisse de mourir. Ne serait ce que la nuit, où prône par excellence l'inactivité. N'est-elle pas pour les soignants et plus encore chez les personnes âgées vectrice de sentiments angoissants ? La nuit, le sommeil, la position allongée, l'inertie ... renvoient à l'image archétypale de la mort et à la passivité ultime. Ainsi les insomnies fréquentes et les déambulations nocturnes des résidents deviennent plus compréhensibles dans leur lutte face à ces angoisses.

*A contrario*, l'activité, la vitesse et le tonus font davantage référence à la vie et par conséquent nous rassurent. En gériatrie, gardons à l'esprit que la mort semble guetter dans l'esprit de chacun et que de toutes façons le temps manquera. Là où le temps semble s'arrêter, les soignants font tout dans la hâte. Les équipes vont vite, à contre courant du temps en gériatrie et dans l'hypertonie. En effet, les soignants marchent vite, courent même parfois dans les couloirs : mais pourquoi ? J'ai également ressenti cet activisme, et je me suis même surprise à courir dans les escaliers. Alors n'est-ce pas, derrière la justification d'un manque de temps, davantage l'expression de nos propres défenses face à la passivité que nous renvoie la vieillesse. A cela s'ajoute les demandes multiples des résidents qui eux même luttent contre le temps qui passe, contre le vieillissement, contre l'ennui. Et l'hypertonie des soignants, mais aussi des personnes âgées, ne serait-elle pas mise en jeu pour maintenir ce sentiment d'existence en opposition à l'hypotonie, l'inerte.

L'idéal serait donc la recherche d'un équilibre entre l'hyperactivité et le déni ou la passivité qui, soit dit en passant, sont des négligences autant du soignant envers lui même que du soignant envers le soigné.

Chacun de nous à plus ou moins conscience de ces phénomènes et en use pour ne pas se laisser envahir. **L'activité ou la passivité faisant également référence à la pulsion de vie et à la pulsion de mort.** En gériatrie j'ai ressenti ce va et vient constant entre le vital et le morbide, ne serait-ce que lorsqu'une personne décède et qu'une autre entre à sa place, ou bien lorsqu'un résident sort et rentre chez lui. En début de stage, ces changements me semblaient être vécus indifféremment par l'équipe soignante. En reprenant mon stage un vendredi matin, j'ai eu l'impression que l'on m'annonçait le décès d'un résident survenu pendant la semaine, comme si l'on m'annonçait n'importe quelle autre nouvelle. Je ne comprenais pas comment on pouvait laisser de côté l'affectif. Au fur et à mesure, j'ai compris que ces événements étaient fréquents et que le comportement des soignants était une manière de se protéger en

quelques sortes. Tous ces événements qui jalonnent le quotidien en gériatrie font références au temps qui passe et à cette alternance actif/passif.

Pour conclure sur ce point, il convient de considérer l'individu dans un contexte de temps qui lui est propre, celui de sa vie. PONTON G. nous dit que « *l'Homme devient dans la parenthèse d'existence qui l'a fait naître individu, son histoire a le sens qui le motive à suivre sa vie, tout en l'orientant vers sa destinée qui lui correspond intimement* »<sup>92</sup>. Vieillir est en cela une chance (et non une maladie) que nous donne le temps pour nous construire à notre rythme en traversant les ans.

### 3.3. Le cadre de la PEC

Dans les prises en charge, dont celles d'après chute, **le temps de séance se pose, de même que celui de la prise en charge en tant que tel et du moment où l'on peut arrêter le travail.** Quand pouvons nous nous dire que la personne a suffisamment d'outils pour poursuivre seule ? Ce sont des questions que je me suis posées, éprouvant des difficultés à mettre fin à une de mes prises en charge individuelle. Le projet thérapeutique de Mme B. était abouti mais la prise en charge n'a pu s'achever car elle souhaitait que l'on continue à se voir. Même s'il l'on admet qu'il y a toujours des choses à travailler, et cela avec toutes les personnes âgées, je pense qu'à ce moment là il s'agissait plus de la mise en jeu de la relation établie qui se posait. La dimension psychothérapeutique de la prise en charge avait prit toute son importance et il me fallait l'entendre et la travailler dans une progression vers la séparation.

Le temps à ce moment là est une donnée qu'il nous faut gérer, dans le cas contraire toutes les prises en charges seraient alors poursuivies jusqu'à la sortie ou décès de la personne, en fonction de l'institution. En cela PONTON G. nous dit que « *l'habitude est l'ennemi du renouvellement. Le rituel est structurant jusqu'au seuil d'apprentissage du temps, au delà il devient aliénant car toute vigilance disparaît* »<sup>93</sup> et ainsi la rencontre perd son objectif thérapeutique de soins, de rééducation, de sortie. Il s'agit alors d'une simple rencontre quotidienne entre deux personnes dont la raison officielle serait perdue, oubliée.

---

<sup>92</sup> PONTON G., 1998, « Psychomotricité et conscience du temps », in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 116, p.16

<sup>93</sup> PONTON G., 1998, « Psychomotricité et conscience du temps », in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 116, p.20.



Dans cette routine, soignant et soigné sont pris mutuellement au piège de l'absence de créativité, comme nous le dit PONTON G. qui reprend BERGSON : « *le temps est créateur ou il n'est rien du tout* » (Ibidem). C'est pourquoi des bilans psychomoteurs, des projets et des objectifs de prise en charge sont établis, pour qu'une fois atteints, la prise en charge se termine. « *Tout projet de devenir fait de l'hospitalisation, de la maladie, de la vieillesse...l'appui d'une reconstruction* » (Ibid). L'histoire du sujet peut ainsi se poursuivre dans une récréation permanente. Ainsi, de la présence de ce courant de vie dépend la présence d'un sens trouvé à l'existence, et comme le dit SCHAVELZON I. cité par LIOTARD D. : « *Je perçois en moi une autre vie, plus courte, et je ne dois pas la regarder, mais m'imprégner d'elle, car je n'ai pas encore atteint la fin des choses.* »<sup>94</sup>

#### 4. A la recherche de mon identité professionnelle

Cette année a provoqué une grande remise en question de mon identité de future professionnelle. En effet, j'ai été confrontée à de multiples situations qui ont suscité des questionnements tant dans ma pratique que dans ma façon de voir les choses.

En effet, de part ma formation initiale d'éducateur sportif, j'avais tendance à chercher le contrôle et la maîtrise des événements et des activités que je proposais en trouvant une réponse rationnelle à ce qui se passait, cela au travers de consignes plutôt directives et induites que de propositions laissant une certaine liberté à la personne. Au fur et à mesure, notamment par le biais de la vidéo qu'il m'arrivait d'utiliser en séance, je me suis rendue compte du peu de liberté que je laissais aux résidents.

Ma démarche en début d'année était souvent orientée, je proposais une activité pour arriver à un objectif défini et je guidais les résidents dans ce sens. J'ai vite compris, et cela au travers de mes stages, l'importance de laisser une ouverture, de laisser la personne trouver sa façon de faire et peu importe les moyens. Ainsi, mon identité professionnelle s'est peu à peu modifiée. Le but à atteindre, même s'il est toujours présent, n'est en fin de compte qu'une alternative et les moyens d'y parvenir sont alors vastes et propres à l'initiative et au désir de chacun. Maintes fois les activités se sont trouvées enrichies de la créativité et des envies des

---

<sup>94</sup> LIOTARD D., CALZA A., CONTANT M., 1999, Psychomotricité. Masson, Paris, p.182

résidents, qui bien souvent complexifiaient l'exercice initial. Ces temps étaient vraiment très forts et intensément vécus. Dans leurs attitudes et leurs expressions je voyais leur satisfaction de montrer, d'essayer, de se lancer des défis en variant les parcours, les supports... Il s'est établi une réelle interaction beaucoup plus riche et bénéfique pour chacun de nous.

En gériatrie, les personnes sont libres de venir ou non en séance, souvent elles m'expliquent ce choix et parfois non. Je dois accepter leur décision, même si parfois cela m'est encore difficile de l'entendre. Il convient de considérer la **volonté de la personne** et ce qu'elle veut réellement. Prévenir les chutes est très à la mode, mais où se trouve la limite entre la prévention et l'**acharnement thérapeutique** ? La personne a-t-elle envie de marcher ou se complait-elle dans son immobilité, et pourquoi je l'obligerais à se lever et à bouger. Il est essentiel de prendre en compte le besoin et l'envie du patient et non le sien ; pas plus mon intérêt, ni mon objectif de soignant que son objectif à lui de résident quand il vient en séance. Je suis là pour leur proposer des activités et si celles ci ne conviennent pas, il faut l'accepter, revoir avec eux et parfois même préférer orienter les prises en charge vers d'autres professionnels.

Le sujet âgé est une personne, au même titre que Dolto disait du bébé qu'il est une personne. Il est un sujet pensant et agissant qui bénéficie du libre choix de décider ce qui est bien ou non pour lui. Prenons l'exemple, Mr P. et Mme D. qui sont des amis proches. Lors de l'hospitalisation de Mme D., celle-ci a demandé si Mr P. pouvait lui rendre visite mais Mr P. n'a pas souhaité préférant prendre régulièrement des nouvelles par téléphone. Ce choix était son droit, même si au premier abord, il m'est apparu un peu paradoxal. J'ai senti qu'il était important pour lui de ne pas y aller, que quelque chose le dérangeait. Je n'ai pas insisté mais je lui ai proposé ma disponibilité, s'il souhaitait m'en parler.

Les absences sont fréquentes en gériatrie et la séance prévue peut parfois être remise en question et réorganisée, malgré une petite déception de ma part dans un premier temps. L'adaptabilité de tous est alors essentielle et représente un facteur important à prendre en compte.

Les deux résidentes que j'ai choisies lors de ma clinique ont toutes les deux été hospitalisées. Leur absence m'a tout d'abord posé difficulté pour mon mémoire et son devenir, donc une réaction peu professionnelle, mais rapidement j'ai pris conscience que l'important n'était bien évidemment pas mon mémoire mais elles, leur devenir, leur santé.

Alors le questionnement sur la relation établie avec elles et ma capacité à m'adapter face à ces changements imprévus, au sein de mon activité dans la résidence mais aussi du rôle à adopter dans la continuité de la prise en charge s'est posée.

Au sein de la résidence, le groupe participant pouvait se composer de trois personnes voir même parfois de deux. Je me suis parfois interrogée sur la poursuite de cette activité, je me sentais de temps en temps en manque de créativité et dans la crainte de proposer des activités répétitives et ainsi de ne plus pouvoir apporter aux résidents le plaisir et l'envie de venir en séance de psychomotricité. Par la suite, ces craintes et ces questionnements m'ont été bénéfiques, et ma démarche a pu évoluer. En effet, je me situais davantage dans la recherche d'une performance personnelle, d'une gratification et d'une approbation de ce que je proposais, n'ayant pas de professionnel avec moi en séance pour m'aiguiller et répondre à mes interrogations. Je prenais probablement trop en considération mon point de vue, mon intérêt, plutôt que celui des résidents. Après cette prise de conscience, j'ai évolué petit à petit et à ce jour, je pense me situer d'avantage dans l'écoute, l'adaptation et le plaisir de la personne participant à la séance.

J'ai écouté et regardé vivre les résidents, ils m'ont beaucoup apporté dans ce cheminement, désormais les propositions en séance, les exercices et les thèmes abordés ne viennent pas forcément de moi, ils sont souvent issus de leurs demandes ou de leurs souhaits. Ainsi, j'ai trouvé quelques éléments de réponses à mes difficultés, ils étaient sous mes yeux depuis le début mais je cherchais à trop vouloir "maîtriser". C'est aussi lors de l'atelier ballon proposé par le psychomotricien depuis plusieurs années que je m'en suis aperçue : chaque semaine, c'est le même atelier et le même matériel qui est proposé aux résidents, les participants changent, certains ne viennent pas toujours, d'autres reviennent après une absence prolongée ou non. C'est à chaque fois différent et ce qui nous intéresse ce sont les résidents présents ce jour là et ce qu'ils expriment, ce qu'ils nous montrent, leur relation aux autres, avec nous, et aussi notre capacité à les écouter, et à rebondir en fonction de ce qui émerge, même si nous gardons tout de même en tête les objectifs de cet atelier.

Je me suis également posée des questions sur la continuité de la prise en charge lors des hospitalisations et de la manière de la poursuivre. Avec mon maître de stage et mon référent de mémoire, nous avons réfléchi sur le fait d'aller visiter ou non la résidente hospitalisée, et d'y aller en tant que psychomotricien ou en tant que représentant de la résidence, mais aussi sur l'intérêt de cette visite.

Avec mon maitre de stage, nous sommes allés voir Mme A. et cela m'a interrogé. En effet, était ce réellement à moi de lui rendre visite, est ce que cela faisait partie de mon cadre de prise en charge ? Y suis je allée pour moi même, pour me rassurer, comme un sentiment de réparation suite à ma réaction première, ou encore pour lui faire plaisir, dans un but thérapeutique ? Je me suis beaucoup questionnée et même sur l'affect que cet événement avait provoqué en moi. Comme je l'ai évoqué plus haut, en gériatrie la mort et le temps qui passe constitue la toile de fond sur laquelle nous construisons notre pratique, alors dans ce cas précis, cet événement n'a t il pas ravivé en moi cette angoisse de perte, de mort ? Là aussi toute la dimension transférentielle est très présente et en lien avec sa propre histoire personnelle.

Pour conclure, tout au long de cette année j'ai, me semble t il, avancé sur la connaissance de moi même et y compris sur ce que ce métier représente pour moi. Il est important de toujours se questionner, de se remettre en cause, de réfléchir sur ce que l'on fait et pourquoi on le fait, afin de continuer à avancer. Cette remise en question m'a permis de forger ma nouvelle identité professionnelle de future psychomotricienne, moins rééducative et davantage basée sur une vision et une prise en charge globale de la personne.

## Conclusion

La chute chez la personne âgée n'est jamais anodine. C'est un événement traumatisant qui peut, de prime abord, ne pas paraître exceptionnel. Cependant les effets de l'âge et les capacités motrices nécessaires afin de se "remettre debout" ne sont que trop amoindries.

Cependant, nous avons vu que la chute touche la personne âgée dans sa globalité et peut la précipiter dans la sénilité et la dépendance. Elle symbolise alors le vieillissement et une moins bonne adaptation de la personne à son environnement.

Au cours du vieillissement, vie psychique et vie somatique, bien que régies par des lois différentes, fonctionnent dans une indissociabilité, une interdépendance. La prise en charge psychomotrice œuvre dans cet espace de rencontre entre le somatique et le psychique. Cette association paraît essentielle pour son regard global et spécifique porté sur le sujet âgé.

En clinique, la chute et ses conséquences réelles et imaginaires, sont redoutées comme nous avons pu le voir. Dans l'après chute, les craintes de la personne âgée se situent autour de la fragilité de la verticalité, en lien avec les menaces d'un effondrement physique et psychique, cela se traduisant dans le discours verbal et corporel offert à l'observation et à l'écoute d'autrui.

Ainsi tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire ont un rôle à jouer auprès de la personne qui a chuté car plus la prise en charge est précoce, plus les chances que la personne retrouve une harmonie psychocorporelle sont importantes.

Le psychomotricien a donc pour objectif d'amener la personne à comprendre le sens de la chute dans son histoire personnelle et corporelle. C'est au travers d'une relation de confiance établie avec la personne en prenant le temps de l'écouter, en respectant son désir et ses défenses, que le sujet âgé se place comme acteur de sa prise en charge en tant que sujet désirant et autonome.

Il me semble également important, afin d'élargir mon sujet, de prendre en compte la famille et l'entourage proche de la personne âgée en les intégrant dans la prise en charge et le projet de vie du résident au sein de l'institution. En effet, je pense que nous avons un rôle important à jouer auprès des familles, notamment dans la continuité de la relation, la réassurance et la déculpabilisation parfois, mais aussi dans l'angoisse éprouvée face à ce parent qui a changé, qui n'est plus tout à fait le même.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **Ouvrages :**

- ❖ **ALBARET JM., AUBERT E., 2001, Vieillesse et psychomotricité. Solal, Marseille, 253 p.**
- ❖ **BALLOUARD C., 2003, Le travail du psychomotricien. Dunod, Paris, 152p.**
- ❖ **CARRIC J.C., 2001, Lexique du psychomotricien, Vernazobres-Greco, Paris, 191p.**
- ❖ **FONTAINE R., 2007, Psychologie du vieillissement. Dunod, Paris, 191p.**
- ❖ **GINESTE Y. et PELLISSIER J., 2007, Humanitude. Armand Colin, Paris, 275 p.**
- ❖ **LE GOUES G., 2000, L'âge et le principe de plaisir. Dunod, Paris, 153 p.**
- ❖ **LE BOURG E., 2006, Le vieillissement : faits, peurs et fantasmes. Vuibert, Paris, 138p.**
- ❖ **MESSY J., 1992, La personne âgée n'existe pas. Payot et Rivages, Paris, 215 p.**
- ❖ **PICHAUD C., THAREAU I., 2002, Vivre avec des personnes âgées à domicile, en établissement. La Chronique Sociale Collection, Lyon, 198 p.**

## **Extraits d'ouvrages :**

- ❖ **Collège national des enseignants de gériatrie, 2000, Corpus de gériatrie, Tome 1, Montmorency ; p.9-13.**
- ❖ **GINESTE Y. et PELLISSIER, 2007, Humanitude. Armand Colin ,Paris p.71-110, 155-192, 226-274.**

- ❖ **JACQUOT JM., STRUBEL D., PELISSIER J., 1999, La chute de la personne âgée. Masson, Paris, 1-7, 27-29.**
- ❖ **LIOTARD D., CALZA A., CONTANT M., 1999, Psychomotricité. Masson, Paris, p.179 à 189.**
- ❖ **MANIERE D., AUBERT M., MOUREY F., OUTATA S., 2005, Interprofessionnalité en gérontologie. Eres édition, Ramonville st Agne, p.19-28, p.67-79, p.97-110 ;**
- ❖ **POTEL C., 2000, Psychomotricité entre théorie et pratique. Presse édition, Clamecy, p.121-125, 125-146 et 225à 245.**
- ❖ **TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F., 1999, Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé. Frison-Roche, 11-38.**

**Articles :**

- ❖ **BOITTIAUX G., 2005, « les chutes et la dépression » in Le revue francophone de gériatrie et de gérontologie, p. 278- 280.**
- ❖ **BRANDILY A., 1996, « interview de J.MESSY » in Thérapie psychomotrice et recherches, n° 106, p. 4-10.**
- ❖ **CHAUMONT V., 1997, « Le sujet âgée et la chute : une approche psychomotrice » in Evolution psychomotrice, n°35.**
- ❖ **FROMAGE B., FOUASSIER S., TOUPIN S., LE GALL D., BERRUT G., 2003, « Réhabilitation du sujet chuteur », in L'année gérontologique, p. 125-136.**
- ❖ **GOUMAS J., 1998, « Du travail pour les psychomotricien en gériatrie », in Théorie psychomotrice, p.10 à 15.**

- ❖ **GOUMAS J., LE ROUX F.**, 1997, « le corps en gériatrie », in Soins gérontologie, n°9, p. 32-39.
- ❖ **JEANDEL C.**, 2005, « Prendre conscience de la gravité des chutes » in Soins gérontologique, p.14.
- ❖ **MESSY J.**, 1998, « Chut(e) ? Ecoutons parler les vieux », in L'infirmière en gériatrie, p. 24.
- ❖ **MOUREY F., PFITZENMEYER P.**, 2001, « Le post-fall syndrome: une forme clinique du syndrome de désadaptation psychomotrice » in médecine physique et de réadaptation, lettre n°59
- ❖ **NKODO MEKONGO et al**, 2007, « La peur de chuter et le syndrome post-chute de la personne âgée » in Le revue médicale de Bruxelles, p. 27-31.
- ❖ **PITTET M.**, 2003, « Quelle honte de me retrouver par terre », in Krankenpflege - Soins infirmiers, n°4, p.42-45.
- ❖ **PONTON G.**, 1996, « La psychomotricité auprès du sujet âgé », in Théorie psychomotrice et recherches, n° 106, p. 30-33.
- ❖ **PONTON G.**, 1998, « Psychomotricité et conscience du temps », in Thérapie psychomotrice et recherches, n° 116, p.16-20.
- ❖ **TAILLANDIER J.**, 2007, « Dure est la chute... », in Infirmière magazine, n° 225 suppl, p. 5-9.
- ❖ **TIGOULET F.**, 2005, « Les facteurs de risque de chutes », in Soins gérontologie, p. 15-16.
- ❖ **THELOT B.**, 2006, « Les chutes des personnes âgées » in Avenir et santé, n°344, p.36-38
- ❖ **THIVEAUD M.**, 1998, « Le temps dépassé », in Thérapie psychomotrice et recherches, p.22-25.



- ❖ **VIGNAT JP.**, 1998, « Comment réagir à la chute ? Ni indifférence, ni dramatisation. » in L'infirmière en gériatrie, p. 28.

**Sources internet :**

- ❖ **DEBREY M.**, « Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé ». Pages consultées le 12/09/07, <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/>
- ❖ **LE GOUES G.**, « Psychanalyse du sujet vieillissant ». Pages consultées le 10/11/07, <http://www.spp.asso.fr/>

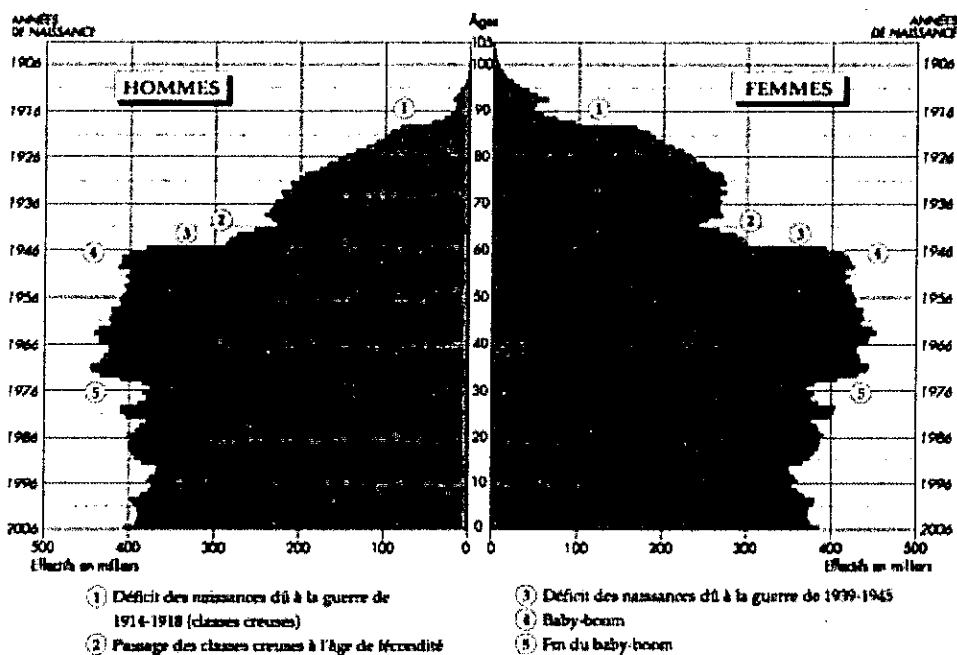
**Vidéo/ Film :**

**TAVERNIER- VIDAL B., MOUREY F., PFITZENMEYER P., NOURDIN C.**, 1991, « Le syndrome post-chute du sujet âgé », <http://www.canal-u.education.fr/>

# ANNEXES

# Annexe 1 : Population de la France au 1er janvier 2007

## POPULATION DE LA FRANCE EVALUATION PROVISOIRE AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2007



F.Héran et G.Pison, Population & Sociétés n° 432, Ined, mars 2007

Champ: France métropolitaine

Source : Insee

## Annexe 2: « Get up and go test »

### "Get up and go test"

- "Get up and go test" évalue les transferts assis, debout, la marche et les changements de directions du patient. Cette épreuve a été validée par comparaison des résultats avec ceux d'une étude posturographique de l'équilibre statique réalisée sur plate-forme dynamométrique.
- Le test : le sujet assis confortablement sur un siège avec accoudoirs, placé à trois mètres d'un mur est invité
  - à se lever,
  - à rester debout quelques instants,
  - à marcher jusqu'au mur,
  - à faire demi-tour sans toucher le mur,
  - à revenir jusqu'à son siège, à en faire le tour et
  - à s'y asseoir de nouveau.
- Les résultats sont exprimés en fonction d'une échelle côtée de 1 à 5.
  - COTATION :
    - 1 aucune instabilité
    - 2 très légèrement anormal (lenteur exécution)
    - 3 moyennement anormal (hésitation, mouvement compensateur des membres supérieurs et du tronc)
    - 4 anormal (le patient trébuche)
    - 5 très anormal (risque permanent de chute).
  - Un score supérieur ou égal à 3 à chaque question traduit un risque important de chute et doit alerter la vigilance des soignants.

#### Observations durant le test:

1 Se lever du siège: observer si le sujet se penche en avant normalement au moment de se lever ou si il se rejette en arrière?

cotation:

se rejette en AR: -4

se penche anormalement en A:V 0

Obligé de s'aider des accoudoirs: -2

Se lève d'un seul élan: 0

Besoin de plusieurs essais: -1

Marcher devant soi 3m:

Marche rectiligne: 0

Méandres prononcés: -1

Faire 1/2 tour rapidement

Pivote sur place: 0

Fait plusieurs pas sur place pour tourner: -3

Retourner s'asseoir:

Descend avec contrôle des genoux: 0

Se laisse tomber: -4

Source : [http://www.kine-services.com/kine-services/bilans/get\\_up\\_go.htm](http://www.kine-services.com/kine-services/bilans/get_up_go.htm)

## Annexe 3 : Epreuve de Tinetti et Score de chute

### Épreuve de Tinetti

Adaptation d'après : Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986;34:119-26. et d'après l'AFREK ([www.afrek.com](http://www.afrek.com))

- Elle est un peu plus longue, mais plus précise que le "Get up and Go test".
- Ce test analyse l'équilibre au cours de diverses situations de la vie quotidienne, ne nécessite pas d'expérience particulière de l'examineur ni de matériel spécifique.
- Il a été validé par rapport à des épreuves de posturographie et présente une sensibilité et une fiabilité satisfaisantes.
- Différentes études ont pu montrer que les personnes qui présentent des anomalies au test de Tinetti ont en général un risque de chutes plus élevé.

#### 1-Evaluation de l'équilibre statique

Directives pour le score :

1 = équilibre stable

2 = instabilité partiellement compensée

3 = instabilité prononcée, équilibre jamais atteint

	Normal 1	Adapté 2	Anormal 3
Equilibre assis droit sur une chaise			
Se relever d'une chaise (si possible sans aide des bras)			
Equilibre immédiatement après s'être relevé			
Equilibre debout yeux ouverts			
Equilibre debout yeux fermés			
Equilibre après un tour complet de 360°			
Résistance à trois poussées sternales			
Equilibre après rotation de la tête			
Equilibre en station unipodale + de 5 secondes			
Equilibre avec extension de la colonne cervicale			
Equilibre avec extension de la colonne cervicale et extension des membres supérieurs (attraper un objet qui serait au plafond)			
Equilibre en ramassant un objet à terre			
Equilibre en s'asseyant			

## 2-Evaluation de l'équilibre dynamique lors de la marche

	Normal	Anormal
Equilibre au début de la marche		
Hauteur du pas		
Longueur du pas		
Symétrie du pas		
Continuité ou régularité de la marche		
Déviation du trajet		
Stabilité du tronc		
Largeur du pas		
Demi-tour pendant la marche		

Adaptation d'après : Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986;34:119-26. et d'après l'Aftek ([www.afrek.com](http://www.afrek.com))

Source : <http://www.kine-services.com/kine-services/bilans/tinetti.htm>

## Annexe 4 : Illustration pour le relevé de sol



Source : Revue l'aide soignante, n°35, Mars 2002.

Auteur : Guégan

## RESUME

La chute de la personne âgée est la manifestation d'une désadaptation posturale, psychique et sociale. Elle peut faire entrer brutalement la personne dans la vieillesse, comme l'entendait MESSY J., du fait qu'elle ne maîtrise plus parfaitement ce corps qui lui a fait défaut. La dépendance, la dépression et la régression en sont souvent les conséquences. Ainsi la prise en charge psychomotrice en complémentarité des autres professionnels (rééducateurs et soignants) est fondamentale pour enrayer ce processus du syndrome de l'après chute. Elle a pour objectif de replacer la personne dans son histoire et cela par l'intermédiaire du corps, support de l'action motrice et de l'expression du psychisme.

Ce mémoire tente de répondre aux questions suivantes : Pourquoi les personnes âgées chutent-elles? Quelles en sont les conséquences psychomotrices? Et enfin pourquoi et comment la psychomotricité intervient auprès de cette population, quel est l'intérêt d'une telle prise en charge ?

## MOTS CLES

Vieillesse - Chute - Syndrome post-chute - Investissement corporel - Narcissisme

## SUMMARY

Elderly person's fall is the demonstration of a postural, psychical and social loss of adaptability. The fall can rapidly and suddenly getting the person old; as MESSY J. said, because old people cannot anymore command perfectly their body which was lacking to him. The consequences are often dependency, depression and decline. Thus, program of care psychomotor, besides other medical personnel, is fundamental in order to stop this process of the post-fall syndrome. The objective is to reintroduce the people in its life through their body in which the driving action and the expression of psychism are based on.

This report tries to answer the following questions : First of all, why do the old persons fall? What are the psychomotor consequences? Finally, why and how the psychomotor therapist intervenes with this population, and which is the interest of such a care?

## KEYWORDS

Aging - Fall - Post-fall syndrome - Corporeal devotion - Narcissism