

INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE
PARIS

LA CHUTE CHEZ LE SUJET AGE

LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITE

MEMOIRE PRESENTE PAR CHAPEY AURELIE EN VUE DE
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE PSYCHOMOTRICIEN

Maître de mémoire
Angélique BODIN

Session juin 2005

Le matin

Le voile du matin sur les monts se déploie.
Vois, un rayon naissant blanchit la vieille tour;
Et déjà dans les cieux s'unit avec amour,
Ainsi que la gloire à la joie,
Le premier chant des bois aux premiers feux du jour.

Oui, souris à l'éclat dont le ciel se décore!
Tu verras, si demain le cercueil me dévore,
Un soleil aussi beau luire à ton désespoir,
Et les mêmes oiseaux chanter la même aurore,
Sur mon tombeau muet et noir!

Mais dans l'autre horizon l'âme alors est ravie.
L'avenir sans fin s'ouvre à l'être illimité.
Au matin de l'éternité
On se réveille de la vie,
Comme d'une nuit sombre ou d'un rêve agité!

Avril 1822, Victor HUGO

Parce que travailler auprès des personnes âgées, c'est aussi parfois les voir partir...

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. Je remercie tout particulièrement Angélique BODIN pour son écoute, ses conseils et le temps qu'elle m'a consacré.

Je remercie évidemment ma famille et mes amis pour leur soutien et parfois leur patience, ainsi que les résidents de la maison de retraite pour tous les bons moments passés auprès d'eux.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p 1
THEORIE	p 2
1- La personne âgée	p 3
1-1- Définitions	p 3
1-1-1- Définitions de la personne âgée	p 3
1-1-2- Définition du vieillissement	p 3
1-1-3- La notion de personnes fragiles et vulnérables	p 4
1-2- Les changements liés à l'avancée en âge	p 4
1-2-1- Les changements physiques et cognitifs	p 4
1-2-2- L'aspect social	p 5
1-2-3- Les pathologies psychiatriques fréquentes chez la personne âgée: la dépression et la démence de type Alzheimer	p 6
1-3- La chute	p 7
2- L'étiologie de la chute chez la personne âgée	p 8
2-1- L'équilibre, la marche et le vieillissement: facteurs intrinsèques de la chute	p 9
2-1-1- Quelques définitions préalables	p 9
2-1-2- Le vieillissement physiologique des récepteurs de l'équilibre	p 10
2-1-3- Le vieillissement des centres intégrateurs, des voies nerveuses et des effecteurs musculaires	p 11
2-1-4- La décompensation posturale	p 12
2-1-5- Les troubles de la marche et de l'équilibre d'origine neurologique	p 13

2-2-	Les autres facteurs favorisant la chute	p 13
2-2-1-	La douleur	p 13
2-2-2-	Les facteurs médicaux	p 14
2-2-3-	Les facteurs iatrogènes	p 14
2-2-4-	Les facteurs psychologiques	p 15
2-2-5-	Les facteurs extrinsèques	p 15
3-	Les conséquences de la chute chez la personne âgée	p 16
3-1-	Les conséquences physiques	p 16
3-1-1-	Les fractures	p 16
3-1-2-	Les traumatismes sans fractures	p 16
3-1-3-	Le syndrome d'immobilisation	p 16
3-1-4-	La contention	p 17
3-2-	Les conséquences psychologiques de la chute chez la personne âgée	p 18
3-2-1-	Généralités	p 18
3-2-2-	Initiative motrice et personnalité	p 19
3-2-3-	La notion de perte	p 20
3-2-4-	La peur de la mort	p 20
3-3-	Les conséquences psychomotrices de la chute: syndrome de Désadaptation Psychomotrice (DPM), syndrome post-chute et syndrome de glissement	p 21
3-3-1-	Historique et généralités	p 21
3-3-2-	La sémiologie du syndrome de DPM et particularités du syndrome post-chute	p 22
3-3-3-	L'intrication du syndrome de DPM et du syndrome post-chute	p 23
3-3-4-	Le syndrome de glissement	p 24
4-	Conclusion	p 24

CLINIQUE	p 26
1- Le cadre du stage	p 27
1-1- L'institution	p 27
1-1-1- La description des lieux	p 27
1-1-2- Le rythme de vie	p 28
1-1-3- Le personnel	p 28
1-1-4- Les résidents	p 29
1-2- La psychomotricité	p 30
1-2-1- Le poste de psychomotricien	p 30
1-2-2- Les ateliers psychomoteurs	p 30
1-2-3- La composition des groupes	p 31
1-2-4- Les autres interventions de la psychomotricité	p 32
2- Mon rôle au sein de la maison de retraite	p 33
2-1- L'atelier équilibre	p 33
2-1-1- Les modalités de prise en charge	p 33
2-1-2- Les patientes	p 33
2-1-3- Les objectifs thérapeutiques	p 33
2-1-4- Le déroulement des séances	p 34
2-2- Les prises en charge individuelles	p 36
3- Les étude de cas	p 36
3-1- L'étude de cas de madame B	p 36
3-1-1- L'histoire personnelle	p 36

3-1-2- Les bilans	p 37
3-1-3- Le bilan psychomoteur	p 38
3-1-4- L'évolution de la prise en charge	p 42
3-2- L'étude de cas de madame L	p 44
3-2-1- L'histoire personnelle	p 44
3-2-2- Les bilans	p 45
3-2-3- Le bilan psychomoteur	p 47
3-2-4- L'évolution de la prise en charge	p 51
3-3- L'étude de cas de madame J	p 53
3-3-1- L'histoire personnelle	p 53
3-3-2- Les bilans	p 54
3-3-3- Le bilan psychomoteur	p 55
3-3-4- L'évolution de la prise en charge	p 58

DISCUSSION p 60

1- La chute et l'inhibition psychomotrice	p 61
1-1- De la chute à la passivité	p 61
1-2- Les conséquences psychomotrices de la passivité	p 62
2- L'attitude du psychomotricien	p 63
2-1- La notion de transfert et de contre-transfert	p 63
2-2- Le rapport à la mort	p 64
2-3- Les réponses inadaptées	p 65
2-4- Quelles réponses apportées?	p 67
2-5- Conclusion	p 70

3- La prise en charge en psychomotricité	p 70
3-1- Le climat de confiance	p 70
3-2- La notion de plaisir et d'autonomie	p 71
3-3- Redonner un rôle actif au corps	p 72
3-4- L'adaptation et le respect de la personne	p 73
3-5- La répétition des schèmes moteurs et le travail d'équipe	p 73
3-6- Les limites du travail et l'importance de l'équipe	p 74

CONCLUSION	p 75
------------	------

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p 77
-----------------------------	------

ANNEXES	p 81
---------	------

INTRODUCTION

La chute est un symptôme gériatrique extrêmement fréquent. Elle devient une préoccupation majeure des équipes soignantes des services hospitaliers et des maisons de retraite car ses conséquences peuvent être dramatiques. "Les études épidémiologiques les plus récentes placent la chute de la personne âgée parmi les premières causes de placement en institution et de mortalité." (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP), 2000).

En absence d'une prise en charge efficace dès la première chute, le patient peut devenir un patient dit chuteur, c'est à dire chez qui surviennent de multiples chutes.

L'étiologie de la chute est toujours multifactorielle. C'est un ensemble de facteurs intrinsèques et extrinsèques associés à un facteur précipitant. Le chuteur est bien souvent une personne fragile, présentant plusieurs pathologies, ainsi qu'une phobie de la marche ou à l'opposé une anosognosie de ses difficultés.

Les conséquences de la chute chez la personne âgée peuvent être physiques, psychologiques et enfin psychomotrices. Le tableau clinique est varié et propre à chaque personne. Cependant la peur de tomber avec pour corollaire l'inhibition psychomotrice sont souvent retrouvés dans la pratique.

Les personnes âgées que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors de mon stage en maison de retraite répondaient à ce tableau sémiologique. La partie clinique sera l'occasion de vous présenter des exemples de prises en charge en psychomotricité dans un atelier équilibre et en séances individuelles au sein d'une maison de retraite. Les particularités de chaque patiente sont l'exemple de la diversité des causes et conséquences d'une chute dans l'histoire personnelle des personnes âgées.

La chute touche l'ensemble de l'individu. La personne âgée met à distance ce corps qui ne la soutient plus. L'inhibition psychomotrice est le symbole de ce désinvestissement. Le psychomotricien tisse une relation de confiance et de respect avec le patient âgé. C'est à partir de ce lien qu'il peut amener la personne âgée à dépasser ses peurs et retrouver l'initiative motrice. Le psychomotricien cherche à revaloriser image du corps (réinvestissement psychique) et limiter l'inhibition psychomotrice (réinvestissement physique).

THEORIE

1- La personne âgée

1-1- Définitions

1-1-1- Définitions de la personne âgée

L'allongement de la durée de vie et la baisse de natalité font que la population française ne cesse de vieillir. Mais à partir de quand peut-on considérer une personne comme âgée?

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

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

Si l'on se base sur le critère social une personne est dite âgée à partir de l'âge de **cessation d'activité professionnelle**, c'est à dire entre 55 et 65 ans.

Enfin, Jack Messy soutient que **la personne âgée n'existe pas**, "nous sommes toujours le vieux de quelqu'un d'autre." (MESSY J., 1992, p68). Pour cet auteur cette expression désigne une catégorie sociale et non un individu, elle sous-entend "qu'il y aurait un être-personne-âgée aux comportements et au profil psychologique identiques" (ibidem). Cette expression permettrait de mettre à distance notre propre vieillissement partant du principe que "le vieux c'est l'autre" (ibidem). Il préfère employer le terme de vieux qui, pour lui, a une connotation affective.

1-1-2- Définition du vieillissement

D'un point de vue physique il y a une détérioration physiologique normale appelée la **sénescence**.

Le **vieillissement** de la personne prend également en compte les aspects psychologiques et se définit comme l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les formes de l'organisme. Il commence dès la naissance. C'est un "processus inhérent à toute existence" (HERFRAY C. cité par BOUATI N., 1999, p 82) marqué par "une succession de pertes et d'acquisitions" (MESSY J., 1992, p 26). Ainsi le vieillissement ne doit pas être considéré comme une maladie ou l'apanage du grand âge.

Jack Messy distingue le vieillissement de la **vieillesse**. La vieillesse n'est pas un processus mais un état, "l'apparition de la vieillesse se ferait à l'occasion d'une rupture brutale de l'équilibre entre pertes et acquisitions" (Op.Cit., p 44). La vieillesse est donc événementielle, la chute peut être cet événement qui fait basculer la personne dans la pathologie.

La sénilité est l'ensemble des aspects pathologiques et régressifs du 3^{ème} âge.

1-1-3-La notion de personnes fragiles et vulnérables

Les progrès de la médecine et la présence d'un réseau d'aide à domicile ont pour conséquence une augmentation de l'âge et de la dépendance des résidents en maison de retraite. La population accueillie présente de nombreuses pathologies motrices, neurologiques et/ou psychiatriques. Cette population polypathologique et polymédicalisée est qualifiée de **fragile ou vulnérable**. Ses capacités d'adaptation à l'environnement et aux événements de vie sont réduites et elle présente une dépendance plus ou moins grande.

1-2- Les changements liés à l'avancée en âge

1-2-1- Les changements physiques et cognitifs

Le vieillissement provoque dès l'âge de 30 ans une **diminution** peu sensible dans un premier temps de la **force musculaire**.

Vers 50 ans l'**efficience des sens diminue** progressivement (hypermétropie, surdité...).

C'est aussi à cet âge que les rides deviennent visibles, que les cheveux blanchissent, et enfin que la personne commence à prendre du poids.

Chez les personnes plus âgées apparaissent des **troubles de la motricité** inhérents à l'altération des organes moteurs et sensitifs.

On note en outre des **modifications métaboliques**.

Une diminution des capacités sensorielles (la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher et le goût) peuvent provoquer ou aggraver l'**isolement** de la personne âgée par des difficultés de communication.

En dehors de toute pathologie la **mémoire subit aussi des altérations**. Les pertes de mémoire les plus fréquentes surviennent au moment de l'entrée des données selon que la stimulation sera plus ou moins longue. On remarque de plus un **ralentissement de la vitesse de raisonnement** sans pour autant déceler une difficulté à raisonner.

Sans pathologie particulière, le vieillissement provoque des modifications sur le plan moteur, sensitif et cognitif. Il est cependant nécessaire de rappeler que l'**absence ou la réduction d'utilisation de ces différentes fonctions aggrave grandement leur altération**. Il est donc nécessaire d'entretenir sa motricité, sa mémoire, son raisonnement tous les jours.

1-2-2- L'aspect social

Les changements physiques et cognitifs décrits ci-dessus modifient l'image du corps et peuvent être de nos jours mal acceptés. En effet, la **société valorise la jeunesse** qui véhicule l'image du dynamisme et de la beauté. Le but est désormais de rester jeune le plus longtemps possible. Une certaine partie des personnes retraitées qui font du sport, voyagent, sont bénévoles dans des associations, sont valorisées par les médias et deviennent les cibles des publicitaires. Mais à partir du moment où une personne d'âge mûre présente une dépendance, elle est ignorée.

Un des faits marquants de l'avancée en âge est la **cessation d'activité professionnelle**. Le passage du statut de travailleur au statut de retraité peut être plus ou moins bien vécu selon que la retraite a été voulue et préparée ou non. Le travail impose un emploi du temps, un mode de vie et implique le sentiment d'appartenir à une catégorie sociale précise. La personne retraitée perd ces repères temporeux, spatiaux et identitaires. Il est indispensable que le retraité se trouve de nouveaux rôles à jouer dans la société. En outre, plusieurs facteurs

influencent la réussite du passage en retraite. Il s'agit de la santé, de la situation financière, de l'isolement et enfin de la personnalité du sujet.

Outre la retraite, le vieillissement entraîne une perception différente de la société et par la société. La "**théorie du désengagement**" (DELASSUS E., 2004) part du principe que la personne âgée s'intéresse moins à la société (aux phénomènes de mode, aux événements politiques...) et en même temps la société s'intéresse moins à elle (on ne lui demande pas de jouer un rôle précis). Cette tendance serait aujourd'hui dépassée pour les retraités dits "actifs", elle demeure cependant pour les personnes fragilisées.

1-2-3- Les pathologies psychiatriques fréquentes chez la personne âgée: dépression et démence de type Alzheimer

Au cours de mon stage en maison de retraite et notamment dans le cadre de la prise en charge des personnes dites "chuteuses", j'ai été confronté à deux pathologies psychiatriques fréquentes chez le sujet âgé: la dépression et la démence sénile de type Alzheimer.

La dépression est la pathologie mentale la plus fréquente chez l'âgé, elle concerne un tiers de la population des plus de 65 ans alors que moins de 20% serait traité. Elle est difficile à reconnaître en raison des difficultés d'expression de la douleur morale dans ces générations où la douleur surtout psychique se tait.

La somatisation est un des moyens d'expression privilégié chez la personne âgée.

En outre le vécu dépressif est trop souvent mis sur le compte de la vieillesse. "Il n'y a pas tristesse légitime du vieillard" (DIBIE-RACOUPEAU F., 2004, 30). La polymédication (iatrogénie), les pertes et deuils successifs ainsi que l'isolement social font le lit de la dépression.

Les signes cliniques du noyau dépressif commun sont:

- une tristesse de l'humeur ayant un retentissement sur la vie quotidienne et pouvant aller jusqu'à une perte de l'élan vital
- un ralentissement voire une inhibition psychomotrice
- un ralentissement psychique concernant la concentration, la mémoire, le raisonnement et le jugement

- un ralentissement relationnel marqué par un repli sur soi, l'absence de communication avec l'extériorisation des vécus négatifs uniquement ou une agitation anxieuse
- une symptomatologie somatique (anorexie, troubles du sommeil, asthénie), des préoccupations hypochondriaques portant surtout sur le tractus digestif

La sémiologie est la même que pour le sujet jeune cependant elle est rarement au complet chez le sujet âgé.

La maladie d'alzheimer est une démence sénile caractérisée par l'altération progressive des fonctions cognitives accompagnée des modifications neurohistologiques particulières comprenant des dégénérescences fibrillaires et des plaques séniles. Elle peut se déclarer précocement (avant 50 ans) on parle alors de démence d'Alzheimer présénile ou tardivement dans ce cas la démence est qualifiée de sénile. Les signes cliniques principaux sont les troubles mnésiques.

Les symptômes sont:

- les troubles de la mémoire antérograde puis rétrograde
- les troubles des fonctions exécutives
- les troubles du langage avec une destruction progressive du langage
- les troubles praxiques la plus fréquente étant l'apraxie constructive, les praxies idéatoires sont aussi souvent touchées.
- les troubles gnosiques avec des agnosies visuelles, auditives et des prosognosies
- les troubles du comportement avec une perte d'autonomie, une irritabilité et/ou un retrait pouvant aller jusqu'à l'apathie. L'apathie est définie comme "un manque d'intérêt, d'émotion et de motivation."(BROCKER P., CLAIRET S., BENOIT M., ROBERT P.H., 2003). L'apathie touche le domaine émotionnel, comportemental et cognitif.
- une désorientation temporo-spatiale

1-3- La chute

La chute est définie par l'OMS comme la conséquence de tout événement de vie qui fait tomber le sujet contre sa volonté.

90 % des chutes concernent les sujets âgés de plus de 65 ans. Elles sont extrêmement **fréquentes** puisque 30% des plus de 65 ans chutent au moins une fois par an et ce chiffre passe à 50% pour les plus de 80 ans. Contrairement à ce que l'on pourrait penser les chutes touchent plus fréquemment les personnes âgées en bonne santé (70 à 75 % des cas), les chutes des personnes fragiles concernent 15 à 20 % des cas et enfin les chutes des personnes dépendantes seulement 5% des cas.

Cet évènement en apparence banal et fréquent est en réalité un problème majeur en gériatrie. En effet à l'échelle individuelle il est souvent à l'origine d'une **perte d'autonomie** pouvant conduire à l'institutionnalisation. A l'échelle socio-économique les répercussions sont considérables en terme de santé publique et représentent un enjeu économique majeur.

Il y a de **multiples causes et conséquences de la chute**. Cependant on retrouve souvent un facteur déclenchant.

La chute fait entrer la personne âgée dans un cercle vicieux dont il est difficile de sortir. La chute est souvent due à l'addition de plusieurs facteurs négatifs dont le principal est généralement le vieillissement de l'appareil locomoteur et des récepteurs intervenant dans l'équilibre. Or, après une chute la personne âgée a tendance à perdre ou au moins réduire la marche. Cette non-utilisation va rapidement accentuer les effets du vieillissement physiologique et ainsi augmenter le risque de chute.

La prise en charge de ces patients a donc pour objectif de briser ce **cercle vicieux**. Un autre axe de travail sera de **prévenir le risque de chute** et pour cela il est nécessaire d'en connaître les principales causes.

2- L'étiologie de la chute chez la personne âgée

Les chutes chez la personne âgées sont généralement multifactorielles. Elles résultent de la coexistence de facteurs favorisant intrinsèques et extrinsèques.

La connaissance et l'élimination autant que faire se peut de ses facteurs sont primordiales dans la prévention des récurrences. En effet " le risque de rechuter est multiplié par 20 après une première chute" (FAUCHER N., TEILLET L., ROGER M., 2000, 1245).

2-1- L'équilibre, la marche et le vieillissement : facteurs intrinsèques de chute

Malgré la multiplicité des causes, la plupart des chutes sont liées au vieillissement normal des récepteurs et effecteurs de l'équilibre et de la marche.

2-1-1- Quelques définitions préalables

L'équilibre est un état de stabilité permettant à l'homme de faire face aux forces de la pesanteur, ainsi qu'aux facteurs qui tendent à la rompre à chaque fois qu'il s'adapte au milieu aussi bien dans un état cinétique que statique. " Le contrôle de l'équilibre fait appel à des effecteurs musculaires contrôlés par des structures du système nerveux central (SNC), elles-mêmes connectées à des afférences périphériques, l'ensemble constituant un système de régulation fortement automatisé. " (THOUMIE P., MEVELLEC E., 2001).

La posture peut être définie par la position des différents segments corporels à un moment donné. Pour l'homme, la posture de référence est **la station debout**. La posture assure le maintien de la fonction antigravitaire et une fonction d'interface avec le monde extérieur pour la perception et l'action. Elle est le fait d'une série de réactions (réaction de redressement, de soutien, réaction de secours) et de réflexes (réflexe d'anticipation, de posture). Le rôle du Système Nerveux Central (SNC) est de maintenir la posture en gardant le centre de gravité en regard du polygone de sustentation.

La marche est une succession de postures, de déséquilibres posturaux et de réactions parachutes. Un cycle de marche comprend à niveau des membres inférieurs la succession d'une phase d'appui, d'une phase oscillante et d'une phase de double appui. " L'apprentissage de l'enchaînement de ces séquences gestuelles dans l'enfance aboutit à une mémorisation d'un programme moteur. " (DEBRAY M., 2003). La marche devient un **automatisme**. La marche fait intervenir un système antigravitaire, un système d'équilibration et de production du pas.

L'équilibre est entretenu par le **tonus postural** qui maintient une stabilité entre la tension des muscles du plan postérieur et antérieur chargés de lutter contre la pesanteur. Le tonus postural résulte d'une activité initialement médullaire (réflexe myotatique) qui subit des

renforcements et des modulations de la part des centres supra-spinaux (substance réticulée, noyaux vestibulaires, cortex cérébral, cortex cérébelleux...)

Les réflexes de postures complètent le tonus de posture en vue de maintenir la posture lorsqu'elle subit des actions perturbatrices. Ils sont essentiellement toniques.

L'équilibration est la fonction qui permet de maintenir une posture en dépit d'éventuelles perturbations et de rétablir cette posture lorsqu'elle a été compromise. Contrairement aux réflexes de postures, les réflexes d'équilibration sont phasiques.

2-1-2- Le vieillissement physiologique des récepteurs de l'équilibre

Les réactions de posture et d'équilibre sont déclenchées et contrôlées par des informations sensorielles qui réalisent un feed-back. Ces afférences regroupent les afférences proprioceptives (neuromusculaires), extéroceptives (cutanées) labyrinthiques et visuelles. Or les récepteurs et la sensibilité sensorielle sont modifiés par le vieillissement physiologique.

Les informations cutanées: le tact plantaire renseigne sur la répartition du poids du corps en fonction des appuis du pied sur le sol. La stimulation plantaire est nécessaire au maintien de l'harmonie du tonus postural. Avec l'âge le seuil de sensibilité tactile s'élève du fait d'une diminution du nombre de récepteurs cutanés.

Les informations visuelles jouent un rôle essentiel en constituant pour le sujet un repère sur la position relative de la tête dans l'espace par rapport à l'horizontale. En outre la vision permet de détecter les déplacements de l'environnement. Chez le sujet âgé les pathologies liées au vieillissement entraînent une altération de la vision : presbytie, cataracte, dégénérescence maculaire.

Les informations proprioceptives renseignent sur la position relative des segments corporels. Les propriocepteurs cervicaux délivrent ainsi des informations sur les mouvements de la tête par rapport au tronc. Les autres afférences proprioceptives provenant des articulations du tronc et des membres se projettent sur le cervelet et le tronc cérébral et permettent des ajustements posturaux. Chez la personne âgée, l'arthrose notamment cervicale et la diminution de l'efficacité des propriocepteurs musculo-tendineux entraînent une diminution des stimuli et une altération des réflexes posturaux.

Les récepteurs labyrinthiques renseignent sur la position de la tête dans l'espace par rapport au champ de gravitation ainsi que sur les déplacements rotatoires de la tête. La réduction du nombre de cellules ciliées et des fibres vestibulaires aboutit chez le sujet âgé à une presbyvestibulie où la perte de l'utilisation des vestibules est compensée par la vision.

2-1-3- Le vieillissement des centres intégrateurs, des voies nerveuses et des effecteurs musculaires

Les afférences nerveuses des récepteurs sensoriels convergent vers les structures centrales sous corticales et corticales qui les intègrent et permettent par les réflexes de posture et d'équilibration un maintien de la posture grâce aux effecteurs musculaires.

Les structures du SNC mises en jeu sont le tronc cérébral, le cervelet, les ganglions de base et les hémisphères cérébraux au niveau de l'aire motrice supplémentaire et du lobe pariétal droit.

Les muscles effecteurs sont les muscles striés antigravitaires, les muscles stabilisateurs du regard et les muscles de la coordination œil-tête.

Chez la personne âgée, comme nous venons de le voir, les stimuli doivent devenir plus importants pour être perçus. De même la transmission, l'intégration, et la réponse musculaire à cet influx nerveux sont ralentis et moins efficaces. Les temps de réactions et les temps de mouvements s'allongent. Il en résulte une diminution de la capacité de réaction aux déséquilibres brusques ainsi qu'un **ralentissement** de la marche.

Certains auteurs défendent l'idée que ce ralentissement moteur serait le fait d'une **détérioration du système nerveux central**. La diminution de la vitesse de contraction musculaire, de la vitesse de transmission synaptique, ainsi que l'atrophie ou la perte du tissu neural et musculaire, et enfin la perte des informations au cours de chaque transmission expliqueraient ce ralentissement. " Certains auteurs estiment que le ralentissement est un phénomène généralisé, une limitation des ressources disponibles, et touche en fait tous les stades de traitement de l'information, le sujet âgé est capable d'utiliser la même gamme de

comportement mais le fait plus lentement" (AMHEIM et al., 1991; SIMON&PORAGHABAGHER, 1978; cité par AUBERT E., ALBARET JM, 2001,p 20).

Pour d'autres le sujet âgé préfère opter pour une stratégie privilégiant un contrôle par rétroaction plutôt qu'un contrôle en proaction. En effet le feedback (rétroaction) permet de corriger le mouvement au cours de son exécution mais requiert plus de temps alors que le contrôle en boucle ouverte (proaction) programme et planifie le mouvement au préalable, il est donc plus rapide mais ne permet pas d'en modifier le cours. **Le sujet âgé privilégierait donc une réponse plus lente mais plus sûre.**

2-1-4- La décompensation posturale

Malgré l'importance des variations interindividuelles, certains auteurs ont décrit " **une marche sénile** " (MURRAY et al, cité par AUBERT E., ALBARET J.M., 2001,p 28).

Elle est caractérisée par une attitude de flexion de tête, de tronc, des membres et un équilibre précaire. La marche est ralentie par une diminution de la longueur du pas (sans modification de la cadence) et par l'augmentation du temps de double appui. La hauteur du pas est moindre, l'amplitude des mouvements de la hanche, du genoux et de la cheville est également réduite. On note en outre une diminution de la rotation pelvienne alors que la rotation de la ceinture scapulaire ne se modifie pas et que le ballant des bras est moins important. La trajectoire est irrégulière. Enfin il y a une diminution de la capacité de modulation de la vitesse de la marche notamment de l'accélération.

Le vieillissement physiologique de l'équilibre et de la marche entraînent des pertes de plus en plus importantes de l'efficacité des réflexes posturaux et de l'automatisme de la marche. La marche dite sénile permet de **compenser** ces pertes, cette **adaptation** rend la marche moins déséquilibrante mais plus précautionneuse que chez des sujets jeunes. " Ces possibilités d'adaptation sont liées à l'importance des ressources de chacun et semblent dans le cas des fonctions motrices largement influencées par la qualité des apprentissages moteurs. " (PFITZENMEYER P., MOUREY F., 2001).

Mais peu à peu la personne âgée ne peut plus compenser. Il y alors une **décompensation posturale**. " La décompensation d'une fonction survient chez le sujet âgé

sous l'influence d'un facteur précipitant dépassant les possibilités adaptatives du fait de réserves fonctionnelles amoindries conjointement par le vieillissement et les maladies chroniques. " (Ibidem). La chute est facteur précipitant. La décompensation touche à la fois l'équilibre dynamique et l'équilibre statique. La conséquence principale est, si une prise en charge n'est pas mise rapidement en place, la perte de la marche.

2-1-5- Les troubles de la marche et de l'équilibre d'origine neurologique

Un **déficit moteur** consécutif à une atteinte du système pyramidal, du nerf périphérique, ou du muscle peut être à l'origine d'une démarche déficitaire.

De même les **ataxies** cérébelleuses, labyrinthiques ou sensitives sont à l'origine de troubles de l'équilibre et de la marche.

Les **syndromes parkinsoniens** peuvent entraîner un enrayage cinétique de la marche (freezing) se caractérisant par l'interruption brutale de la marche sans raison apparente ou au contraire provoquée par un stimulus visuel (obstacle dans le champ de vision, franchissement d'une porte...). Le freezing associé à une rétropulsion peuvent être responsables de chutes.

Une **insuffisance vertébro-basilaire** pourrait déclencher les drop-attacks. Ce sont des chutes brusques sans prodrome (pâleur, sueur, sensation de malaise) ni perte de connaissance causées par une faiblesse soudaine des membres inférieurs.

2-2- Les autres facteurs favorisant la chute

2-2-1- La douleur

Les douleurs lombaires et des membres inférieurs fréquentes chez la personne âgée peuvent compromettre l'équilibre et la marche.

Les causes principales chez le sujet âgé sont la lombosciatique, l'arthrose de la hanche et du genou, les artériopathies des membres inférieurs ainsi que des problèmes podologiques.

2-2-2- Les facteurs médicaux

En maison de retraite la population accueillie est de plus en plus âgée et polypathologique. De nombreuses maladies chroniques ou non peuvent être à l'origine d'une chute.

On retrouve en premier lieu les **pathologies cardiovasculaires** telle que l'hypotension orthostatique (apparaissant lors du passage de la station couchée à la station debout, et de la station assise à la station érigée), les troubles du rythme et de la conduction (lors des changements de rythme avec parfois apparition de syncopes dites d'effort), les syncopes vasovagales (lors d'un stress émotionnel ou douloureux) ou au décours d'une embolie pulmonaire, d'un infarctus du myocarde...

Les **causes ostéo-articulaires** sont responsables de troubles de la marche. Ce sont les atteintes arthrosiques (coxarthrose, gonarthrose, enraidissement de la cheville, fractures passées inaperçues, polyarthrites), podologiques déjà évoqués et les troubles de la statique du rachis (cyphoscoliose).

Les **troubles métaboliques** tels qu'une anémie, une déshydratation et une hyponatrémie entraînent une hypovolémie génératrice de chute. De même l'hypoglycémie peut provoquer des étourdissements. L'hypothyroïdie entraîne une hypotension et pour finir l'hyperthyroïdie et l'hypokaliémie une faiblesse musculaire.

2-2-3- Les facteurs iatrogènes

L'existence de pathologies multiples aboutit à une **polymédication**. Or comme nous le dit V. CHAUMONT (1997) la proportion de risque de chute augmente avec le nombre de médicaments pris, leur dosage et leur association.

Ainsi les **psychotropes** (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques, hypnotiques) ont pour effet une somnolence et un relâchement du tonus musculaire. Les **médicaments cardiovasculaires** (bêtabloquants, diurétiques, antihypertenseurs) peuvent donner des troubles du rythme, une hypovolémie ou une hypotension orthostatique, les **antidiabétiques** une hypoglycémie, les **anticoagulants** une anémie.

2-2-4- Les facteurs psychologiques

CERISIER décrit 5 types de chutes qui pour lui sont révélatrices de l'état psychologique de la personne chuteuse. Il parle ainsi :

de **la chute suicide** présente chez certaines personnes fatiguées et atteintes de pathologies lourdes,

de **la chute stress** qui résulterait d'un sentiment d'angoisse et des désorientations spatio-temporelles,

de **la chute d'appel** que l'on retrouve dans un contexte d'isolement affectif et social et qui serait un moyen d'attirer l'attention,

de **la chute refus** liée à l'inacceptation de la dégradation des capacités physiques et intellectuelles, elle résulterait d'un surinvestissement des possibilités,

de **la chute symbole** qui serait l'expression d'une demande non verbalisée. La souffrance morale est ainsi exprimée par une souffrance physique.

La peur de chuter de nouveau se retrouve chez les personnes âgées ayant déjà vécu l'expérience traumatisante de la chute. C'est un des signes du syndrome post-chute qui sera développé ultérieurement. Cette peur peut devenir paralysante et amplifier le risque de chute.

L'hystérie est un diagnostic d'élimination, les chutes sont chez les hystériques souvent spectaculaires, théâtrales et n'entraînent aucun traumatisme.

2-2-5- Les facteurs extrinsèques

Ce sont les facteurs liés à l'habitat et à l'environnement responsables des chutes accidentelles.

Les facteurs liés à l'**habitat** peuvent être:

un sol glissant (parquet ciré, sol mouillé, douche ou baignoire glissantes), la présence de tapis ou de fil électrique, un mobilier trop bas ou trop haut (chaises, fauteuils, lit, WC...), escalier ou logement mal éclairé, animaux domestiques...

Les facteurs liés à l'**urbanisme** sont:

trottoirs glissants et étroits, marches, escalator, travaux, dénivellation...

Et enfin les facteurs liés à l'**habillement** sont:

vêtements trop longs ou trop étroits, chaussures ou chaussons mal adaptés...

3- Les conséquences de la chute chez la personne âgée

3-1- Les conséquences physiques

3-1-1- Les fractures

Elles sont essentiellement traumatiques. Ce sont les fractures de la hanche, du bassin, de l'épaule, du poignet... Le risque de fracture suite à une chute serait à mettre en corrélation avec un déficit de minéralisation osseuse. Le risque est donc plus important chez la femme du fait de l'ostéoporose et de l'ostéomalacie. Les fractures compliquent 5% des chutes. Elles nécessitent une hospitalisation pour un traitement orthopédique et/ou chirurgical.

3-1-2- Les traumatismes sans fractures

Les traumatismes sans fractures surviennent dans 10% des cas. Ce sont les plaies, les érosions cutanées, les hématomes. Une hospitalisation peut alors être nécessaire.

Généralement soit du fait des lésions ou traumatismes soit du fait du choc émotionnel, le sujet âgé n'arrive pas à se relever seul. Les personnes vivant seules peuvent ainsi **rester plusieurs heures sur le sol**. Cela peut alors entraîner une hypothermie, des lésions cutanées, une déshydratation, une insuffisance rénale et enfin une surinfection. " L'existence d'un séjour au sol supérieur à une heure est un facteur de mauvais diagnostic. La moitié des chuteurs qui ont passé plus d'une heure au sol décèdent dans les 6 mois. " (FAUCHER N., TEILLET L., ROGER M., 2000, 1250).

3-1-3- Le syndrome d'immobilisation

Une personne âgée hospitalisée à la suite d'une chute subit souvent un **alitement prolongé**. Peut alors apparaître un syndrome d'immobilisation.

Dès les premiers jours d'immobilisation des modifications physiologiques, cliniques et biologiques surviennent. Elles ne sont pathologiques que chez un individu fragilisé.

Quelques jours suffisent pour qu'une fonte musculaire (de 15 à 30% pour le quadriceps par exemple) et des contractures surviennent. La tension artérielle diminue (hypotension orthostatique) et la fréquence cardiaque augmente, et la capacité respiratoire s'amenuise (encombrements). Des escarres peuvent rapidement se former.

Au bout de deux semaines la personne âgée présente parfois une incontinence vésicale, une constipation, une perte de l'appétit et de la soif avec amaigrissement.

Enfin après quelques semaines des modifications psychiques apparaissent sous la forme d'une dépression, d'une confusion, d'un **ralentissement psychomoteur**.

La conséquence pour le sujet âgé est donc une **perte d'autonomie** très rapide, avec la perte de l'automatisme de la marche, et des réflexes posturaux. La prévention est dans ce cas primordiale, toute l'équipe soignante doit y participer.

3-1-4- La contention

Afin de limiter les risques de chute, la pratique de la contention physique des personnes âgées peut être mise en place au sein des hôpitaux ou des maisons de retraite.

"**La contention physique**, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie de corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté." (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), 2000).

La contention quoique décidée pour le bien du patient présente des **risques**. En effet cette pratique augmente les risques d'infections nosocomiales ainsi que le nombre de chutes graves chez les patients ayant été attachés. Ces personnes sont plus agitées et enfin la contention peut entraîner une perte d'autonomie et un syndrome d'immobilisme. La personne âgée est contrainte de réduire ses gestes volontaires, elle peut alors renoncer à faire. Les

conséquences psychologiques de la contention doivent être prises en compte. Une personne forcée à réduire son activité volontaire peut prendre la contention comme une mesure punitive qui nie sa volonté et donc son statut d'être autonome et désirant.

L'ANAES donne un certain nombre de **recommandations** afin de limiter les risques liés à la contention: la contention est réalisée sur prescription médicale limitée à 24 heures. La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque. Les patients sont surveillés et la contention est levée aussi souvent que possible. Le consentement du patient et de sa famille sont recherchés. Et pour finir le matériel sélectionné est approprié aux besoins du patient.

"Attacher un sujet âgé ne doit pas être un procédé expéditif pour prévenir les chutes, les blessures ou les troubles du comportement. En effet, il n'a jamais été fait la preuve de son efficacité dans ces indications. " (ANAES, 2000).

Limiter la contention revient à limiter le risque des chutes grâce à la prévention des facteurs favorisant celles-ci. Lorsque malgré la prévention le patient est en danger, la contention peut être envisagée mais en respectant les recommandations de l'ANAES, c'est à dire de limiter la contention dans le temps autant que faire se peut et de garantir le respect de la personne.

3-2- Les conséquences psychologiques de la chute chez la personne âgée

3-2-1. Généralités

Il n'existe pas de spécificités psychologiques des personnes âgées. Il y a autant d'évolutions psychologiques qu'il y a de personnes.

Cependant on retrouve des **événements de vie** tels que la maladie psychiatrique ou somatique, le décès des proches ou la dépendance statistiquement **plus fréquents chez les personnes très âgées.** "Sous la pression de ces événements de vie, ou du fait de la perception de la proximité de ceux-ci, la sécurité intérieure de la personne très âgée est menacée. " (MONFORT J.C., 2001, p 159). Le résultat de l'interaction de ces événements sera une condition psychologique plus ou moins (dé)compensée dont dépendra la réussite de l'avance

en âge malgré les épreuves de la vie. L'environnement de la personne âgée (famille, personnels soignants) a un rôle déterminant dans cette réussite.

De même il n'y pas de personnalité dite sénile. Avec l'âge les traits de caractère deviennent plus marqués mais dépendent de la personnalité antérieure. Ainsi Ajuriaguerra dit "on vieillit comme on a vécu". (cité par MONFORT J.C., 2001, p 170).

La chute est un événement brutal auquel la personne âgée ne s'est pas préparée. Ses conséquences psychologiques dépendent des conséquences physiques (fracture, alitement, contention) de la chute, des réactions de l'entourage (banalisation, surprotection), de la personnalité de la personne âgée et de ses mécanismes de défense. Ainsi, " une chute ordinaire peut être extraordinaire pour l'intéressé, en raison du contexte social, affectif ou relationnel et produire des changements plus importants que n'aurait provoqué par exemple une hospitalisation spectaculaire " (BETEND B., EYNARD C., JOURDAIN A., ROOS C., 1994, p 66).

3-2-2. Initiative motrice et identité

"L'être emprunte le mouvement du corps pour se manifester " (PONTON G., 1998). **L'intégration de la motricité est indissociable de la construction du psychisme.** Cette interaction est la base de notre unité.

C'est grâce au mouvement d'abord réflexe puis volontaire que la conscience corporelle se développe et s'intègre peu à peu dans un tout cohérent. Un jeune enfant lorsqu'il se redresse se construit en tant qu'être autonome c'est à dire qu'il choisit lui-même les règles de sa conduite. Debout l'enfant libère sa main de sa fonction d'appui et développe la préhension, et la découverte des objets. Le triangle main-épaule-bouche a établi le lien intérieur-extérieur. "Notre schéma corporel, structure vivante du lien entre le dedans et le dehors, a fait la synthèse des expériences et a donné une cohérence interne aux différents référentiels du mouvement. En nous dressant à la verticale, nous avons affirmé notre identité de sujet." (Ibidem).

Chez la personne âgée la perte d'autonomie que peut entraîner une chute touche le mouvement et ainsi menace la structure de son être. " L'éveil de notre structure interne

par nos sensations, s'éteint dans l'immobilité. " (Ibidem). Ainsi l'oreiller, les barres du lit ou votre jambe ne sont plus différenciés. Le vivant n'est plus distingué de l'objet. Comment dans ce cas continuer à se définir en tant que personne désirante?

3-2-3. La notion de perte

La personne âgée est confrontée à différentes pertes. Le travail de deuil réveille à chaque fois les deuils antérieurs et en particuliers ceux qui ont été mal élaborés.

La retraite marque la perte de l'identité professionnelle et sociale. La personne fait désormais partie des «inactifs». En même temps les rôles familiaux se modifient car les enfants sont désormais totalement autonomes. Au fil du temps la personne âgée voit son réseau d'amitié diminuer par le décès des proches. La personne âgée est de plus en plus isolée. L'élaboration d'un deuil est d'autant plus difficile qu'il touche le conjoint, un enfant ou que la mort est soudaine. En outre la perte de la bonne santé, de l'autonomie, de la liberté économique et civique (curatelle, tutelle), la perte du domicile privé (placement en maison de retraite) arrivent en général dans un laps de temps court.

La chute illustre bien cet enchaînement parfois dramatique pour celui qu'il intéresse. Elle renvoie **inmanquablement à la notion de perte**. La chute en effet révèle soudainement une perte d'autonomie jusque là tacite. Elle serait d'après J. Messy assimilée à une perte, " une de plus, une de trop" (MESSY J., 1992, p 44). Et marque de ce fait souvent une rupture dans la vie du sujet. La conséquence la plus fréquente est la perte de l'indépendance. La personne âgée doit faire le deuil de son autonomie physique et accepter que sa famille ou des soignants en maison de retraite lui viennent en aide pour les activités quotidiennes. " La chute résonne dans le corporel et le relationnel ; elle demande un repositionnement global." (BETEND B., EYNARD C., JOURDAIN A., ROOS C., 1994, p 70). On assiste d'ailleurs souvent à la suite d'une chute à une régression temporaire " nécessaire mais dramatique quand elle s'installe " (ibidem).

3-2-4. La peur de la mort

La chute a un sens concret, c'est le fait de tomber. Mais elle possède aussi un sens abstrait, c'est "le fait de passer dans une situation plus mauvaise" (MICRO ROBERT, 1992, p

215). Elle a alors pour synonyme l'échec, la faillite. Ce double sens renvoie à l'idée que **lorsque le corps tombe, c'est le sujet tout entier qui est en échec** avec pour fin la mort tant physique et psychique.

La chute renvoie à la personne sa fragilité et sa dépendance. Elle lui rappelle les réalités du temps qui passe et de l'approche inéluctable de la mort. Messy écrit : "le vieux se méfie du déséquilibre. Sa peur consciente de tomber masque t-elle son angoisse inconsciente de mort...?" (MESSY J., 1992, p 64) et il ajoute "ainsi l'angoisse devant l'inconnu à la faux, non spécularisable, se transforme en une phobie devant la perte de d'objets internalisés.". (Op.Cit, p 70). L'angoisse est une peur sans objet provoquée par une situation de danger. Le vieux sait que le temps qui lui reste à vivre se réduit, il peut être angoissé par cette situation. **L'angoisse va trouver son objet dans la chute ou le déséquilibre.** Une phobie de la marche peut alors apparaître.

De même **le fait de rester au sol pendant parfois plusieurs heures sans pouvoir se relever réveille l'angoisse de mort.** En effet le sujet âgé peut sentir sa température s'abaisser, il demeure immobile par manque de force, ses appels restent sans réponse... autant de signes qui font penser à la mort.

3-3- Les conséquences psychomotrices: syndrome de Désadaptation Psychomotrice (DPM), syndrome post-chute et syndrome de glissement

3-3-1- Historique et généralités

En 1982, Murphy décrivait un tableau sémiologique des troubles de la marche et de l'équilibre à la suite d'une chute, qu'il appelle le syndrome post-chute. Quelques années plus tard, le Pr Gaudet et son équipe dijonnaise définissaient l'entité clinique du syndrome de régression psychomotrice aujourd'hui appelé syndrome de désadaptation psychomotrice (DPS).

F. MOUREY et P. PFITZENMEYER (2001) précisent que ces deux tableaux sémiologiques sont parfaitement superposables et qu'ils diffèrent uniquement par leur mode de révélation. Le syndrome post-chute survient spécifiquement après une chute, alors que le syndrome de DPM peut s'installer de manière chronique ou aiguë à cause de facteurs

déclenchant multiples. Ils ajoutent que dans ce contexte, le syndrome post-chute pourrait être considéré comme une forme clinique du syndrome de DPM.

3-3-2- Sémiologie du syndrome de DPM et particularités du syndrome post-chute

La rétropulsion

C'est un déséquilibre arrière témoin d'une projection du centre de masse en arrière de la base de sustentation.

On le retrouve en position assise avec un déjettement du tronc en arrière, les épaules restent appuyées au dossier ; le bassin est positionné au bord antérieur de l'assise; les pieds sont devant à distance du siège. Le risque de chute par glissement est de ce fait important.

Le passage de la position assis-debout est difficile. En effet la flexion antérieure du tronc mécaniquement nécessaire au transfert est peu ou pas présente. Il en est de même pour le retour en position assise.

Une fois debout on retrouve de nouveau une rétropulsion parfois cachée par une posture adaptative déjà évoquée (tronc fléchi, flexum des genoux).

La rétropulsion est majorée lorsqu'une aide par traction des membres supérieurs est apportée.

Les altérations de la marche

C'est la marche sénile décrite précédemment (2-1-4-). Cette altération du schéma de la marche n'est pas spécifique au syndrome de DPM.

L'hypertonie dite oppositionnelle

L'hypertonie augmente au fur et à mesure de la traction exercée sur le segment corporel intéressé, et se distingue ainsi de l'hypertonie extrapyramidale. Elle diminue dans un climat de confiance et de détente.

L'altération des réactions d'adaptation posturale et de protection.

La personne âgée ne peut plus répondre au déséquilibre. Le risque de chute en est grandement majoré. Dans le cadre du syndrome post-chute, on parle de véritable sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche.

L'anxiété

On la retrouve dans le cas particulier du syndrome post-chute notamment lors du passage à la position debout. L'hypertonie, les tremblements, l'accélération du rythme respiratoire et cardiaque voire l'apnée en sont les signes physiques. On note en outre des réactions d'agrippement, la personne âgée se cramponne à des objets ou même aux bras du soignant comme si l'impossibilité de contrôler son corps lui faisait rechercher un point stable. De même la rétropropulsion serait en réponse à la peur du vide antérieur. La personne âgée a très peur de tomber de nouveau et ne fait plus confiance à ce corps qui l'a déjà trahi. Dans les formes les plus sévères on parle de stasobasophobie.

L'inhibition psychomotrice

L'anxiété majeure peut alors être responsable d'une inhibition psychomotrice intense. "Se sentir confrontées au risque de ne pas pouvoir, éveillent en elles (les personnes âgées) une profonde angoisse. Elles préfèrent alors renoncer à tenter de faire, plutôt que d'affronter le moindre risque de ne pas y arriver." (HERFRAY cité par V. CHAUMONT, 1997). La personne âgée réduit ses activités et se replie sur elle-même.

3-3-3- L'intrication entre le syndrome de désadaptation psychomotrice et le syndrome post-chute

Le syndrome de DPM serait l'expression d'une décompensation psychomotrice. Une altération morphologique des systèmes sous-corticaux-frontaux dont dépend la programmation et le contrôle de la posture et du mouvement en serait à l'origine.

Or, il existe une forte intrication entre les pathologies organiques cérébrales responsables d'un syndrome de DPM et l'impact fonctionnel de la sidération des automatismes consécutifs au syndrome post-chute. " Le patient atteint d'une DPM est à risque majoré de chute grave et la chute, lorsqu'elle survient, aggrave par le biais du syndrome post-chute, la sémiologie de la DPM. Cette aggravation de la DPM favorise la réduction d'activité amenant par le biais de la non-utilisation à un risque encore augmenté de nouvelle chute. " (PFITZENMEYER P. et MOUREY F., 2001).

En outre, on note que la sidération des automatismes est fonction du traumatisme psychologique dans le syndrome post-chute. Or, l'absence de réaction de protection,

caractéristique du syndrome de DPM, aurait des conséquences psychologiques redoutables. De même l'incapacité fréquente des personnes âgées à se relever seule du fait de l'altération des automatismes moteurs aggrave le traumatisme et donc la sidération psychomotrice.

3-3-4- Le syndrome de glissement

La chute peut amener la personne âgée à prendre conscience de sa fragilité et de la proximité de la mort. Un **sentiment permanent d'insécurité** peut alors apparaître et aboutir à une dépression sévère. Le syndrome post-chute peut alors évoluer vers un syndrome de glissement. C'est un état de régression quasi suicidaire, il s'accompagne souvent d'une carence sensorielle ou relationnelle.

Les signes cliniques sont la clinomanie (personne qui ne quitte plus son lit), le mutisme, le refus de se soigner ou de manger, la régression, l'anorexie, la déshydratation et l'amaigrissement. L'état général de santé de la personne se dégrade.

Les complications résultant du syndrome de glissement mettent rapidement en jeu le pronostic vital. La mort survient dans la moitié des cas en moins d'un mois. Pour l'autre moitié des cas, les symptômes régressent mais la grabatisation persiste.

4- Conclusion

Le vieillissement entraîne un certain nombre de changements à la fois physiques, cognitifs, sociaux et psychiques auxquels la personne âgée doit s'adapter.

La chute marque un défaut d'adaptation, elle est le symbole d'une perte d'autonomie jusqu'à là tacite. Elle est multifactorielle.

La chute d'une personne âgée n'est jamais anodine, ses conséquences peuvent être dramatiques. En effet, elle marque une rupture. La vie quotidienne de la personne en est souvent bouleversée de manière transitoire ou définitive. La dépendance est en générale la première conséquence de la chute. Que la marche soit empêchée par un déficit moteur ou l'angoisse de la chute, la perte de la possibilité de se déplacer de manière autonome modifie l'image du corps. Un désinvestissement marqué par l'inhibition psychomotrice peut apparaître et favoriser des troubles du schéma corporel. La personne âgée entre alors dans un cercle

vicieux: la passivité augmente les difficultés motrices qui augmentent le risque de chute , augmente la peur et la dépendance.

La prise en charge en psychomotricité a donc pour objectif d'empêcher cet enchaînement qui mène à la grabatisation voire à la mort.

CLINIQUE

1- Le cadre du stage

1-1- L'institution

1-1-1- La description des lieux

La maison de retraite se situe en centre ville face à une place où se retrouvent les boulistes et les familles par beau temps. Elle est composée d'un château classé monument historique et d'un bâtiment plus récent construit en 1980. La maison de retraite est entourée d'un grand parc dont certains arbres sont séculaires.

Depuis le mois de septembre **la maison de retraite est en travaux** pour une durée de trois ans. Elle va en effet s'agrandir et se moderniser, en outre un accueil de jour sera créer dans le château. Le château comprenait l'administration, la salle de kinésithérapie, la salle de psychomotricité qui servait aussi de lieux d'activité, et quelques chambres. La restauration de ce dernier a entraîné le déménagement de tous dans le bâtiment plus récent. Ce dernier subit également des travaux: les deux passerelles qui permettaient de fermer le U formé par le bâtiment ont été condamnées. Le parc est fermé pour l'instant pour des raisons de sécurité.

Aujourd'hui l'ensemble des résidents est donc logé dans le même bâtiment. Il comprend 66 lits répartis en 21 chambres individuelles, 15 chambres doubles et 4 chambres triples. 20 chambres occupent le rez-de-chaussée et les 20 autres le premier étage. Les résidents peuvent apporter leurs meubles et décorer leur chambre comme ils le souhaitent. Un des objectifs des travaux est d'augmenter notablement le nombre de chambres individuelles. Le premier étage et le rez-de-chaussée sont assez identiques quant à la disposition des chambres. Ils ne sont en outre pas réellement différenciés par la couleur des peintures.

Le manque de place fait que le couloir donnant sur l'administration sert de salle de kinésithérapie (les barres parallèles et le différent matériel de rééducation y sont entreposés) et de lieu de prise en charge pour l'atelier équilibre animé par la psychomotricienne. Les autres ateliers psychomoteurs et les activités se déroulent dans les salles de réfectoire.

Malgré ce déménagement la permanence du cadre (toujours dans les mêmes salles aménagées en fonction des activités et des ateliers) depuis le mois de septembre a permis aux résidents de s'y adapter. Le plus difficile pour les résidents est la fermeture du parc et des

passerelles donnant sur l'extérieur. Leur lieu de vie en est restreint et le paysage visible des chambres et du couloir côté cour est devenu beaucoup moins attrayant (les parterres de fleur et les arbres de la cour intérieure ont été rasés).

1-1-2- Le rythme de vie

Le réveil se fait à la carte. Le petit-déjeuner est servi entre 7h30 et 9h dans les chambres ou dans les salles de restaurants selon l'envie du résident. Les soins et les toilettes s'échelonnent tout au long de la matinée. Les noms des résidents participant aux ateliers ou activités du matin sont transmis aux aides-soignants afin qu'ils soient lavés et habillés lorsque nous venons les chercher. Le déjeuner est servi de midi à 13h30. Un goûter est proposé vers 15h. Le dîner se prend dans les chambres à 18h30. Le coucher s'effectue à la demande des résidents.

Les activités, les sorties et les prises en charge paramédicales sont proposés aux résidents à partir de 10h le matin et de 14h30 l'après-midi. Elles se font toujours le même jour et à la même heure. Elles marquent avec les repas le déroulement de la journée et donnent des repères temporels fixes aux résidents.

1-1-3- Le personnel

Le personnel administratif comprend une directrice, une adjointe de direction, une hôtesse d'accueil et une secrétaire de direction.

Le personnel médical et auxiliaire médical comprend un médecin directeur, trois infirmières de jour, une psychomotricienne, trois kinésithérapeutes vacataires qui interviennent sur prescription médicale, une psychologue à mi-temps, un médecin attitré vacataire, trois médecins extérieurs et enfin 14 personnes de soins de jour et 5 de nuit (aide-soignante, aide médico-psychologique). Depuis le mois d'avril une infirmière cadre a rejoint l'équipe.

Enfin l'équipe comprend les lingères, les hôtelières, les agents de service hospitalier, les cuisiniers et les hommes d'entretien.

Une ancienne aide-soignante est depuis cette année en formation pour devenir **animatrice**. Elle est présente à temps partiel au sien de la maison de retraite jusqu'au mois de mai, date à partir de laquelle elle travaillera à temps plein.

Afin de favoriser le lien entre les différents professionnels la maison de retraite utilise un logiciel informatique et organise différentes réunions.

Un **logiciel informatique** (PSI) réunit les informations concernant les résidents (anamnèse, antécédents médicaux, entourage soignable, résultats des tests du Mini-Mental Score (MMS, cf. annexe n°1, et de la grille AGGIR, cf. annexe n°2...). Toutes les prises en charge paramédicales des résidents ainsi que les actes médicaux y sont répertoriés, il sert aussi de moyen de transmission entre les équipes de soin de jour et de nuit. L'ensemble des informations n'est pas accessible à tous, un système de code d'entrée est mis en place à cet effet.

Une **réunion d'équipe** a lieu une fois par semaine, elle réunit l'équipe du soin et est animée par le médecin coordonnateur. Il s'agit d'une réunion d'information et de réflexion sur différents sujets (la bientraitance, la dénutrition ...).

Des groupes de paroles sont organisés par la psychologue une fois tous les 15 jours. Tous ceux qui le souhaitent peuvent y assister. On y parle du vécu du soignant.

Enfin **des groupes de travail** ont lieu une fois par mois. Une infirmière ou la psychomotricienne en sont les référentes. Ils ont pour vocation de réfléchir aux moyens d'améliorer le soin et l'approche de la personne.

1-1-4- Les résidents

La maison de retraite accueille toute personne de plus de 60 ans dépendante ou non. En revanche, les personnes présentant un risque important de fugue ou une pathologie physique ou mentale lourde ne sont pas admises. Les candidatures sont enregistrées lors de la réception d'un dossier administratif et médical rempli par le médecin traitant. L'admission est

prononcée après un entretien avec le résident et sa famille mené par la directrice et sur avis du médecin coordonnateur de la maison de retraite.

La maison de retraite accueille aujourd'hui 62 résidents âgés de 60 à 101 ans, la population y est majoritairement féminine. Le degré de dépendance est variable selon les résidents en fonction des différentes pathologies organiques, traumatiques ou psychiatriques dont ils souffrent.

1-2- La psychomotricité

1-2-1- Le poste de psychomotricien

La psychomotricienne est employée à plein temps au sein de la maison de retraite. Elle anime différents **ateliers psychomoteurs**, suit des patients **en individuel** et **intervient ponctuellement** à la demande du personnel (lors des bains ou repas par exemple). Elle participe aussi à l'animation de la maison de retraite. La présence d'une animatrice à temps plein à partir du mois de mai permettra à la psychomotricienne de ne plus cumuler les casquettes de psychomotricienne et d'animatrice. Cette distinction permettra, par la même, aux résidents de bien distinguer ces deux interventions.

1-2-2- Les ateliers psychomoteurs

Plusieurs ateliers sont proposés au cours de la semaine par la psychomotricienne en collaboration avec les différents professionnels intervenant dans la maison de retraite. Ces ateliers sont mis en place afin de maintenir par l'entraînement les capacités psychomotrices des personnes et de traiter les principaux troubles psychomoteurs de la personne âgée (mémoire, équilibre, coordination, dissociation, concentration, inhibition, détente...). Diverses médiations sont utilisées en fonction des centres d'intérêt des patients.

Tous ces ateliers sont proposés en groupe. En effet le groupe permet l'entraide, de lutter contre l'isolement et de porter la personne lorsqu'elle est en difficulté.

L'atelier mémoire est mis en place en collaboration avec la psychologue. Il utilise tous les champs sensoriels permettant la réminiscence d'expériences passées. Différents exercices se basant sur la lecture d'article de journal ou l'écoute de chansons permettent de travailler la

mémoire immédiate, la mémoire de travail. L'atelier a un objectif préventif et thérapeutique. Il accueille des personnes présentant des troubles mnésiques légers ou sans trouble.

La séance de relaxation et de stimulation sensorielle inspirée de la méthode Snozelen est co-animée par une aide médico-psychologique. Les résidents qui y participent sont tous dans un stade avancé de démence ou sont grabataires. L'objectif est d'utiliser le corps comme moyen de communication et de retrouver un certain plaisir corporel. La séance se déroule à l'étage dans une petite salle de repas d'environ 20 mètres carrés que l'on aménage. Les tables et les chaises sont presque toutes retirées afin de libérer l'espace. Les lumières y sont tamisées, une bougie odorante parfume l'air de la pièce, des tapis sont disposés au sol, une musique calme s'entend en bruit de fond. Divers ballons et tissus de textures et de couleurs différentes sont mis à disposition sur une table. La séance dure de 15 minutes à 45 minutes selon les résidents. Des stimulations sensorielles sont proposées aux patients, nous utilisons plus particulièrement le toucher.

Un atelier manuel est aussi proposé aux résidents, il se fait en présence de l'animatrice. Il permet de travailler les praxies manuelles, de donner des repères temporels (les productions sont en rapport avec les saisons ou les fêtes), et de faire participer activement les résidents à la vie de maison de retraite (les productions décorent les couloirs et les murs de la maison de retraite).

Nous parlerons plus particulièrement de **l'atelier équilibre** en deuxième partie de la clinique (2-1- L'atelier équilibre).

1-2-3- La composition des groupes

La psychomotricienne ne fait passer de bilan psychomoteur à proprement parlé. Cependant ses « balades » dans la maison de retraite sont l'occasion d'observer les résidents dans leur chambre, pendant les activités ou pendant les repas. Cette **observation** spontanée associée aux entretiens avec les résidents et le personnel permet de cerner les difficultés psychomotrices de chaque résident et de lui apporter une **réponse adaptée**. C'est ainsi que la psychomotricienne propose à tel résident tel atelier. Le résident peut alors décider de participer ou non aux séances. Si un résident refuse, la proposition lui est formulée plusieurs

fois et l'on tente de l'amener doucement à l'atelier (en lui proposant par exemple de venir juste regarder...) en le rassurant sans aller cependant à l'encontre de sa volonté.

Les groupes, même s'ils sont proposés à certaines personnes, demeurent ouverts et chacun peut y venir quand il le désire. Un résident n'est pas obligé d'assister à toutes les séances, à tout moment il peut cesser de venir.

J'insiste sur le fait que personne n'est tenue d'assister aux séances. En effet, la psychomotricité se base sur le plaisir et le désir du patient. Il serait donc vain d'amener une personne à participer contre sa volonté. En outre par son refus la personne âgée exprime certainement un malaise ou une appréhension qu'il ne faut pas nier et auquel il est souhaitable d'apporter une réponse.

1-2-4- Les autres interventions de la psychomotricité

En dehors des groupes, la psychomotricienne peut intervenir ponctuellement en fonction des demandes du personnel ou des résidents.

Il arrive ainsi que des bains ou des repas soient pris en présence de la psychomotricienne lorsque l'aide-soignante est en difficulté face au comportement d'un résident. La psychomotricienne cherche alors à comprendre la raison de cette opposition et propose des approches pour y remédier. Quelques séances suffisent en général à rétablir le climat de confiance et de bienveillance entre le résident et le personnel de soin.

"Les soins sont le support d'une relation d'être humain à être humain. Les soins créent une intimité. Ce rapport sera géré selon chaque personne en fonction de son histoire." (BERTIN E., 1999, p 60). Cette intimité est une réalité pour l'ensemble du personnel soignant en maison de retraite et tous les résidents. Les résidents sont pour la grande majorité dépendants pour la toilette, l'habillage et l'élimination des fécès. Le personnel les voit nus, les lave, les change... cette intimité n'est choisie ni par le résident ni par le personnel. C'est une situation imposée par la réalité de la vie quotidienne. Le psychomotricien ne s'occupe pas en général des toilettes ou des changes. Ainsi il demeure en dehors de ce quotidien et des impératifs de temps et de personnel qui compliquent la tâche. Il conserve donc un regard extérieur et de professionnel de la communication non-verbale et du rapport au corps. **Un des**

rôles du psychomotricien en maison de retraite peut ainsi être celui de conseiller, de proposer une approche différente.

2- Mon action au sein de la maison de retraite

J'ai eu l'occasion de participer à l'encadrement puis à la réalisation de l'atelier équilibre. En outre, j'ai suivi trois patientes en prise en charge individuelle.

2-1- L'atelier équilibre

2-1-1- les modalités de prise en charge

Le groupe équilibre se réunit une fois par semaine, le jeudi. L'atelier équilibre se déroule dans le couloir du service administratif à l'extrémité de l'étage supérieur. C'est dans cet espace qu'est rangé le matériel (ballons, bâtons...) et que sont disposées les barres de rééducation à la marche. L'espace bien que réduit est suffisant pour accueillir cet atelier. L'atelier dure 45 minutes.

2-1-2- Les patientes

Le groupe accueille quatre résidentes âgées de 81 ans à 101 ans. Trois d'entre elles sont en fauteuil roulant depuis plusieurs années ou plusieurs mois, la quatrième est en fauteuil depuis le mois de janvier à la suite d'une chute. **Toutes ont vécu l'expérience traumatisante de la chute et ont depuis une autonomie limitée** dans les déplacements et dans les activités de la vie quotidienne (la toilette, l'habillement, les transferts du fauteuil au lit...). **Le vécu corporel est négatif**, le corps est celui qui fait tomber, qui fait mal, et qui empêche l'autonomie. Il n'est plus le support de l'activité volontaire, **toutes ces femmes présentent une inhibition psychomotrice plus ou moins importantes.**

2-1-3- les objectifs thérapeutiques

L'objectif principal de l'atelier équilibre est donc un **réinvestissement positif du corps, une revalorisation de l'image du corps.** Le corps doit devenir le support de l'action

volontaire et une source de plaisir. Il s'agit d'amener les patientes à **connaître leurs capacités motrices, et leurs difficultés tout en leur donnant les moyens de les suppléer.**

L'atelier s'appuie sur différents axes:

-la réduction de l'angoisse: l'atelier se fait dans un cadre sécurisant. L'angoisse est prise en compte par les thérapeutes qui y répondent par le calme, des attitudes et des propos rassurants. Un travail le contrôle tonico-émotionnel est proposé à travers des exercices de respiration et de relâchement musculaire.

-le plaisir: l'effet de groupe et la satisfaction de la réussite des exercices sont les moteurs de la prise en charge, il s'agit de retrouver un plaisir corporel

-la prise de conscience du corps: des postures, des appuis, des capacités motrices, des difficultés afin que chaque résidente intègre l'évolution de son schéma corporel.

-faire soi-même: il s'agit d'amener les patientes vers une plus grande autonomie. Les patientes lors des séances sont actives, l'aide qui leur est apportée est aussi limitée que possible. Des moyens de suppléances sont proposés afin de pallier avec leurs difficultés motrices.

-le renforcement de l'efficience motrice: il se fait grâce aux exercices d'adresse, au renforcement du tonus postural et la répétition des schèmes moteurs nécessaires lors de la marche et des transferts.

2-1-4- le déroulement des séances

L'atelier équilibre commence par un échauffement musculaire, puis des exercices psychomoteurs sont proposés aux résidentes, enfin un parcours psychomoteur est réalisé en dernière partie de séance. Des temps de parole sont aménagés au début et à la fin des séances.

L'échauffement musculaire:

Il se fait en général du haut du corps vers le bas. Il a pour objectif de "réveiller" le corps afin de préparer la phase dynamique de la séance. Il permet un entretien des muscles et des articulations. On s'intéresse aux différentes parties du corps successivement. Cela permet de renforcer la somatognosie et le schéma corporel. La coordination et la dissociation des gestes sont recherchées.

Ce moment est aussi souvent utilisé pour travailler en groupe. Les patientes sont placées en cercle, et il s'agit de se faire passer des cerceaux ou ballons de différentes tailles et de différents poids ou de viser une cible au milieu du cercle. Les échanges de ballon se font à la main et aux pieds. On travaille ainsi le contrôle tonique. C'est souvent l'occasion de créer un effet de groupe positif.

Les exercices psychomoteurs:

Les exercices proposés permettent de s'exercer aux schèmes moteurs utilisés dans le parcours psychomoteur mais sans avoir recours à la marche. Ce sont par exemple: l'exercice des transferts de la position assise à la position debout et inversement; le fait de se baisser pour ramasser un objet au sol en fauteuil; le transfert du poids du corps assis d'une fesse sur l'autre et debout d'un pied sur l'autre, de la pointe des pieds aux talons; de lever les jambes l'une après l'autre debout en se tenant aux barres: de plier les genoux puis de se redresser toujours en appui sur les barres... Lors de ces exercices la respiration est prise en compte. On demande aux patients de ne pas retenir sa respiration et s'il le faut, on exagère l'inspiration et l'expiration. L'objectif étant de réduire la peur qu'inspire bien souvent la station debout.

Le parcours psychomoteur:

Il se fait entre les barres de kinésithérapie car les patientes ne peuvent marcher sans appui soit parce que leurs jambes ne supportent plus leur poids soit parce que les barres les rassurent. Il s'agit d'enjamber des obstacles, de ramasser un objet, de travailler le retournement...

Les différents exercices se modifient en fonction des possibilités du moment des patientes. Ainsi depuis quelques mois, les patientes pour diverses raisons perdent de plus en plus la marche ou présentent une fatigabilité plus importante. Le parcours s'effectue désormais en partie en fauteuil. Il s'agit de rendre les patientes plus autonomes quant à l'utilisation du fauteuil dans leur déplacement. Le parcours comprend cependant toujours un temps de marche entre les barres afin de verticaliser les patientes et d'entretenir les muscles participant à la marche.

2-2- Les prises en charge individuelles

J'ai eu l'occasion de suivre par ailleurs trois patientes en séance individuelle. Les séances ont lieu une fois par semaine et durent entre 30 et 45 minutes selon la fatigabilité des patientes. Elles se déroulent dans leurs chambres. Le signal de présence est allumé afin que personne n'entre pendant les séances.

3- Les études de cas

3-1- Etude de cas de madame B

3-1-1- L'histoire personnelle

- L'anamnèse

Madame B est née en 1904, elle a aujourd'hui 101 ans. Madame B fait partie d'une fratrie de cinq enfants, un de ses frères décède pendant la seconde guerre mondiale.

Elle fût femme de ménage dans une grande famille bourgeoise. Elle se marie avec un cheminot avec qui elle a une fille unique. Elle se sépare de son mari après 15 ans de mariage car ce dernier la bat et boit.

Elle devient témoin de Jéhovah à l'âge de 44 ans.

Madame B est entrée à la maison de retraite en décembre 1998. Elle venait d'une autre maison de retraite qui a brûlé.

Madame B aujourd'hui ne reçoit la visite que de "ses sœurs spirituelles", c'est à dire de femmes comme elle témoin de Jéhovah. Sa fille et ses six petits enfants ne lui rendent pas visite.

Madame B est coupée de la réalité extérieure à la maison de retraite. Elle lit peu, ne regarde pas la télévision et n'écoute pas la radio. Ses visiteuses lui parlent essentiellement de religion. Madame B aime faire des mots fléchés et lit des livres pieux.

- Les chutes

Madame B a chuté le 19 janvier 2005 pour la première fois depuis son arrivée en maison de retraite. Les aides soignantes pour la relever ont été dans l'obligation d'utiliser le

Parallèlement lors de l'atelier équilibre madame B a appris très rapidement à utiliser le fauteuil roulant. J'ai donc décidé de partir de son action autonome lors des déplacements en fauteuil pour travailler la perception puis la structuration de l'espace. Redonner un rôle actif lors des déplacements permet de stimuler la mémoire corporelle et de percevoir l'espace et le temps (notion de durée, de vitesse, exploration de l'espace) dans l'action. **Madame B connaît désormais le chemin menant à la salle de repas ou à l'atelier équilibre par exemple.** Je projette désormais de sortir de la maison de retraite avec madame B. Elle accepte les transferts et de se déplacer. Elle refuse désormais de se laisser pousser en fauteuil. Mes propositions d'exercice ont donc évolué pour s'adapter à la problématique de madame B. Il s'agit de se baser **sur l'action autonome et concrète** afin que madame B comprenne ce qu'on lui demande. **J'insiste aussi désormais sur l'objectif des exercices**, j'explique ainsi à cette patiente qu'on travaille dans le but d'améliorer les repères spatiaux et temporels. Madame B peut donc comprendre et de ce fait participer d'avantage aux séances.

Le fait de que madame B sorte de sa chambre permet également de montrer au personnel de soin que cette résidente est capable de se déplacer seule, et qu'il serait utile de stimuler cette autonomie dans la vie quotidienne (pour aller à la salle de repas par exemple).

La confusion s'est atténuée avec le temps mais certaines incohérences persistent encore aujourd'hui. Ainsi madame B a des **demandes confuses au sujet de sa protection.** Elle réclame qu'on lui mette une "couche" alors qu'elle porte déjà une protection. Ou bien me dit ne pas être habillée, qui lui manque sa culotte. Cependant son discours est aujourd'hui compréhensible et en lien avec la réalité extérieure.

Au fil du temps madame B semble moins angoissée par la station érigée. Pourtant les transferts du fauteuil de sa chambre au fauteuil roulant sont de plus en plus difficiles. Madame B a besoin d'être soutenue car ses jambes ne la portent plus. Madame B me fait désormais confiance et a moins peur de tomber. Cependant si **la peur ne réduit plus son initiative motrice, elle demeure visible** lors des transferts à travers des réactions d'agrippement et une hypertonie oppositionnelle.

Le vécu dépressif très présent les deux premiers mois qui ont suivi la chute est désormais moins important. Madame B accepte sans réticence de sortir de sa chambre lors des séances individuelles et participe de nouveau à l'atelier équilibre. Elle est **plus active dans la**

relation et fait de l'humour. Cependant elle se plaint encore de mal dormir et dit penser à sa vie passée surtout aux mauvais moments.

Madame B se repère d'avantage dans le temps. Elle sait aujourd'hui le jour et le mois en cours. La répétition de la date du jour à chaque début de séance a permis de lui donner un repère temporel. Cependant la notion de durée n'est toujours pas intégrée. Cette notion est appréhendée lors des séances individuelles en chronométrant la durée des déplacements d'un lieu à l'autre. On note l'heure de départ et celle d'arrivée.

Madame B investit les séances de psychomotricité et accepte facilement d'y participer. La confusion notamment la désorientation temporo-spatiale est moins importante. **L'inhibition psychomotrice s'est atténuée.** Madame B fait preuve d'initiative motrice, et elle communique davantage avec les autres résidents. Madame B peut être plus autonome dans les déplacements. Un travail de communication avec l'équipe de soin devrait permettre de continuer ce travail de stimulations et d'accompagnement vers l'autonomie après mon départ. Cependant la dépression, l'anxiété et une certaine confusion demeurent. **Le travail d'accompagnement et de rééducation doivent être poursuivis par toute l'équipe.**

3-2- Etude de cas de madame L

3-2-1- L'histoire personnelle

- Anamnèse

Madame L est née le 8 mai 1923, elle a aujourd'hui 81 ans.

Madame L fut femme de ménage chez des particuliers. Elle s'est mariée et a eut trois filles. Deux de ses filles vivent à proximité de la maison de retraite et une vit en Angleterre. Son mari est décédé de la tuberculose lorsqu'elle avait une cinquantaine d'années. Elle a vécu seule dans un appartement avant son institutionnalisation.

Madame L est placée en maison de retraite en avril 2003 à l'âge de 80 ans. A son entrée dans l'institution elle présente un début de maladie Alzheimer, des troubles de la marche (elle marche à l'aide d'une canne et traîne les pieds), ainsi qu'un état dépressif. Son Mini-Mental State (MMS) est de 18 sur 30.

Depuis son arrivée à la maison de retraite l'état général de santé physique et mentale de madame L n'a cessé de se dégrader. Elle ne comprend pas son placement en maison de retraite et le vit comme un abandon.

- Les chutes

Depuis le mois d'avril 2004 madame L a chuté 7 fois. Ce nombre correspond aux chutes qui ont fait l'objet d'un signalement, il est en réalité nettement supérieur. Madame B a commencé à chuter lorsque son ami à quitter la maison de retraite.

Une seule de ces chutes (le 22 décembre) a eut pour conséquence un transfert aux services d'urgence pour une plaie suturable à l'arrière de la tête. Les autres n'ont pas entraîné de lésion.

Les chutes surviennent généralement dans la chambre ou la salle d'eau de madame L lors des transferts. Elle se lève seule de son lit ou de son fauteuil et tombe. Madame L ne peut se relever seule. Le temps passé au sol est de quelques minutes, les aides soignantes étant alertées par la voisine de madame L.

Ces chutes à répétition ont eu pour conséquence le maintien de madame L au fauteuil à l'aide d'une ceinture. La contention est interprétée par celle-ci comme une punition en réponse à ces remarques désobligeantes envers le personnel. Son anxiété et sa tristesse de l'humeur en sont renforcées.

3-2-2- Les bilans

- L'autonomie

Madame L obtient à la grille d'évaluation AGIR du 7 octobre 2004 un GIR3 ce qui correspond à une personne ayant conservé son autonomie mentale et partiellement son autonomie locomotrice. Aujourd'hui elle n'est plus autonome pour la locomotion.

Madame L est dépendante pour les déplacements à l'extérieur comme à l'intérieur de l'établissement. Elle se déplace avec aide en fauteuil roulant et peut marcher quelques mètres en étant soutenue. Cette résidente ne peut se lever, s'asseoir et se coucher seule.

Elle présente une incontinence vésicale et anale partielle et porte donc une protection.

Madame L est aidée pour la toilette et l'habillage.

Madame L n'utilise plus le téléphone ni la sonnette d'appel.

La patiente ne se repère pas dans le temps et l'espace.

Elle demeure relativement autonome lors des repas.

Madame L demande beaucoup d'attention. En effet c'est une personne très angoissée qui ne supporte pas d'être seule. Elle appelle au secours toutes les personnes passant devant la porte de sa chambre. Elle demande à être couchée quelques minutes après avoir été mise au fauteuil et inversement. Elle désire aussi souvent être levée et qu'on l'aide à marcher. Lorsque les aides soignants agacés refusent le transfert, elle s'en prend à eux verbalement et dit ne pas être aimé par le personnel. Elle tente alors de se lever seule ce qui peut entraîner une chute.

- Le bilan médical

Madame L porte une prothèse complète de la hanche droite.

Elle est dépressive et atteinte de la maladie d'alzheimer à un stade modéré. La dépression serait ancienne.

- Les fonctions cognitives

Madame L obtient au MMS un score de 12 sur 30 en novembre 2004, ce qui correspond à une démence modérée. Sa maladie d'alzheimer s'est donc depuis un an aggravée.

On remarque des troubles mnésiques importants. Sont particulièrement touchées la mémoire antérograde et la mémoire immédiate.

On retrouve une désorientation temporo-spatiale.

Le langage et les capacités d'apprentissage sont cependant conservés.

3-2-3- Le bilan psychomoteur

- Les items du bilan

La motricité:

Madame L est en fauteuil roulant. Son temps dans la journée est partagé entre le fauteuil et le lit. Pendant les activités (repas, activités diverses) madame L bouge peu à moins d'être sollicitée. Ses mains sont jointes sur son ventre, elle est calée dans son fauteuil et souvent s'endort ou demande à être ramenée dans sa chambre quand la situation la met en échec. Sa motricité globale et fine sont donc très réduites.

Cependant madame L est capable d'exécuter des praxies bucco-faciales, idéatoires et idéomotrices. Ce ne sont donc pas les schèmes moteurs qui sont déficients mais l'initiative motrice qui fait défaut.

Son visage comme sa posture demeure fermé, et figé. L'expressivité de son visage est limitée, elle est compensée par le langage. Les émotions exprimées par madame L sont bien souvent la tristesse ou la douleur physique.

Tonus:

Lors des mobilisations passives madame L participe activement aux mouvements, on note également une persévération, des anticipations, des oppositions et une conservation d'attitude. Madame L est hypertonique et présente une paratonie de fond. L'épreuve du ballant ne peut être effectuée.

La marche:

Madame L peut se lever du fauteuil sans aide mais le risque de chute est grand, et cet exercice lui demande un grand effort. Lorsque madame L est debout son hypertonie est notablement accentuée. Elle recherche systématiquement un appui, et s'agrippe à tout. On remarque en outre une rétroimpulsion importante. Madame L ne peut marcher seule. La marche se fait à pas glissés et raccourcis. On note ainsi des troubles de l'équilibre et de la marche. Les

réactions parachutes sont cependant conservées. Madame L bloque sa respiration, ne parle plus, tremble. Son angoisse est très importante. Sa fatigabilité est grande, elle ne peut marcher avec une aide que quelques mètres. Malgré la peur de la station érigée madame L demande à marcher. C'est un moyen pour elle de ne pas demeurer seule. Son angoisse quoique visible physiquement ne semble pas être prise en considération par madame L. Elle n'exprime pas la peur de tomber et bien souvent nie ses difficultés.

Image du corps et schéma corporel:

Le fait de tomber, de ne pouvoir se relever, et d'être dépendante des autres pour les déplacements aggrave sa dépression. En effet ils s'inscrivent comme une blessure narcissique qui vient s'ajouter au vécu corporel négatif de cette résidente.

Ainsi lorsque madame L dessine une personne, elle dit « je suis grosse, vieille et moche ». Elle ajoute qu'elle a peur car elle devient folle puisqu'on lui met « des couches » et qu'on la maintient au lit.

L'épreuve de somatognosie est réussie. Cependant le dessin du bonhomme (cf. annexe n° 4) est enfantin. Il est peu détaillé, il n'y a pas de cou, d'oreille, de différenciation torse-bassin ni de vêtement. Le dessin qu'elle fait d'elle-même nous montre ainsi un désinvestissement du corps.

Espace et temps:

La maladie d'alzheimer s'exprime par une désorientation temporo-spatiale. Parfois madame L ne sait plus où elle est ni pourquoi alors que quelques minutes avant elle discutait avec une autre résidente. Madame L n'a plus de repères temporels. De même elle ne peut se repérer dans l'espace de la maison de retraite et parfois de sa chambre (il est à noter qu'elle a récemment changé de chambre). En résulte une absence de continuité d'être dans l'espace et dans le temps source d'angoisse.

On note en outre une absence de la notion de volume et de profondeur dans le dessin du bonhomme (les membres sont représentés par des traits) et dans le Berges-Lézine (gestes simples n° 9 et 10 échoués). Madame L connaît la droite et la gauche et la réversibilité est conservée. Par contre un début d'agnosie constructive est remarqué.

Latéralité:

Madame L a une latéralité usuelle spontanée et d'utilisation à droite pour les membres supérieurs.

Gnosies:

Madame L a conservé un bon langage. Elle peut s'exprimer facilement et comprend les consignes. On ne note pas d'agnosie visuelle, auditives ni tactiles.

- **La conclusion du bilan psychomoteur**

Madame L présente un **syndrome post-chute** avec une angoisse importante à l'initiative de la marche, une hypertonie oppositionnelle, un déséquilibre postérieur, une réduction significative du périmètre de marche.

On note un **trouble du schéma corporel** avec une inadéquation entre ce qu'elle se croit capable de faire et ses capacités réelles.

La perte de son autonomie a modifié l'image du corps de la patiente. Cette évolution négative de son image n'est pas acceptée. La dépression s'exprime par un **vécu négatif du corps et un retrait psychomoteur.**

Les troubles spatio-temporels sont importantes et laisse madame L sans repères spatiaux ni chronologiques.

- **Le projet thérapeutique**

Il est nécessaire pour madame L de bénéficier d'une prise en charge en psychomotricité afin de minimiser le syndrome post-chute, de favoriser un vécu corporel positif et la prise d'initiative motrice en adéquation avec les possibilités physiques de la patiente.

Madame L participera à l'atelier équilibre hebdomadaire. L'objectif du groupe pour madame L est de favoriser un vécu positif du corps et l'initiative motrice. L'atelier équilibre doit être sécurisant pour madame L afin qu'elle tente de marcher sans trop d'angoisse. Les parcours et exercices psychomoteurs devraient permettre une prise de conscience de la posture et des appuis podaux. Le but est d'amener madame L à réduire la rétroimpulsion.

En outre les stimulations sensorielles et proprioceptives auront pour objectif de replacer le corps comme point de référence dans l'espace. De même l'action volontaire devrait permettre à madame B de s'inscrire dans le temps (projet moteur, anticipation des obstacles, réalisation).

Enfin le groupe permettra à madame B de communiquer avec d'autres résidentes et ainsi de lutter contre l'isolement.

Madame L sera suivie en séances individuelles dans sa chambre. L'objectif à long terme est de réduire les effets physiques de l'angoisse pendant la marche grâce à l'apprentissage de la détente par la relaxation. Les séances se déroulent en deux phases: une phase de détente et une phase dynamique.

La relaxation :

Elle commence par une prise de conscience de la respiration et de la posture. Madame L est invitée à modifier sa posture afin de réduire les tensions musculaires, et à moduler sa respiration en augmentant son amplitude et en diminuant son rythme.

Des mobilisations passives permettent dans un second temps de prendre conscience de l'état tonique du corps et favorisent le relâchement musculaire volontaire.

Des massages sont parfois proposés pour aider à la relaxation.

La phase dynamique :

Je propose à madame L de se lever et de marcher quelques mètres. Je recherche la prise de conscience de la posture, du déroulement de la marche, de la respiration et des tensions musculaires en station debout et pendant la marche. Il s'agit de modifier ces paramètres afin de réduire les risques de chutes liés à l'angoisse de la patiente.

Le fait de mettre en acte puis avec mon aide en mot son opposition est positif dans le sens où il replace madame L en tant que sujet désirant et actif.

Madame L participe toujours au groupe équilibre que j'anime. Dans ce cadre nos relations furent moins conflictuelles. Cependant avant d'arrêter la prise en charge individuelle madame L refusait toujours de me regarder et me parlait peu. Désormais la communication est rétablie. Madame L me parle de nouveau et m'accueille avec un sourire et non plus un regard fuyant. Mes propositions sont acceptées sans réticence et un travail en psychomotricité est désormais possible au sein de l'atelier équilibre. La confiance est rétablie entre nous.

Madame L prend désormais plus de plaisir à participer au groupe équilibre. Elle rit et participe aux conversations. Parfois même elle fait de l'humour. Lorsque l'on vient la chercher dans sa chambre, elle nous accompagne avec plaisir. Il y a quelques mois, il fallait insister pour la faire venir, elle disait être fatiguée et vouloir dormir. Les jeux en groupe et les exercices psychomoteurs sont bénéfiques et plaisants pour madame L. **Elle est plus attentive et participe d'avantage corporellement et verbalement.** Contrairement au début de l'année, elle ne s'endort plus pendant des séances. Elle observe attentivement lors des parcours le passage des autres patientes et ébauche les gestes en même temps qu'elles. Madame L anticipe donc son passage et le prépare en élaborant un projet moteur. Elle se déplace d'elle-même vers la ligne de départ du parcours. **Madame L a envie de participer** à l'échauffement, aux exercices et aux parcours. Il suffit désormais de l'accompagner dans ses réalisations lorsqu'elle est en difficultés.

La marche reste cependant une grande source d'angoisse, la rétropulsion est importante. Les difficultés sont surtout visibles lors du passage de la position assise à la position debout. Madame L retombe en arrière lorsqu'elle tente de se lever car tout le poids de son corps repose sur ses talons et le torse est rejeté en arrière. La marche entre les barres demeure possible sans menace de chute.

L'apprentissage des praxies nécessaire au maniement du fauteuil roulant est difficile. Cependant des progrès sont remarqués.

Madame L voit sa maladie d'Alzheimer progressée. Des troubles du comportement et des idées de persécutions sont aujourd'hui très présents. La montée de l'angoisse rend sa vie quotidienne difficile puisqu'elle refuse d'être seule plus de quelques minutes. La prise en charge en individuelle avec comme médiateur la relaxation prenait sa problématique de front. C'est pourquoi elle n'a pu être supportée par la patiente. **Le groupe est très porteur pour cette patiente.** Les encouragements des autres résidentes, la réussite des exercices, et notre présence la rassure et la porte. **La diminution de l'angoisse lors de l'atelier équilibre devrait permettre de réduire la rétropulsion lors des transferts et de la marche.**

3-3- Etude de cas de madame J

3-3-1- L'histoire personnelle

- L'anamnèse

Madame J est née le 21 juin 1918, elle a aujourd'hui 86 ans. Elle fût abandonnée à l'âge de 4 mois et fût élevée dans un orphelinat. Elle se maria et eut deux enfants. Madame J exerçait chez elle le métier de couturière.

Son mari est décédé il y a une dizaine d'années. A la suite d'un triple pontage et d'une chute, l'état de santé de celui-ci se dégrade progressivement et il devient dépendant. Il reste cependant à son domicile et Madame J l'assiste jusqu'à la fin de sa vie. Don décès semble avoir de ce fait été un soulagement pour elle.

Elle est décrite par sa belle-fille comme une femme exigeante, casanière et solitaire. Madame J est très organisée (chaque chose a sa place). C'est une femme de caractère qui n'a pas sa langue dans sa poche. Elle demeure cependant de compagnie agréable.

- Les chutes

Madame J a vécu seule dans sa maison pendant plusieurs années. En 2001 elle chute et demeure durant plusieurs heures au sol sur le côté gauche. C'est sa femme de ménage qui à son arrivée la découvre et appelle les secours. Elle est alors hospitalisée. L'immobilisation forcée a entraîné une perte de mobilité du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche. Madame J devient dépendante pour les activités quotidiennes et marche à l'aide d'un

déambulateur. Ses enfants décident alors de la placer en maison de retraite en janvier 2002. Madame J refuse ce placement et à force d'obstination obtient de retourner chez elle en mai 2002.

Elle chute de nouveau à son domicile et est placée définitivement à la maison de retraite en octobre 2002. Madame J refuse toujours ce placement et vit très mal la vente de sa maison qui lui interdit à jamais le retour à son domicile.

3-3-2- Les bilans

- L'autonomie

Madame J est aujourd'hui dépendante quant aux transferts et aux déplacements. Elle est aidée pour la toilette surtout du bas du corps. Elle demeure autonome pour l'alimentation. Madame J sait très bien utiliser le téléphone et la sonnette d'appel. Elle gère l'élimination des fécès même s'il est nécessaire de l'accompagner aux toilettes. Madame J tient des propos cohérents et est totalement lucide. Elle prend soin d'elle et de son confort.

- Le bilan médical

Madame J présente une cyphose et une scoliose importantes. Elle est donc très voûtée et son dos est douloureux.

Elle a en outre de l'arthrose au niveau des membres inférieurs.

- Les fonctions cognitives

Madame B obtient un score de 19 sur 30 au MMS au mois d'avril 2005. L'orientation dans le temps, l'apprentissage, le rappel et le langage sont bons. L'orientation dans l'espace est déficiente. Les praxies constructives n'ont pu être évaluées car madame J refuse de reproduire les figures. L'attention est déficiente cependant il est possible que madame J n'ait jamais su véritablement compter, c'est pourquoi cet item aurait échoué.

3-3-3- Le bilan psychomoteur

- Les items du bilan

Tonus:

Madame J est hypertonique que ce soit aux niveaux des membres ou de l'axe. Son hypertonie est plus importante du côté gauche. Elle présente de nombreuses paratonies lors des mobilisations passives.

Latéralité:

Madame J a une latéralité d'utilisation à droite pour les membres supérieurs. L'hypertonie plus importante du bras gauche ne semble pas indiquer une latéralité tonique périphérique à gauche mais serait plutôt le résultat d'un manque d'amplitude articulaire liée à sa non-utilisation.

Coordinations digitales:

Elles sont efficaces. Cependant on note une difficulté d'utilisation de la main gauche avec notamment une force musculaire réduite et des tremblements. Madame J utilise assez peu au quotidien sa main gauche. Ses gestes sont précis et efficaces mais lents.

Coordinations de dynamique générale:

Madame J bouge peu, elle est en fauteuil roulant et ne marche qu'en présence du personnel lorsqu'on le lui demande. Madame J refuse depuis peu de marcher à l'aide du déambulateur, elle utilise désormais des cannes tripodes. La marche se fait à petits pas glissés et demande nécessairement un appui des deux mains. Lors de la marche son hypertonie est renforcée au niveau des membres supérieurs, il en résulte au bout de quelques minutes des douleurs dans les bras et les épaules. La jambe gauche reste souvent en arrière avec la pointe du pied tournée vers l'extérieur ce qui multiplie le risque de chute par accrochage. Cette difficulté est particulièrement visible lors des retournements, le pied gauche demeure

quasiment immobile et c'est la jambe droite qui effectue le mouvement par de nombreux petits pas. Son équilibre statique est bon, elle peut tenir plusieurs secondes sans se tenir.

Schéma corporel et image du corps:

Madame J réussit l'épreuve de somatognosie sans difficulté.

Cependant dans l'action elle utilise peu son côté gauche. Ce fait repose en partie sur des difficultés physiques liées à sa chute. Cependant la rééducation lui a permis de récupérer une certaine mobilité. Cette négligence est particulièrement visible lors de la marche, la jambe gauche est comme oubliée dans ce schème moteur. Alors que lorsque je lui demande d'avancer sa jambe gauche, elle est physiquement capable de le faire même si l'efficiace est moindre par rapport au côté droit. Mais madame J refuse d'admettre ses améliorations. Que ce soit pour la marche ou les praxies en générale madame J ne sera satisfaite que lorsqu'elle retrouvera ses capacités antérieures à la chute, ce qui est désormais impossible. Nier ses capacités motrices est peut-être pour cette dame le moyen de justifier son institutionnalisation.

En outre madame J ne fait plus confiance à son corps. Le vécu traumatisant des chutes est encore très présent dans ces verbalisations. Elle a très peur de chuter de nouveau et préfère réduire son activité que de prendre le risque de tomber encore une fois. Son attitude d'agrippement et son hypertonie renforcée en position érigée sont les signes physiques d'une angoisse importante.

Temps:

Madame J se repère bien dans les moments de la journée et de la semaine en fonction de ses activités. Par contre elle ne sait pas me donner l'année en cours, ni le mois. Elle regarde dehors pour voir le temps qui fait afin de trouver la saison. Madame J vit au jour le jour et ne se projette pas dans l'avenir. Ainsi pour elle, l'année, la saison ou le mois n'ont pas d'importance.

Espace:

Madame J vit dans l'espace limité de sa chambre. Elle n'aime pas se balader et ne sort de sa chambre que pour les activités à condition d'être accompagnée. Même au sein de sa chambre l'espace est peu investi, tout ce dont elle a besoin au cours de la journée est placé devant elle sur sa table.

L'organisation et l'orientation de l'espace sont efficaces. Madame J se repère parfaitement au sein de la maison de retraite.

- La conclusion du bilan psychomoteur

Madame J présente **un trouble du schéma corporel** avec une **négligence du côté gauche** lors des praxies et notamment du schème de la marche.

En outre madame J n'a pas pris conscience de ses capacités praxiques réelles suite à sa rééducation. **Son corps est péjoré et le côté gauche moins efficace est surinvesti dans son image du corps.**

Madame J souffre d'un **syndrome post-chute** avec une angoisse lors de la marche, et l'idée obsédante de tomber de nouveau. En résulte **une inhibition psychomotrice importante.**

- Le projet thérapeutique

Madame J est suivie en séances individuelles et en groupe au sein de l'atelier équilibre. L'objectif est d'une part de **consolider les capacités motrices** de madame J par l'entraînement et l'exercice et d'autre part de lui faire **prendre conscience de ses capacités réelles** afin qu'elle les utilise au quotidien. Le but final étant de **réduire sa dépendance tant physique que psychique.**

L'atelier équilibre permet à madame J de s'exercer aux transferts et à la marche dans un cadre sécurisant. Les exercices et parcours sont l'occasion pour madame J **d'apprendre les**

schèmes moteurs nécessaires lors des déplacements. On insiste sur la prise de conscience de son côté gauche et la stimulation de celui-ci lors de l'activité motrice.

Les séances individuelles se déroulent dans la chambre de madame J. Cette patiente demande à retrouver une autonomie plus grande dans sa vie quotidienne. Elle souhaite pouvoir se retourner dans son lit, aller aux toilettes seule, etc... **Les séances individuelles se basent donc sur ses situations concrètes.** Elles reprennent les exercices de transfert et de marche de l'atelier équilibre mais dans le cadre de la chambre de madame J. L'objectif est donc de "**décloisonner**" les **apprentissages moteurs**. En effet madame J est capable de se lever du fauteuil et de marcher sans aide lors de l'atelier mais ne sait réutiliser ses acquis dans sa vie quotidienne.

3-3-4- L'évolution de la prise en charge

Madame J investit les séances. **Une relation de confiance s'est établie** progressivement. Même si madame J est souvent opposante en début de séance, il suffit en générale de quelques minutes de discussion pour débloquer la situation. En fin de séance, madame J est contente d'avoir participé et me quitte avec le sourire.

Madame J présente une **évolution en dent de scie**. Des périodes d'amélioration et de régressions se succèdent en fonction de difficultés médicales (escarres aux talons des pieds, torticolis) et de son moral (humeur dépressive, refus de faire: "à quoi bon?").

Madame J marche dans l'ensemble mieux, ses pas sont plus longs et plus hauts. Cependant **sa jambe gauche reste peu mobilisable** dans le schème de la marche. Un climat de confiance a permis de **multiplier les expériences** qui apparaissaient d'abord impossibles à madame J (comme le fait de s'allonger seule dans son lit, de se retourner et de relever seule), **elle a réussi à dépasser sa peur**. Madame J nie toujours ces améliorations, il semble que pour elle se soit un moyen de défense psychique, c'est pourquoi je n'insiste pas sur ce point. Malgré ses négations madame J est heureuse lorsqu'elle réussit un exercice proposé.

Les parcours en **fauteuil roulant** sont un exercice intéressant pour madame J. En effet ils lui permettent de prendre conscience de concrètement qu'elle utilise peu sa main gauche (puisque le fauteuil tourne au lieu d'aller tout droit). Elle se corrige avec nos indications.

Madame J a encore des difficultés à intégrer le fonctionnement du fauteuil notamment dans les tournants ou les demi-tours. La dissociation des deux hémicorps est difficile. Cependant les déplacements en fauteuil lui demandent beaucoup d'effort et **cet apprentissage n'est pas autant investi que la rééducation à la marche**. Sa demande demeure toujours et uniquement de "retrouver son équilibre" et "de marcher comme avant".

Au fil des séances individuelles, j'ai proposé à madame J des **moments de détente**. Des massages du cou, des épaules et des mains lui sont proposés. D'abord indifférente ("si ça peut vous faire plaisir"), madame J investit de plus en plus ces moments. Elle se met désormais seule de la crème sur les mains. **Madame J exprime à cette occasion un vécu positif de son corps**.

DISCUSSION

1- La chute et l'inhibition psychomotrice

1-1- De la chute à la passivité

Les patientes que j'ai suivies pendant cette année ont toutes chuté au moins une fois. Que la chute soit récente ou ancienne, **cet événement est traumatisant**. Il marque le parcours de la personne et bien souvent **l'on distingue un avant et un après la chute**. C'est dire l'importance de celle-ci chez la personne âgée.

La conséquence à plus ou moins long terme de celle-ci fût pour mes patientes la perte progressive de la marche du fait de conséquences physiques (douleurs, alitement), de l'angoisse (phobie de la marche) et bien souvent des deux. Toutes ces personnes sont désormais en fauteuil roulant et sont dépendantes pour les déplacements et les transferts. Mais si la marche est empêchée dans son aspect mécanique, **ce qui fait le plus défaut chez les personnes chuteuses est l'initiative motrice**.

Les personnes âgées renoncent facilement à la marche. **Si la personne réussit à remarcher, elle prend le risque de chuter de nouveau**. La personne âgée préfère donc souvent se priver d'une autonomie plus grande que d'être confrontée de nouveau à ce risque. De même, si la cause principale de la chute n'est pas résolue, les difficultés persistent et la marche ne peut se rééduquer.

C'est ce qu'illustre le cas de madame J. Cette patiente, comme nous l'avons précédemment évoqué, est en demande de rééducation afin de retrouver son autonomie. Mais elle refuse d'accepter ses progrès. Elle ira jusqu'à nier parfois l'évidence. Après s'être levée sans aide du fauteuil, après avoir marcher avec ses cannes tripodes sans aide de ma part, elle affirmera ne pas pouvoir faire ses actes seule, "mais vous m'avez aidé!". Pourtant l'attitude de madame J, ses sourires et sa joie traduisent le contentement qu'elle éprouve à effectuer les actes de la vie courante sans aucune aide "mécanique" au cours des séances. Je précise sans aide "mécanique" car effectivement j'ai aidé madame J. Ma présence, mes propos rassurants et mes conseils sont une aide précieuse voir indispensable. Mais le problème de fond qui est l'acceptation de son placement définitif n'est pas résolu. Marcher sans la présence d'une autre personne est impossible.

1-2-Les conséquences psychomotrices de la passivité

La perte de l'initiative de la marche peut bien souvent s'étendre à tout le domaine de l'initiative motrice. Or le mouvement est à la base de l'édification des items psychomoteurs, de l'interaction avec l'environnement, de la construction de la personnalité, et de l'édification des représentations mentales. **La passivité de la personne âgée a donc des conséquences bien au-delà du domaine moteur.**

-Le schéma corporel:

Le schéma corporel est "déstructuré par l'immobilité du fait de la perte du peu de repères kinesthésiques et proprioceptifs." (VERDOIT cité par CHAUMONT V., 1997). La réduction de la motricité induit une diminution des stimulations sensori-motrices sur lesquelles se base le schéma corporel. Ce dernier peut donc s'altérer et rendre d'autant plus difficile la récupération de l'efficacité et de l'aisance motrice.

-L'image du corps:

Le corps est désinvesti ou surinvesti négativement. Il n'est plus le support de l'être mais celui trahit, se dérobe et ne soutient plus. "Comment maintenir des attachements positifs avec ce corps qui fait défaut?" (MONDANGE L. et CHAUMONT V., 2001, p 220). L'espace bas du corps devenu "inutile" en fauteuil est particulièrement désinvesti. Les personnes âgées emploient parfois des termes très forts qui traduisent le rejet de leur propre image. Ainsi madame L me dira lorsque je lui demande de dessiner une personne "je suis vieille, grosse et moche!". Le corps est au centre des préoccupations. Qu'il soit ignoré ou surinvesti, il est la voix privilégiée par laquelle le sujet exprime sa souffrance ou son mal-être.

-L'espace et le temps:

L'action inscrit la personne dans l'espace et le temps. Le geste se fait dans un cadre spatial et temporel, il fait intervenir les notions de distance, de vitesse et de durée.

Madame B se repérait convenablement dans l'espace de la maison de retraite lorsqu'elle était autonome pour ses déplacements. Aujourd'hui elle est déplacée en fauteuil de sa chambre à la salle de repas ou à la salle d'activité. Depuis qu'elle ne participe plus activement à ses déplacements, une désorientation spatiale apparaît, elle ne sait plus décrire le chemin qui mène à l'emplacement de l'atelier équilibre. Il a suffi de lui faire parcourir le chemin activement pour que madame B retrouve des repères spatiaux.

La réduction du périmètre d'action fait que l'espace investi par les personnes se limite progressivement. D'abord limité à la maison de retraite, il se réduit à l'étage de la chambre, puis à la chambre et enfin au fauteuil. Le sentiment d'insécurité inhibe les personnes à un espace réduit sécurisant.

"La notion d'écoulement du temps disparaît lorsqu'on ne s'écarte pas de ses habitudes. Demain ressemble à aujourd'hui qui ressemble à hier." (CHAUMONT V., 1997). C'est ainsi que madame J qui ne présente pas d'altération des fonctions cognitives ne connaît ni le mois ni l'année en cours. Le temps s'écoule dans l'indifférence, aucun projet ne vient marquer le cours du temps.

-L'interaction avec l'environnement:

La marche est un moyen d'être interactif avec l'environnement et en communication avec l'entourage. Ainsi la perte de la marche et la réduction du périmètre d'action isole la personne âgée. La rééducation de la marche ou l'acquisition de moyens de suppléance n'ont de valeur que si la personne trouve un but à atteindre lors de ses déplacements.

- Les coordinations et les dissociations:

C'est à travers l'action et la répétition que les schèmes moteurs s'automatisent et que l'efficacité motrice devient plus importante. La passivité entraîne rapidement chez la personne âgée une diminution de la force musculaire, de l'amplitude articulaire et la perte des automatismes moteurs. Les gestes sont moins précis, moins efficaces.

A travers ses attitudes et sa prise en charge le psychomotricien essaye de minimiser l'inhibition psychomotrice et ses conséquences.

2- L'attitude du psychomotricien

2-1- Notions de transfert et de contre-transfert

Le transfert "désigne en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué." (LAPLANCHE et PONTALIS, 2002, p 492).

Le contre-transfert est défini par "l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci" (Op.Cit, p 103).

CARRIC précise "qu'il est important de souligner qu'en rééducation psychomotrice, il existe des éléments transférentiels propres au champ d'action du psychomotricien." (2001, p 191). Le transfert et le contre-transfert en psychomotricité ne font pas l'objet d'une interprétation. Il est cependant nécessaire d'avoir conscience de ces phénomènes car le thérapeute comme le patient apportent avec eux leurs histoires, leurs désirs et leurs 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.

En effet, travailler auprès de personnes très âgées et souvent en souffrance peut entraîner de nombreux **sentiments et réactions parfois inconsciemment agressifs envers le sujet âgé.**

2-2- Le rapport à la mort

La personne âgée nous renvoie bien souvent aux souvenirs des personnes âgées de notre famille décédées, à la crainte de voir nos parents vieillir ou même aux appréhensions de notre propre mort. "Approcher le vieillir... c'est aussi évoquer pour nous-même la crainte de la mort" (MESSY J., 1992, p 21).

Or cette réalité nous tentons de l'ignorer, "le vieillissement concerne le vieux, et comme de toute façon le vieux c'est l'autre...! Nous sommes hors d'atteinte du temps" (Op.Cit, p 23).

L'agressivité est souvent le mécanisme de défense mis en place devant une réalité qui nous refusons. Elle s'exprime à travers la **surprotection** ou le **déni**.

Ces sentiments se retrouvent dans l'entourage et chez les soignants lorsqu'un résident chute. Si un enfant ou un adulte chute, l'entourage peut en rire. Mais ce n'est absolument pas le cas pour un sujet âgé. "Est-ce qu'on la perçoit plus fragile? La chute vient-elle signifier la mort à nos yeux? Nous ne le savons pas, mais les émotions sont bien différentes" (MODANGE L. et CHAUMONT V., 2001, p 222).

2-3- Les réponses inadaptées

- la banalisation et la surprotection

Les sentiments vont de la banalisation à l'exagération du danger pour l'entourage. "A chaque extrême, la personne qui a chuté n'est pas entendue pour elle-même et par rapport à son vécu." (Ibidem). Le personnel, lui, porte la culpabilité des chutes. Peut alors apparaître une surprotection. "Mais nous n'avons pas toujours le temps de prendre le temps alors nous formulons des interdictions supplémentaires." (Op.Cit., p 223). La contention peut paraître la solution à ce problème épineux. Elle déculpabilise le personnel qui a fait en sorte de mettre la personne hors du danger des chutes, et ce sans qu'il y ait besoin d'une surveillance de tous les instants.

En général les mesures prises par l'entourage ou le personnel même si elles ne sont pas aussi frappantes que la contention **réduisent l'espace de vie du sujet âgé et ses activités**. Et de ce fait, elles **réduisent sa volonté d'agir et la précipitent vers l'inhibition psychomotrice**. Ainsi l'on se protège soi de ses propres sentiments parfois au dépend de la personne que l'on tente de protéger. Comment faire accepter aux personnes âgées leurs images, et leur condition lorsque soi même on ne le peut?

- La projection sur la personne âgée de nos propres désirs

Lorsqu'un psychomotricien décide de prendre en séance de psychomotricité un patient, il définit un projet thérapeutique objectifé par un bilan psychomoteur qu'il soit d'observation ou basé sur des tests.

Mais il se base aussi sur ses propres sentiments, sur ce que lui évoque le patient. Il imagine le déroulement d'une séance et une possible évolution.

L'écueil est alors de projeter ses propres désirs. Ceci d'autant plus qu'il est difficile de s'identifier à un sujet âgé. Car si nous avons tous été enfants et que nous nous mettons volontiers à leur place, nous ne pouvons trouver dans nos souvenirs les peurs et préoccupations de la personne âgée. Même si nous tentons de les comprendre "on se place

toujours à « la place de » en fonction de repères personnels qui ne sont pas forcément ceux de la personne concernée." (BERTIN E., 1999, p 62).

En outre "si l'on se réfère aux codes sociaux dominants, l'identification au corps d'un sujet âgé est difficile. Cet état de fait peut entraîner une négation du corps, et par la même une négation de la personne et de sa souffrance" (Op.Cit., p 60).

Il est donc essentiel de cerner le désir de la personne âgée et de ne pas lui imposer ce qui nous semble bon pour elle. Il faut partir de ses envies, de ses centres d'intérêt. La psychomotricité s'adresse à la personne dans sa globalité, elle prend en compte la personnalité du patient, son histoire, ses affects, ses éventuelles pathologies et enfin ses troubles psychomoteurs. Le moteur d'une prise en charge est le plaisir.

Lors de la prise en charge de madame L, je pense avoir ignoré son désir et sa problématique. Je lui ai en quelques sortes imposées une rééducation de la marche basée sur la gestion de son angoisse au lieu de lui proposer un autre moyen que la marche pour entrer en communication avec les autres. Mon désir était de trouver le moyen de lever pour cette dame la contention. Et ma solution fût de la rendre de nouveau autonome pour la marche. Mais ce souhait n'était pas celui de madame J, qui elle ne désire qu'une chose: ne pas être seule.

- La dépendance

Je souhaite aborder pour finir la distinction entre personnes autonomes et personnes dépendantes.

Ces deux notions sont souvent confondues pourtant elles sont bien distinctes.

ENNUYER définit la perte d'autonomie comme "une incapacité et/ou une interdiction à une personne de choisir elle-même les règles de sa conduite" (cité par BOUATI N., 1999, p 87).

La dépendance concerne la capacité à effectuer des conduites concrètes.

Ainsi une personne dépendante peut être autonome quant à ses choix personnels.

En maison de retraite la vie en communauté implique de se plier à certaines règles telle que l'heure des repas, l'heure des douches etc... il n'en demeure pas moins que la personne

garde la possibilité de gérer sa vie comme elle l'entend à propos d'options élémentaires de la vie quotidienne ou de choix existentiels à partir du moment où ces choix n'impliquent que sa personne.

Si ce fait apparaît assez évident pour les personnes non dépendantes, il est moins aisé pour les personnes dépendantes. Ainsi il est fréquent que le personnel ou l'entourage prennent des décisions à la place du sujet âgé. La compassion éprouvée pour une personne dépendante et l'envie de l'aider ne doit pas nous donner le droit de se substituer à ses désirs et jugements.

Ainsi il est primordial en psychomotricité de **prendre la décision d'une prise en charge à deux: le thérapeute et le patient** doivent y consentir. Le patient doit y trouver un intérêt et y prendre du plaisir.

2-4- Quelles réponses apportées?

A mon arrivée j'ai refusé la contention comme le fait de "laisser ces personnes âgées tomber". Mais dans ce cas quelle solution apportée?

- L'écoute et la compréhension du sens de la chute

Les nombreux articles traitant de la chute chez la personne âgée s'articulent en général de la même manière: ils listent les causes diverses et multiples des chutes, puis les conséquences puis terminent sur des exemples de rééducations de la marche et de la prévention. C'est d'ailleurs sur ce plan que j'ai basé ma partie théorique. Mais aucun ne répond véritablement à la complexité de la prise en charge de la personne âgée chuteuse car **chaque cas est unique. La chute s'inscrit dans l'histoire du patient, elle prend une place et un sens particulier** en fonction de chaque personnalité, de la réaction de l'entourage et des professionnels. BETEND, EYNARD, JOURDAIN et ROOS concluent ainsi leur article à ce sujet: "Il est sans doute provocateur de conclure en disant: «laisser les tomber»; il ne s'agit pourtant pas là d'exprimer le caractère inéluctable de la chute des vieillards, mais plutôt notre certitude qu'elles doivent être l'occasion d'une écoute, d'une reprise de sens, d'une réinscription dans l'historicité du sujet, d'un réel accompagnement." (1995, p 71).

- Les investissements secondaires

Il me paraît ici important de reprendre le point de vue de MESSY d'après lequel le vieillissement est un processus qu'on retrouve du "début à la fin de sa vie. Il est fait d'une succession de pertes et d'acquisitions" (1992, p 26). Vieillir n'est pas une maladie, c'est un événement inhérent à chaque être vivant, une réalité impossible à contredire.

La pathologie se retrouve dans la vieillesse comme nous le décrit J. Messy, c'est à dire lorsque les acquisitions ne font plus la balancent avec les pertes. La chute peut ainsi être "une perte de trop" qui fait basculer le vieux dans la vieillesse. La psychomotricienne comme tout le personnel aura alors pour tâche de repérer ce glissement vers la pathologie, d'en discuter avec la personne âgée et de l'amener à investir de nouveau des acquisitions.

La chute est un événement que l'on retrouve tout au long de la vie. Un petit enfant qui apprend à marcher tombe, la chute marque souvent les apprentissages des activités motrices tels que le vélo ou le patin à roulettes. Si elle n'est pas vécue comme un drame, c'est parce que l'enfant ou l'adulte se relèvent. C'est dans cette image symbolique que "la chute ne doit plus être considérée sous l'angle du vide et de la perte, car elle est en soi un processus de renouvellement." (PONTON G., 1998, p 4). **L'important est donc d'apprendre et d'aider la personne âgée à se relever que ce soit dans le sens physique du terme ou dans le sens psychique.**

Ce point de vue ne m'est pas apparu évident au commencement de mon stage. J'avais alors comme objectif premier de refaire marcher les résidents qui étaient en train de perdre cette autonomie. Comme si le fait de marcher de nouveau était la solution à toute la souffrance de ces personnes. Ce n'est qu'au fil des séances que j'ai saisi le sens de la chute pour les patientes en fonction du contexte et de leurs histoires personnelles; j'ai ainsi pu proposer des investissements secondaires en accord avec leur désir.

- Exemples de cas cliniques

Le cas de madame J illustre bien la notion de réinvestissement ou plutôt son absence. Cette résidente, rappelons le, est entrée à la maison de retraite à la suite d'une chute qui a provoqué chez elle une perte de la mobilité d'un hémicorps.

La rééducation a permis de récupérer une certaine mobilité et efficacité motrice. Madame J peut marcher même si cela la fatigue. Mais elle affirme ne pas pouvoir. Madame J a ainsi une demande paradoxale: elle veut bénéficier de rééducation tout en disant que ça ne sert à rien.

Dans l'histoire personnelle de madame J **la chute a pris le sens de la perte de la marche et pour conséquence la perte de son domicile.** Perte dont il lui est toujours impossible de faire le deuil. Madame J refuse son placement en maison de retraite et de ce fait n'investit pas les activités qui lui sont proposées dans ce lieu. Tant que ce deuil ne sera pas véritablement fait, madame J ne pourra accepter ses capacités motrices retrouvées. En effet je suppose que pour cette résidente **sa dépendance justifie son placement.**

Ainsi même si grâce à l'action conjointe de la kinésithérapie et de la psychomotricité Madame J conserve et même renforce ses capacités motrices et notamment la marche, il n'en reste pas moins que madame J ne réinvestit pas positivement son corps et ne se "remet pas" de sa chute. Elle répète sans cesse qu'elle ne retrouvera jamais son équilibre. A cela s'ajoute l'angoisse de la rechute qui sera évoquer dans la deuxième partie de la discussion.

Le cas de Madame L est un autre exemple. Elle a chuté plusieurs fois, et perd progressivement le schéma de la marche. **L'apparition des premières chutes coïncident avec le départ de la maison de retraite d'un ami proche de madame L** en mai 2004. Cet homme la stimulait, ils étaient très amis et passaient beaucoup de temps ensemble. Le comportement impulsif et parfois violent de ce résident n'était plus compatible avec le fonctionnement de la maison de retraite, il a dû partir.

Madame L présente une démence sénile de type Alzheimer. "La maladie d'Alzheimer (...) concerne aussi l'ensemble de la vie psychique" (POCH B., CINQ-FRAIX S., 2003, p C23), elle entraîne "une régression ou une désorganisation du moi" (Ibidem). Chez madame L, cela s'exprime par une demande permanente de compagnie. Elle ne supporte pas être seule. "L'angoisse est un élément central dans la démence.(...) Le sujet vit dans un contexte d'abandon (...) centré sur l'oubli de soi par l'autre" (Op.Cit, p C24). **Les chutes à répétition peuvent s'interpréter comme un trouble du comportement exprimant par l'acte l'angoisse et la souffrance de cette patiente, mettant en scène la crainte d'être oublié.** Le personnel ne peut répondre à ses sollicitations permanentes et ignore parfois ses appels

angoissés. C'est alors que madame L se lève seule et bien souvent chute. Les chutes ont pour madame L le sens d'un appel, d'une sollicitation aux personnes qui l'entourent. Madame L veut marcher car pour elle c'est le moyen non pas de conserver son indépendance mais d'aller vers l'autre. **L'aide à la marche peut s'interpréter comme un moi auxiliaire.**

La prise en charge dans le groupe équilibre a pour but de maintenir le plus longtemps possible les acquisitions motrices de cette résidente. Mais c'est aussi et surtout l'occasion pour cette femme de s'ouvrir de nouveau aux autres, de prendre du plaisir dans les activités psychomotrices partagées et de participer aux conversations. Ainsi même si la perte de la marche est inévitable, elle ne marque pas une fin de la personne qui malgré ce fait communique et éprouve du plaisir à bouger en dehors du schème de la marche.

Ces deux cas illustrent bien la singularité de chaque chute et l'importance de replacer celle-ci dans l'histoire personnelle du sujet et son caractère. **Comprendre la personne âgée est évidemment primordiale dans la prise en charge en psychomotricité, cela permet aussi de respecter ses désirs.**

2-5- Conclusion

Pour conclure cette première partie de réflexion, je souhaite vous citer MODANGE L. et CHAUMONT V. **"la démarche psychomotrice nous semble centrée sur le patient âgé comme individu autonome, désirant et avec son libre arbitre."** (2001, p 222).

3- La prise en charge en psychomotricité

3-1- Le climat de confiance

La prise en charge des personnes qui ont chuté se fait bien souvent dans un contexte d'angoisse et de peur voire de phobie de la marche.

Il s'agit avant tout de créer **un climat de confiance**. La personne âgée doit pouvoir oser prendre des initiatives motrices. Il faut qu'elle ait confiance en son thérapeute, qu'elle soit persuadée qu'il ne la laissera pas tomber. Le psychomotricien soutient corporellement; il donne un appui aux mains de la personne âgée qui se met debout ou qui marche. Ce geste doit

être assuré et rassurant. C'est aussi à travers ce dialogue tonique que la confiance s'installe. Lorsque la confiance est présente dans la relation entre le thérapeute et le patient, il est possible d'amener la personne âgée à tenter de nouveau des expériences motrices.

Le psychomotricien joue le rôle de **moi auxiliaire** dans un premier temps. La personne âgée qui a chuté passe par une période de régression. Elle dépend des autres physiquement puisque bien souvent son autonomie est limitée par les conséquences de la chute, mais aussi psychiquement. Le psychomotricien est une béquille sur laquelle la personne doit pouvoir s'appuyer pour se relever.

Cette dépendance n'est qu'une étape. Le psychomotricien n'entretient pas cette dépendance psychique. L'objectif des prises en charge en psychomotricité est l'autonomie du patient. Il faut donner à la personne âgée le sentiment qu'elle peut avoir **confiance en elle**, qu'elle peut être autonome même si la dépendance physique demeure. C'est pourquoi il faut être attentif au désir du patient et porter ce désir. L'approche du psychomotricien est avant tout corporelle. Il va s'employer à rétablir un investissement positif du corps et une **confiance dans ce corps** qui pourtant a trahit. Ce lien avec le corps se retrouve à travers le plaisir corporel et le gain d'une plus grande autonomie. Les patientes que j'ai suivies cette année ne pourront certainement jamais marcher de nouveau sans aide. La prise en charge en psychomotricité n'a pas pour objectif la rééducation de la marche. L'axe de travail est l'acceptation du corps tel qu'il est.

3-2- La notion de plaisir et d'autonomie

Le plaisir est le mettre mot de la prise en charge psychomotrice. Le corps de la personne âgée comme nous l'avons évoqué précédemment est désinvesti ou surinvesti de manière négative. La psychomotricité s'intéresse au corps du patient comme moyen d'expression de l'être et de communication. Il s'agit de redonner au corps un rôle positif et de soutien de la personne.

Pour les personnes dépendantes, **leur redonner la possibilité de faire elle-même est source de plaisir.** C'est ainsi qu'une résidente atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé (elle est aphasique, apraxique et la communication est réduite), aura un sourire lorsque

au cours d'un repas elle réussit à participer au geste qui mène la cuillère à sa bouche. **L'image du corps en est valorisée**, le corps retrouve dans l'action volontaire une raison d'être.

De même, lorsque la situation de groupe permet un véritable travail de groupe, l'ambiance de plaisir est visible malgré les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes âgées. C'est le plaisir d'être ensemble, de communiquer et de participer à une activité motrice commune.

La perte de l'autonomie de la marche ne doit pas marquer la fin de l'initiative motrice et de l'envie d'aller vers l'autre. La mise en place de **moyens de suppléance** permet de maintenir une autonomie suffisante. Les cannes, les déambulateurs ou le fauteuil roulant peuvent être utilisés pour les déplacements autonomes. L'apprentissage de l'utilisation de cet appareillage est un des objectifs de la prise en charge. Afin que la personne investisse ses nouvelles techniques, le deuil de la marche doit être élaboré.

3-3- Redonner un rôle actif au corps

La personne emprunte le geste pour se manifester et communiquer. Le mouvement est à la base de l'édification du schéma corporel. Et c'est à travers son corps et l'action volontaire qu'on construit son image du corps. C'est pourquoi il est primordial d'exploiter les possibilités motrices de chacun.

La personne âgée dépendante est aidée lors des activités de la vie quotidienne (pour la toilette, les changes, les transferts...). Elle n'a plus de rôle actif sur son propre corps et peut de ce fait considérer son corps comme un objet mis à distance. **La psychomotricité donne autant que faire se peut un rôle actif au corps**. L'aide apportée est minimale et adaptée aux difficultés des patients. Le bilan psychomoteur et l'observation au cours des séances permettent de connaître les possibilités du patient et ainsi de les exploiter au maximum au cours des séances sans mettre la personne âgée en échec. C'est toute la difficulté de la prise en charge des personnes dites chuteuses. **Il faut apporter une dynamique et soutenir le geste volontaire sans le créer. Il faut pousser la personne âgée à agir sans la brusquer.**

Les prises en charge en groupe sont dans ce sens très positives. En effet, **le travail en groupe est porteur pour la personne âgée**. Elle voudra faire du mieux qu'elle peut car elle

est regardée et surtout encouragée par les membres du groupe. En même temps voir les difficultés de chacun permet de se rassurer et de ne pas avoir un sentiment d'échec.

3-4- L'adaptation et le respect de la personne

Le psychomotricien doit s'adapter aux évolutions de la personne âgée qu'elles soient d'ordre organique, motrice ou psychologique, qu'elles soient positives ou négatives.. **La prise en charge est dynamique, elle évolue avec le patient.**

Cela paraît évident mais dans la pratique il est parfois difficile de redéfinir un projet thérapeutique moins ambitieux. **Le respect de la personne âgée passe aussi par le respect des éventuelles régressions et des difficultés de la personne.** Croire que l'on peut tout arranger est illusoire et donne de faux espoirs au patient. J'ai appris au cours de ce stage à demeurer humble face au cours de la vie. Ce qui évidemment ne veut pas dire qu'il faille se résigner et ne plus avoir objectif.

Quelle que soit l'évolution, tout changement entraîne une nécessaire adaptation de la personne âgée. Le psychomotricien aide le patient dans ce sens.

3-5- La répétition et le travail d'équipe

L'apprentissage de nouveaux schèmes moteurs pour la personne âgée se fait lentement. **La répétition des schèmes améliore leur intégration et leur automatisation. Elle améliore la perception et l'édification du schéma corporel.**

Madame J présente une évolution aléatoire. Elle investit beaucoup la prise en charge en kinésithérapie basée sur la rééducation de la marche. Lorsque la kinésithérapeute est absente une ou deux semaines, les effets sont immédiatement visibles. Madame J marche moins bien et le transfert se fait plus difficilement. L'entraînement au quotidien est donc indispensable pour maintenir les acquis. C'est pourquoi il est très important d'effectuer un travail à long terme et régulier auprès de cette population.

Le travail d'équipe est alors indispensable. **Les schèmes en cours d'acquisitions ou déjà acquis doivent être utilisés au cours de la vie quotidienne de la personne âgée.** Les

personnels de soin doivent être informés des évolutions qu'elles soient positives ou négatives afin d'adapter leur pratique. Lorsqu'une personne âgée grâce au travail de rééducation peut de nouveau marcher, il est nécessaire que les aides-soignants ou agents de service hospitalier sollicitent le résident et réduisent l'aide apportée.

En outre, **ce lien entre les différents professionnels permet de "décloisonner" les domaines d'acquisition.** En effet, la personne âgée associe souvent une personne à un lieu et à une fonction. Madame J a mis par exemple plus de deux semaines pour se rendre compte que j'animais l'atelier équilibre et ses séances individuelles.

Les progrès faits à l'atelier équilibre ne sont d'aucune utilité s'ils se cloisonnent uniquement à l'espace sécurisant de l'atelier. C'est pourquoi je pense que les séances individuelles en chambre dans le cas des chutes sont importantes. Ceci d'autant plus que les chutes surviennent généralement dans la chambre ou la salle d'eau des résidents. Ce lieu peut alors devenir insécurisant.

3-6- Les limites du travail et l'importance de l'équipe

Le travail d'équipe en maison de retraite permet à chaque professionnel de faire part des limites de sa professions et de solliciter d'autres professions plus compétentes dans certains domaines. J'ai évoqué précédemment le fait que la psychomotricienne puisse être appelée pour des bains ou des repas lorsque ceux-ci mettent l'équipe de soin en difficulté. De même, le psychomotricien peut faire appel aux kinésithérapeutes lors qu'un travail de rééducation est nécessaire, aux médecins pour des questions médicales ou au psychologue lorsque des entretiens psychologiques sont plus adaptés.

Enfin la mise en commun des différents points de vue permet une vision globale de la personne.

Travailler auprès des personnes âgées est difficile. La problématique est complexe et bien souvent les progrès minimes. En outre, le personnel est souvent confronté à la souffrance des personnes et à la mort. Tous ces aspects peuvent renvoyer aux **limites cette fois personnelles de chacun.** Une équipe solidaire et qui communique peut certainement permettre de mieux vivre les moments difficiles et de mieux apprécier les bons moments, qui sont nombreux!

CONCLUSION

Une chute n'est jamais anodine pour une personne âgée. C'est un événement traumatisant même s'il ne paraît pas de prime abord exceptionnel. Il touche la personne dans sa globalité et peut précipiter la personne âgée dans la sénilité. Elle symbolise les difficultés adaptatives de la personne âgée aux changements inhérents au vieillissement.

La chute est souvent vécue comme une trahison du corps envers l'identité de la personne. Il n'est plus le support de la motricité volontaire ni de l'individu en tant que personne désirante et autonome. L'image du corps est péjorée. L'inhibition psychomotrice traduit par les actes, ou plutôt par leur absence, le désinvestissement du corps. La passivité, l'absence de stimulations kinesthésiques et proprioceptives déstructurent le schéma corporel. Des difficultés pratiques apparaissent dans la vie quotidienne et renforcent la dépendance. En outre, la personne âgée qui a chuté est souvent dépressive. Elle s'isole et se coupe du monde extérieur. Une désorientation temporo-spatiale peut alors apparaître car la personne âgée n'a plus de repères. La passivité met à distance le corps, celui-ci peut alors être perçu comme un objet lointain, inutile et douloureux.

Le psychomotricien a pour objectif thérapeutique d'amener la personne âgée à réinvestir son corps psychiquement en revalorisant son image du corps et physiquement en prenant des initiatives motrices.

Le psychomotricien établit une relation basée sur la confiance et le respect avec la personne âgée. Il cherche à comprendre le sens qu'à pris la chute dans l'histoire personnelle et corporelle du patient. C'est en prenant le temps d'écouter, en respectant le désir du patient et ses défenses que la relation place le patient en tant que sujet autonome et désirant.

La relation peut en outre l'aider à dépasser sa crainte de la chute et son inhibition. Le patient doit pouvoir comprendre l'objectif des prises en charge et y adhérer. Sa participation corporelle et son investissement psychique sont essentiels pour l'évolution des prises en charge. Le travail du psychomotricien repose sur la prise de conscience des possibilités motrices de la personne. Il aide le patient à découvrir ses capacités et le porte dans son envie

d'agir de nouveau. L'accent n'est pas mis sur les pertes mais sur les possibilités restantes et à découvrir de la personne.

Le psychomotricien a pour projet thérapeutique que la personne âgée récupère au maximum ses capacités motrices afin que sa dépendance soit limitée autant que possible. Il aide en outre la personne âgée à s'adapter aux détériorations progressives des fonctions motrices en lui donnant des moyens de suppléance et la possibilité d'investir d'autres domaines d'acquisitions. Il l'aide à accepter l'image nouvelle de leur corps et les modifications de son schéma corporel.

Le respect de la personne est essentiel. Le psychomotricien part des désirs de la personne âgée pour l'amener à redécouvrir son corps dans l'action volontaire. Une plus grande autonomie est recherchée et le corps reprend sa place dans l'interaction avec l'environnement. La perte du schème de la marche ne marque pas la fin de l'individu. La dépendance physique ne coïncide pas obligatoirement avec la dépendance psychique. C'est ce point de vue que la psychomotricité tente d'apporter à la personne âgée et à l'équipe pluridisciplinaire des maisons de retraite.

REFERENCES BOBLIOGRAPHIQUES

Les ouvrages et les ouvrages collectifs:

- Assistance Publique –Hôpitaux de Paris; 2000; Prévenir la chute de la personne âgée; Ed. Lamarre; Paris; 75 pages
- AUBERT E., ALBARET J.M. ; "Aspects psychomoteurs du vieillissement normal"; In Vieillesse et psychomotricité; AUBERT E. & ALBARET J.M.; 2001; Ed solal éditeur; Marseille; pp 15-33
- BERTIN E.; 1999; Gérontologie, psychanalyse et déshumanisation; Ed L'Harmattan; Paris; 94 pages
- BOUATI N.; 1999; "Chapitre 5: Problématique"; In Chronopsychologie des personnes âgées; Ed L'Harmattan; Paris; pp 81-96
- CARRIC J.C.; 2001; Lexique du psychomotricien; Ed Vernazobres-Grego; Paris; p 191
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.; 1967; Vocabulaire de la psychanalyse; Ed Quadrige/PUF; 2002 (3^{ème} édition); Paris; p 103 et p 492
- MESSY J.; 1992; La personne âgée n'existe pas; Ed Payot & Rivages; 2002 (3^{ème} édition); Paris; 215 pages

- MICRO ROBERT; 1992; Dictionnaire de la langue française; Ed Robert; p 215
- MODANGE L. et CHAUMONT V.; "La chute du sujet âgé: approche psychologique et pratique psychomotrice"; In Vieillesse et psychomotricité; AUBERT E. & ALBARET J.M.; 2001; solal éditeur; Marseille; pp 219-230

Les conférences:

- PONTON G.; 1998; "Une approche psychomotrice de la chute du sujet âgé"; Congrès international de gérontologie francophone; Genève

Les articles:

- BETEND B., EYNARD C.; JOURDAIN A., ROOS C.; 1994; "La chute chez les personnes âgées. Réflexions à propos d'un événement ordinaire..."; In Journal d'ergothérapie; n° 17; pp 66-72
- BROCKER P., CLAIRET S., BENOIT M., ROBERT P.H., 2004, "Inventaire Apathie: évaluation de l'apathie chez les sujets présentant une maladie d'Alzheimer ou un trouble cognitif léger", In La revue de gériatrie, tome 28, n°6; pp 473-480
- CHAUMONT V.; 1997; "Le sujet âgé et la chute: approche psychomotrice"; In Evolution psychomotrice; n°35
- DIBIE-RACOUPEAU F.; 2004; "Diagnostiquer et traiter la dépression"; In Santé mentale; n° 84; pp 30-35

- FAUCHER N., TEILLET L., ROGER M.; 2000; "Troubles de la marche et chute du sujet âgé"; In La revue du praticien; n° 50; pp 1245-1251
- MONFORT J.C.; 2001; "Spécificités psychologiques des personnes très âgées"; In Gérontologie et société, n° 98, pp 159-187
- PFITZENMEYER P., MOUREY F.; 2001; "'Le post-fall syndrome": une forme clinique du syndrome de désadaptation psychomotrice?"; In Médecine physique et de réadaptation. La lettre; n° 59
- POCH B., CINQ-FRAIX; 2003; "Comportement perturbateur ou comportement perturbé? La relation avec le dément"; In La revue de gériatrie; supplément C au tome 28, n°7, ppC23-C26
- THOUMIE P., MEVELLEC E.; 2001; " Physiologie de l'équilibration"; In Médecine physique et de réadaptation. La lettre; n° 59

Les sites Internet

- DEBRAY M.; 2003; Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé;
<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/geria/vieillesse/62/lecon62.htm>
- DELASSUS E., 2004, La vieillesse-le vieillissement,
http://www.psy-desir.com/site/imprimer.php?id_article=950

- A.N.A.E.S.;2000; Prévention des chutes chez les personnes âgées: limiter les risques de la contention physique; http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/RA_LILF-4QGGAC?OpenDocument&Start=1&Count=1000&ExpandView&IdOuvrage=RA_LILF-4QGGAC&Type=Rapport&Prix=&Titre=Limiter%20les%20risques%20de%20la%20contention%20physique%20de%20la%20personne%20%C3%A2g%C3%A9e&Chapitre=ID8&Retour=wPubNames?OpenView

ANNEXES

ANNEXE N°1

Le MMS

Orientation dans le temps

"Quelle est la date complète d'aujourd'hui?"

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- 11 En quelle année sommes-nous ? _____
- 12 En quelle saison ? _____
- 13 En quel mois ? _____
- 14 Quel jour du mois ? _____
- 15 Quel jour de la semaine ? _____

ORIENTATION DANS LE TEMPS • (1 point par réponse juste - maximum : 5 points) Score / 5

Orientation dans l'espace

"Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons"

- 16 Quel est le nom de l'hôpital (de l'établissement, du cabinet) où nous sommes ? _____
- 17 Dans quelle ville se trouve-t-il ? _____
- 18 Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? _____
- 19 Dans quelle province ou région administrative est situé ce département ? _____
- 20 A quel étage sommes-nous ? _____

ORIENTATION DANS L'ESPACE • (1 point par réponse juste - maximum : 5 points) Score / 5

"Je vais vous dire trois mots.

Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir, car je vous les redemanderai tout à l'heure"
"Répétez les trois mots"

- 11 Cigare _____
- 12 Fleur _____
- 13 Porte _____
- (ou citron, clé, ballon)

APPRENTISSAGE • (1 point par mot répété correctement - maximum : 3 points) Score / 3

"Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois?"

- 14 93 _____
- 15 86 _____
- 16 79 _____
- 17 72 _____
- 18 65 _____

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : "Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers?"

Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position, mais ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global

ATTENTION • (1 point par soustraction exacte - maximum : 5 points) Score / 5

"Pouvez-vous me dire quels étaient les trois mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure?"

- 19 Cigare _____
- 20 Fleur _____
- 21 Porte _____

RAPPEL • (1 point par mot rappelé - maximum : 3 points) Score / 3

- 22 Montrer un crayon. "Quel est le nom de cet objet ?" (1 point si la réponse est bonne) _____
- 23 Montrer une montre. "Quel est le nom de cet objet ?" (1 point si la réponse est bonne) _____
- 24 "Écoutez bien et répétez après moi : pas de mais, de si, ni de et" (1 point seulement si la répétition est parfaitement correcte) _____
- 25 Poser une feuille de papier blanc sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :
"Écoutez bien, et faites ce que je vais vous dire":
"Prenez cette feuille de papier avec la main droite" (1 point si consigne exécutée) _____
- 26 "Pliez-le en deux" (1 point si consigne exécutée) _____
- 27 "Et jetez-la par terre" (1 point si consigne exécutée) _____
- 28 Tendre une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères "FERMEZ LES YEUX" et dire au sujet :
"Faites ce qui est écrit" _____
- 29 Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :
"Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière." (1 point si au moins un sujet et un verbe)
Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe et avoir un sens _____

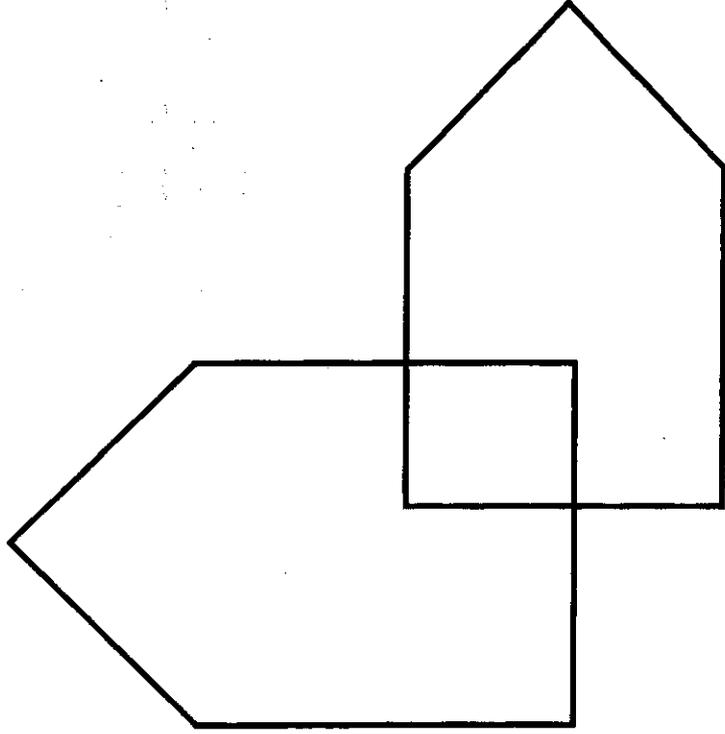
LANGAGE Score / 8

30 Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : "Voulez-vous recopier ce dessin ?" _____

PRAXIES CONSTRUCTIVES • (1 point si tous les angles sont présents ainsi que l'intersection de 2 côtés différents) Score / 1

SCORE TOTAL / 31

“ Fermez les yeux ”



ANNEXE N°2

La grille AGGIR

Note	VARIABLES DISCRIMINANTES
B	<p>Cohérence</p> <p style="padding-left: 20px;">Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée</p>
A	<p>Orientation</p> <p style="padding-left: 20px;">Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lie</p>
B	<p>Assurer son hygiène corporelle</p> <p style="padding-left: 20px;">B Toilette du haut du corps</p> <p style="padding-left: 20px;">C Toilette du bas du corps</p>
B	<p>Habillage (S'habiller, Se déshabiller et Se présenter)</p> <p style="padding-left: 20px;">B Haut</p> <p style="padding-left: 20px;">A Moyen</p> <p style="padding-left: 20px;">C Bas</p>
B	<p>Alimentation</p> <p style="padding-left: 20px;">B Se servir</p> <p style="padding-left: 20px;">A Manger les aliments préparés</p>
A	<p>Elimination</p> <p style="padding-left: 20px;">A Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire</p> <p style="padding-left: 20px;">A Assurer l'hygiène de l'élimination fécale</p>
C	<p>Transferts</p> <p style="padding-left: 20px;">Se lever, se coucher, s'asseoir</p>
C	<p>Déplacements à l'intérieur</p> <p style="padding-left: 20px;">Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant</p>
C	<p>Déplacement à l'extérieur</p> <p style="padding-left: 20px;">A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport</p>
A	<p>Communication à distance</p> <p style="padding-left: 20px;">Utiliser les moyens de communication : Téléphone, alarme, sonnette</p>

GIR 2

Personnes grabataires lucides (Leurs fonctions mentales ne sont pas totalement altérées) et déments déambulants ou détériorés mentaux graves (Ils ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices)

COEFFICIENT DE CHARGE EN SOINS :

0,840

NOMBRE DE POINTS GIR :

840

POINTS DE PREVENTION DEPENDANCE:

120

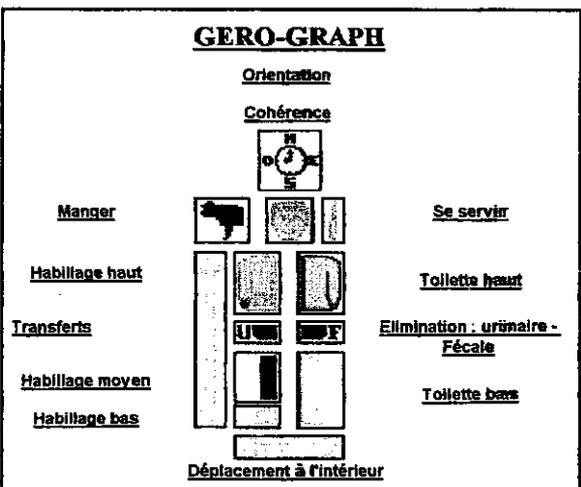
VALORISATION BASE DE CALCUL TARIF :

1 040

SURVEILLANCE
PERMANENTE

PRESENCE
IMPORTANTE

FREQUENCE ACTIONS
IMPORTANTE



LEGENDE

A
FAIT SEULE, TOTALEMENT,
HABITUELLEMENT ET CORRECTEMENT

B
FAIT PARTIELLEMENT

C
NE FAIT PAS

ANNEXE N°3

La reproduction de la figure B de Rey
de madame B

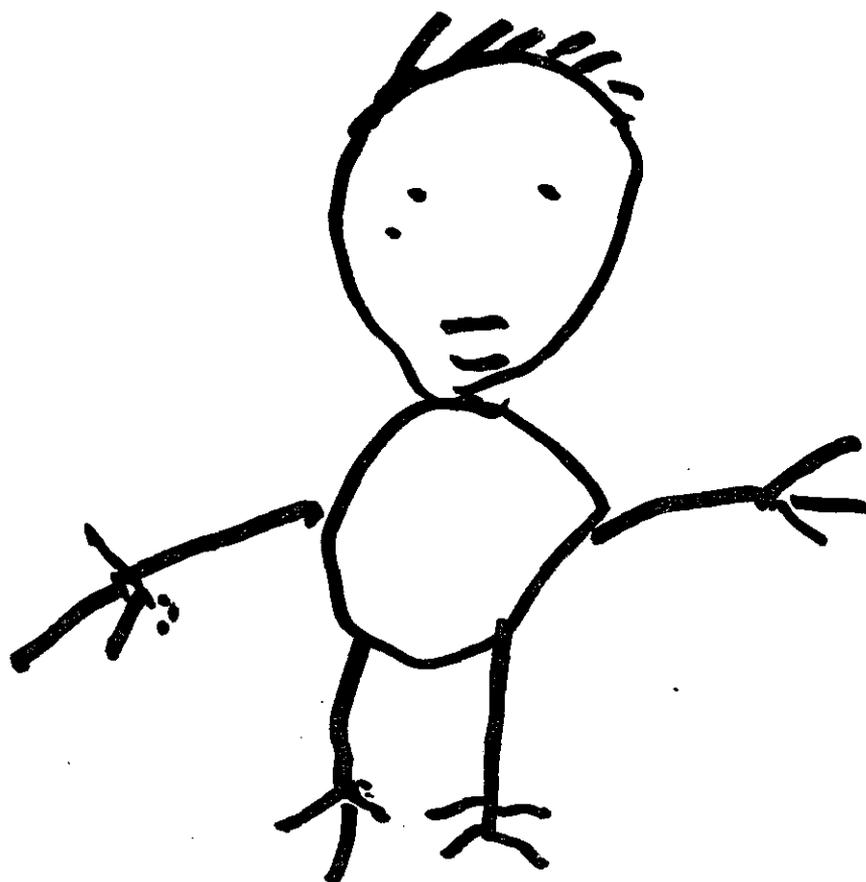
OV ~~camé~~

+ enveloppe

OV $\sqrt{001}$ NOTE

ANNEXE N°4

Le dessin d'une personne
de madame L



RESUME

La chute de la personne âgée est le symbole d'une désadaptation à la fois posturale, psychique et sociale. Elle peut faire entrer brutalement la personne dans la vieillesse dans le sens pathologique que lui donne J. MESSY. La dépendance, la dépression et l'inhibition psychomotrice en sont souvent les conséquences. La prise en charge psychomotrice est complémentaire de la prise en charge rééducative du kinésithérapeute et des soins corporels de l'équipe de soin. Elle a pour objectif de replacer le corps comme support de l'action motrice volontaire et de l'interaction avec l'environnement. Ce mémoire répond ainsi à plusieurs questions: pourquoi la personne âgée chute-t-elle? Quelles en sont les conséquences? Et enfin pourquoi et comment la psychomotricité intervient auprès de cette population?

Elderly person's fall is the result of many factors, in particular, balance and gait disability troubles, psychological status and social integration. The fall can be critical for the elderly person and immerse her in pathology. As matter of fact, three psychic consequences on elderly persons can be raised, dependence, depression and loss of initiative motor. Consequently, program of care psychomotor must be carry out in addition to kinesitherapy rehabilitation and body care. Program of care psychomotor aims to replace the body as a support of initiative motor and environment interaction.

Thus, this report answers several questions: First of all, why does the elderly person fall ? Then, which are the different consequences implied by the fall? Finally, why and how the psychomotor therapist intervenes close to this population?

MOTS CLEFS: chute, syndrome post-chute, image du corps, schéma corporel, investissement corporel, équilibre