

01/035

INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Vieillesse et Psychomotricité :
Du Corps-Objet au Corps-Sujet

Expérience auprès de personnes âgées en Maison de Retraite

Référente de mémoire
Monique BOTTA

KatiaBOUTOURLINSKY
Juin 2001

REMERCIEMENTS

Je remercie Monique Botta pour son accueil, ses conseils et sa disponibilité.

Je remercie tous les résidents pour leur gentillesse et leur participation.

Je remercie mes parents pour leur présence tout au long de ce travail.

RESUME

On peut constater un vieillissement important de la population depuis ces dernières années. Certes, des structures adaptées ont été mises en place, mais la jeunesse continue à être survalorisée. Certaines modifications biologiques sont communes au vieillissement normal. Les personnes âgées sont confrontées à des limites physiques qui provoquent un nouveau rapport à soi et à l'autre. Elles doivent accepter les pertes afin de ne pas rester attachées à des modes de satisfaction du passé et continuer à s'intéresser à l'extérieur.

C'est à la question du maintien de la personne âgée dans sa fonction de sujet que je me suis intéressée dans le cadre du stage que j'ai effectué en maison de retraite, une journée par semaine. Le fonctionnement de cette structure s'organise autour des problèmes d'autonomie, et d'individualité. Cependant, on constate certaines contraintes quant au respect de l'individualité dans un fonctionnement collectif, et quant à la limite entre aider la personne âgée et faire à sa place.

La psychomotricienne a une place à part entière dans l'équipe et auprès de la population âgée qu'elle accompagne dans son maintien en tant que sujet. En créant un cadre rassurant, elle propose une prise en charge, individuelle ou en groupe, adaptée à la personnalité de chacun. Par des médiations appropriées, la psychomotricienne va stimuler les capacités motrices, sensorielles et cognitives de la personne âgée, lui donner confiance en ses capacités et la valoriser afin qu'elle conserve une image positive d'elle même.

Mots clés : Vieillissement, sensorialité, relations, plaisir, identité.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p1
<u>I. PARTIE THEORIQUE</u>	p2
A) LE VIEILLISSEMENT SOCIAL	p3
1) Une population vieillissante	p3
2) Les lieux de vie du sujet âgé	p3
3) Les idéologies contemporaines	p7,
<u>a- Le travail</u>	p7
<u>b- La jeunesse</u>	p8
<u>c- Le rapport au temps</u>	p9
B) LE VIEILLISSEMENT BIOLOGIQUE	P10
1) La relation à l'autre: la communication	p10
<u>a- Les modifications cognitives</u>	p10
1) Le langage.	
2) L'attention	
3) La mémoire	
<u>b- les modifications sensorielles</u>	p12
1) La vue	
2) L'ouïe	
3) Le toucher	
4) Le tonus	
2) La relation à soi chez le sujet vieillissant	p14
<u>a- La maîtrise de l'espace</u>	p14
1) De nouveaux repères	
2) Les performances	
<u>b- Une nouvelle image</u>	p16
1) Le visage	
2) La peau	
3) La posture	
4) L'image du corps	
<u>c- Le vécu corporel</u>	p17
1) La santé.	
2) La douleur	
3) Le plaisir	
C) LE VIEILLISSEMENT PSYCHIQUE	P20
1) La crise existentielle	p20
<u>a- L'angoisse de mort</u>	p20
<u>b- La temporalité</u>	p21
<u>c- Le sens de la vie</u>	p21
2) Le narcissisme mis à l'épreuve	p22
<u>a- Narcissisme et Idéal du Moi</u>	p22
<u>b- Narcissisme et investissement du Moi</u>	p23
3) Deuil du Moi	p24
<u>a- Les deux pulsions fondamentales</u>	p24
<u>b- Deuil du Moi et réinvestissement</u>	p25

II. PARTIE PRATIQUE

P27

A) PRESENTATION DE L'INSTITUTION

P28

1) Les locaux

p28

a- Architecture

p28

- 1) Architecture intérieure
- 2) Architecture extérieure
- 3) Salles et chambres

b- Aménagement de l'espace

p29

- 1) Des repères
- 2) Le mobilier
- 3) Une convivialité
- 4) Une individualité

2) La population

p31

a- Caractéristiques de la population

p31

- 1) Conditions d'entrée
- 2) Données socio-démographiques
- 3) Age et population
- 4) Autonomie et population

b- Organisations quotidiennes

p32

- 1) Les repas
- 2) Les animations
- 3) Les visites
- 4) Le culte

3) L'équipe professionnelle

p33

a- La composition

p33

b- Les outils de coordinations

p33

- 1) Supports écrits
- 2) Supports oraux

c- Les implications professionnelles

p34

- 1) Les soins
- 2) Les animations
- 3) Les limites rencontrées

B) LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE L'INSTITUTION P37

1) Présentation

p37

2) La place de la psychomotricienne au sein de l'institution

p37

a- Auprès des résidents

p37

b- Auprès de l'équipe

p38

3) Les locaux

p38

a- Le bureau

p38

b- La salle de l'atelier

p39

c- La salle de psychomotricité

p39

4) Moyens d'intervention

p39

a- L'entretien

p39

b- Le bilan

p40

c- Les prises en charges en psychomotricité

p41

C) ETUDES DE CAS

P42

1) Etude de cas de Madame S

p42

a- Présentation

p42

- 1)Présentation
- 2)Anamnèse
- 3)Situation actuelle

b- Bilans et examens

p43

- 1) Antécédents médicaux
- 2) Bilan psychomoteur
- 3) Observations
- 4) Conclusion de l'évaluation

c- Prise en charge

p46

- 1) Projet thérapeutique et modalité de prise en charge
- 2)Résumé de suivi

d- Conclusion

p48

2) Etude de cas de Madame F

p49

a- Présentation du patient

p49

- 1) Présentation
- 2)Anamnèse
- 3) Situation actuelle

b- Bilans et examens

p50

- 1) Antécédents médicaux
- 2) Bilan psychomoteur
- 3) Observations
- 4) Conclusion de l'évaluation

c- Prise en charge

p52

- 1) Projet et modalité de prise en charge
- 2) Evolution
- 3)Conclusion du suivi

d- Conclusion

p55

III) DISCUSSION	P56
A) LES OBJECTIFS DE LA PSYCHOMOTRICITE	P57
1) Les objectifs généraux auprès des personnes âgées	p57
2) La relation à soi	p57
a- <u>Stimulations</u>	p57
b- <u>Narcissisation</u>	p58
c- <u>Vécus corporels positifs</u>	p58
d- <u>Plaisir</u>	p58
3) La relation aux autres	p59
a- <u>Communiquer</u>	p59
b- <u>Exister</u>	p59
B) LES OUTILS	P60
1) Le cadre thérapeutique	p60
2) Le groupe	p60
a- <u>Dynamique du groupe et identifications</u>	p60
b- <u>Expression des personnalités et enrichissement des relations</u>	p61
c- <u>Emergence des émotions</u>	p61
3) L'atelier mémoire	p63
a- <u>Le schéma corporel</u>	p63
b- <u>Le toucher thérapeutique</u>	p65
c- <u>Le tonus</u>	p65
d- <u>La relaxation</u>	p66
e- <u>L'image du corps</u>	p66
C) LIMITES DE LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DES PERSONNES AGEES	P67
1) Spécificités liées à la population vieillissante	p67
a- <u>Les prises en charge</u>	p67
b- <u>Les objectifs</u>	p67
c- <u>La relation transférentielle</u>	p67
2) Limites rencontrées au cours de ma pratique	p68
a- <u>Constatations générales</u>	p68
1) Les limites du groupe	
2) Les limites des personnes âgées	
b- <u>Mon évolution dans mon travail de stagiaire</u>	p69
1) Choix initial	
2) Difficultés rencontrées	
3) Réajustement du projet thérapeutique	
4) Conclusion	
CONCLUSION	P72

INTRODUCTION

Le vieillissement est un sujet très vaste qui interroge de nombreux professionnels de tous horizons: de la recherche, de la santé, de la sociologie, de la psychologie...

On peut constater que les opinions, à propos de la vieillesse, sont partagées: d'une part, on voit de plus en plus de personnes âgées qui assument pleinement leur vieillesse, ce qui incite à avoir un regard plutôt positif sur le vieillissement, et par ailleurs, beaucoup d'écrits nous montrent que cette période de la vie est source de rejet et est mal assumé de façon générale. Les professionnels médicaux et paramédicaux sont nécessairement confrontés aux problèmes liés au grand âge puisque, en institution, ils sont la plupart du temps en contact avec des gens souffrants. Le vieillissement provoque donc des interrogations, quant à la manière de le considérer. A ce stade de la vie, la personne peut être amenée à se dévaloriser et à se désinvestir. Le sujet âgé risque de ne plus se sentir maître de lui, impuissant, et, par conséquent, devenir un être passif, spectateur et non acteur de son existence, objet pour lui-même et pour les autres, et non plus sujet de sa propre vie.

Ce mémoire essaiera d'analyser, dans une première partie théorique, ce à quoi la personne vieillissante est confrontée, d'un point de vue social, biologique et psychologique, et dans quelles mesures ces changements peuvent provoquer un désinvestissement de sa personne.

La deuxième partie portera sur mon expérience en maison de retraite: nous parlerons de son fonctionnement et suivrons l'évolution de deux personnes dans le cadre des prises en charge psychomotrices.

Enfin, la troisième partie portera plus spécifiquement sur la psychomotricité auprès des personnes âgées. Cette discussion s'étayera sur quelques expériences cliniques, afin de mieux comprendre comment la psychomotricité, dans sa spécificité, peut contribuer à maintenir la personnes âgée, à ses yeux et aux yeux des autres, comme un sujet à part entière.

I. Partie Théorique

A) Le Vieillessement Social

1) Une population vieillissante

Paillat (1982) souligne l'importance du vieillissement démographique qu'il définit comme « l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population » (p7).

Au début du 20^{ème} siècle, la proportion de personnes âgées était de 8%. En 1996, la proportion de sujets de plus de 65 ans est de 14,9% soit 8,7 millions de Français, dont plus d'un million de plus de 85 ans. Cette forte augmentation peut s'expliquer par une diminution du nombre de jeunes, et par l'augmentation du nombre de vieux.

Selon Moulias, (année 2000) ce phénomène a différentes causes : amélioration de l'état sanitaire en ce qui concerne la qualité de l'eau, du chauffage, l'apparition de la chaîne du froid. Il souligne aussi les progrès de la médecine qui ont mis en place des vaccins, des antibiotiques... Tout cela a contribué à une amélioration de la santé au cours du 20^{ème} siècle.

L'espérance de vie n'a cessé de croître et « l'âge auquel on meurt le plus en chiffre absolu est 87 ans. » (p8). Cet auteur explique qu'il y a un siècle, les personnes vivaient rarement cette période de la vie. Peu de personnes vivaient plus de 65 ans : elles mouraient à la guerre, au travail, à cause des infections... Désormais, la mort concerne essentiellement les vieux.

La vieillesse est donc un phénomène assez récent auquel on n'était pas confronté auparavant.

2) Les lieux de vie du sujet âgé

D'après les sources de l'INSEE de 1990 (Paillat, 1982), des études montrent que plus la personne est âgée, plus elle a tendance à habiter en ménages collectifs. Cette constatation est d'autant plus valable que la personne est âgée de plus de 75 ans.

Environ 600 000 personnes âgées vivent dans des établissements spécialisés. L'âge moyen dans ces établissements atteint facilement 84 ans et plus. 40 % des résidents sont plus ou moins gravement atteints dans leurs fonctions supérieures, ce pourcentage atteignant 80 % dans des services de soins prolongés (Laroque, mai 1999).

Divers services se sont développés avec cette évolution démographique afin de pallier les difficultés de la personne âgée. Ferrey et Le Gouès (2000) énumèrent différentes formules pour accompagner la personne âgée dans ses difficultés.

L'aide-ménagère représente 20% des cas pour les personnes âgées entre 75 et 84 ans. Son apport représente plus que l'accomplissement des tâches quotidiennes : L'aide-ménagère joue aussi un rôle de surveillance et de sécurité. Elle peut aussi aider à la toilette. On constate une demande croissante de la part des sujets âgés de cette tranche d'âge depuis les années 90.

Les soins à domicile sont des services fondés en 1978, qui permettent une prise en charge globale de soins paramédicaux : kinésithérapie, pédicure, soins infirmiers et d'hygiène. Ces soins ne sont pas adaptés aux troubles psychiatriques.

Le placement chez les particuliers est plus économique et plus individualisé qu'un séjour en établissement, et il existe pour cela des prestations d'aide sociale aux personnes âgées. Mais la difficulté est de trouver les personnes qui acceptent cette tâche.

Le logement-foyer est une formule assez récente que l'on peut situer entre le domicile et la maison de retraite, c'est-à-dire que les structures comprennent des immeubles avec des prestations annexes comme des blanchisseries, des services de soins ou des services socio-éducatifs. Il peut y avoir aussi un foyer-restaurant. Ainsi, ces structures peuvent-elles concerner les personnes vivant encore à leur domicile mais dont les handicaps deviennent trop gênants pour y mener une vie confortable.

Les maisons de retraite sont des établissements sociaux selon la loi de 1975. Cependant, beaucoup de maisons de retraite proviennent de la transformation d'hospices.

Si l'établissement doit avoir un conseil d'établissement et un règlement intérieur, les personnes qui y vivent sont censées garder une autonomie. La maison de retraite offre l'hébergement, la nourriture et un nombre de prestations de services. Pour ce qui est des soins et de la surveillance, différentes solutions existent.

L'établissement peut passer une convention avec les services de soins à domicile, ou bien créer une section de cure médicale, ou encore, le praticien généraliste, rattaché à la maison, fait appel à des spécialistes.

Si, auparavant, la maison de retraite acceptait des personnes en bonne santé, aujourd'hui, la tendance étant pour le maintien à domicile, les personnes âgées arrivent en maison de retraite souvent à la suite d'hospitalisations, et présentent des affections médicales et/ou psychiques, « si bien que la maison de retraite devient une unité particulière où l'attitude et les soins doivent fondamentalement composer avec les déficits psychiques. » (Le Gouès, 2000, p76).

Selon Laroque (1999), vers les années 60, un long processus de modernisation en maison de retraite est mis en place. Le rapport Laroque et les lois du 30 juin 1975 prévoyaient que la transformation de tous les hospices en maisons de retraite aurait dû être achevée en 1985. On voit donc apparaître des structures plus petites, avec un meilleur confort : chambres individuelles, sanitaires dans les chambres, salles de convivialité... La création d'un financement spécifique par l'assurance maladie a permis de médicaliser ces établissements.

Mais aujourd'hui, ces structures construites il y a une vingtaine d'années paraissent désuètes : « Le maintien de ces établissements à un bon niveau de confort, de qualité de vie et de qualité de soins demande un effort constamment renouvelé. » (Laroque, 1999, p 24). Car, si le développement des aides à domicile, l'amélioration du confort des habitations, le désir de rester chez soi, ont permis à de nombreux grands vieillards de demeurer au domicile, en revanche, ceux qui intègrent des institutions sont davantage demandeurs d'accompagnement et de soins pour des infirmités diverses.

Les hospitalisations sont très fréquentes, surtout pour les personnes de plus de 75 ans. La durée du séjour hospitalier est plus longue que pour la moyenne de la population. Ferrey et Le Gouès (2000) soulignent le problème de la sortie, car l'orientation très diverse doit être adaptée aux besoins de l'individu : retour à domicile, réadaptation, rééducation, convalescence, service de moyen séjour, psychiatrique, maison de retraite.

L'hospitalisation à domicile assure les soins au domicile de la personne après un séjour à l'hôpital, mais ne prend pas en charge les troubles du comportement et les pathologies cognitives.

Les services de moyen et long séjours consistent à donner des soins médicaux nécessaires en vue d'une récupération de l'autonomie. Ferrey et Le Gouès (2000) insistent sur les difficultés d'organisation auxquelles sont confrontées les équipes soignantes face aux diverses pathologies lourdes des patients : « la difficulté d'organiser le travail dans ces services est effectivement, pour les soignants et aide-soignants, de ne pas être surchargés par les soins liés à l'hygiène, la toilette, la nourriture et à la surveillance du sommeil des résidents, sans compter les actes médicaux, et de ménager une vie sociale avec une animation adaptée et un comportement psychologique luttant contre la régression » (p79).

Le travail de soins est lourd et difficile et ne laisse pas beaucoup de place « pour répondre aux difficultés psychologiques et même aux manifestations psychiatriques survenant inopinément. » (p 79).

L'hôpital psychiatrique concerne la personne âgée dans une moindre proportion. En effet, la plupart des troubles psychiatriques que présente le vieillard sont liés à des affections organiques.

De plus, la réforme du secteur psychiatrique n'est pas adaptée aux sujets délirants vieillissants.

Personne (1995) nous montre comment les structures mises en place, tendent à chosifier les personnes âgées en annihilant leurs capacités et leurs ressources. En effet, on ne pense pas à les aider à retrouver leur autonomie mais on les rend dépendantes en développant le maternage de façon abusive. Personne (1995) parle à ce propos de « désinsertion du réel » (p 65) et nous dit que celle-ci a pour conséquence de rompre la communication et de provoquer les rigidités corporelles. « L'augmentation du dynamisme de l'entourage correspond alors à la baisse d'initiative du sujet âgé » (p 66). Ainsi, la personne âgée devient-elle passive et spectatrice comme un objet et non plus comme un sujet.

Indéniablement, de considérables efforts ont été faits ces dernières décennies pour améliorer la vie matérielle du sujet âgé. Mais en parallèle, on peut noter l'insuffisante prise en compte de la vie psychique de la personne âgée et celle-ci risque donc davantage d'être regardée comme un objet de soins de tous ordres et non comme une personne, sujet à part entière.

En effet, si l'on peut souligner une meilleure prise en compte du sujet âgé en tendant vers une amélioration du confort, par des moyens financiers conséquents, la société lui laisse peu de place. Il règne un désintérêt envers ces individus vieillissants pourtant porteurs d'expériences et de savoir faire, qui autrefois, et aujourd'hui dans d'autres civilisations, étaient symbole de sagesse. La vieillesse fait plus que jamais partie de la vie mais elle est pourtant trop souvent rejetée et tous les moyens sont bons pour l'éviter et la nier. Des efforts matériels ont été mis en place. Mais c'est aussi une mentalité qu'il faut faire évoluer. « La vieillesse déroge aux valeurs centrales de la modernité : jeunesse, séduction, vitalité, travail. Ainsi, dans nos sociétés où l'apparence jouit d'une place prépondérante, le vieillissement est vécu à la manière d'un enlaidissement et d'une dépossession » (Le Breton, 1993, p 36).

3) Les idéologies contemporaines

La performance, l'efficacité, le rendement, sont des valeurs sollicitées par la société. Le travail et la jeunesse sont des moyens par lesquels l'individu peut y accéder et donc se valoriser. Les modifications biologiques au cours du vieillissement créent naturellement un ralentissement psychomoteur c'est-à-dire à la fois cognitif et moteur. Malgré ces données connues de tous, et l'évolution de la population, il y a toujours un écart entre ce qui est valorisé par la société, et ce qu'on peut attendre d'une personne âgée.

Celle-ci peut se sentir inutile et se dévaloriser dans ses capacités et ses ressources. Elle doit apprendre à reconnaître et à définir ses nouvelles limites. Si on lui a fait de la place physiquement, la prise en compte de sa valeur morale reste à développer.

La société n'attend plus rien d'elle et c'est ce qui la rend plus dépendante et plus vieille encore: « elle en fait trop souvent des objets passifs à la fois enviés et culpabilisés » (Moulias, 2000, p12).

a) Le travail

L'arrêt de l'activité professionnelle est souvent associé au début de la vieillesse. C'est l'entrée dans la vieillesse du point de vue social.

Pourtant, selon Moulias (2000), pour les biologistes et les gérontologues, il est absurde de décider l'arrêt de l'activité professionnelle par la question de l'âge chronologique : c'est « une absurdité biologique et une atteinte grave à la liberté de la personne. » (p 10). Il existe là un paradoxe entre ce que peut faire une personne de cet âge et ce qu'on lui laisse faire.

La retraite peut être vécue comme une exclusion de la société avec un sentiment d'inutilité. Certaines personnes sont tellement identifiées à la fonction que leur donne leur profession qu'il leur devient très difficile de continuer à exister en dehors de cette activité. En effet, c'est un temps parfois douloureux car il faut se réinvestir vers d'autres centres d'intérêts. Gaudet (1993) parle de crise d'identité durant la période du passage à la retraite.

Si le travail procure un rôle, et un statut social, l'arrêt de celui-ci signifie la réduction des relations à l'extérieur, ce qui peut diminuer de beaucoup le nombre de personnes côtoyées.

Olievenstein (2000) insiste sur le caractère solitaire du vieillissement : « vieillir, c'est entrer peu à peu, par paliers, dans un isolement » (p14). La retraite peut-elle être considérée comme le premier palier ? Cela dépend de l'individu et de ses capacités à conserver des activités à l'extérieur.

A ce propos, Ferrey et Le Gouès notent que la proportion de l'activité professionnelle chez les sujets qui ont entre 60 et 65 ans représente 20 % de cette population, et lorsque cela n'est pas le cas, la santé est assez bonne pour exercer une activité de distraction ou du bénévolat. En revanche, la part de la population qui exerce une activité professionnelle devient infime à partir de 75 ans et représente 2 %. C'est pour cette raison que l'auteur situe le troisième âge à partir de 75 ans et le limite à 84 ans : « cette tranche d'âge correspond bien plus réellement à la vieillesse sociale » (p66). On parle après de quatrième âge.

D'après un recensement de l'INSEE de septembre 2000 (site internet), près d'une personne sur 2 de plus de 60 ans appartient à une association (culturelle, sportive, humanitaire...).

Ces données confirment le propos de Gaudet (1992) lorsqu'il dit : « le passage à la retraite se négocie le plus souvent bien et sans doute de mieux en mieux, car d'autres éléments que le travail sont investis et intégrés dans l'élaboration de l'identité. » (p35).

b) La jeunesse

La beauté est représentée par des individus jeunes : la jeunesse des mannequins en est un argument. Les affiches publicitaires, la télévision, mettent en avant la jeunesse et laissent peu de place aux vieux.

Tous les produits cosmétiques pour « lutter » contre les effets du vieillissement comme les diverses pommades, les gélules, sont des produits qui se vendent en grande quantité. Le recours à la chirurgie esthétique comme le « lifting » semble être aussi apprécié.

L'étude de la DHEA menée par le professeur Beaulieu avec la coopération du professeur Forette, rapportée par Van Renterghem (2001), attire de nombreux volontaires pour participer à cette opération et rappelle les mêmes réactions observées pour la pilule Viagra : « déjà les volontaires se pressent pour participer à la première étude réalisée par le professeur Beaulieu » (p 18). Cette hormone est censée améliorer la qualité des os, de la peau, et la libido, surtout chez les femmes. L'auteur de l'article parle de « folie médiatique » (p 18) à ce sujet. L'engouement pour cette hormone, comme le montre le titre de cet article : « les accros de la pilule de jouvence » (p 18), déjà en vente aux Etats-Unis et à l'étude en France, montre une volonté qui va plus loin que le « bien vieillir ». Cette volonté d'éviter à tout prix le vieillissement et de conserver la jeunesse est bien un phénomène de société.

Cette idéologie du « jeunisme » va à l'encontre de l'incontournable travail d'acceptation du vieillissement, auquel tout sujet humain doit se confronter pour se maintenir en tant que sujet et non devenir un objet entre les main des autres. Comme le dit Gaudet (1992) : « On lutte plus qu'on ne s'y adapte contre le vieillissement dont on a peur. » (p 35).

Le vécu d'exclusion est compréhensible car il s'appuie sur des données objectives de réalité sociale, mais il est aussi subjectif selon les individus.

c) Le rapport au temps

Dans un monde qui est celui de l'efficacité par le monde actif du travail comme on a vu dans la partie précédente, la course au temps est une autre valeur qui a toujours été présente. Il suffit de se tourner vers n'importe quel domaine dans l'évolution de la modernité que ce soit le micro-onde pour la cuisine, le TGV pour les transports, ou internet pour la communication, le gain de temps explique le succès de certaines inventions.

Vieillir est tout autre. Ce phénomène contraint le corps à une certaine lenteur qui vient encore une fois à l'encontre de l'idéal recherché par le monde moderne.

Face au poids du discours social: le travail, la jeunesse, le rapport au temps, qui peut inciter le sujet âgé à se vivre comme un objet, les réactions peuvent être sollicitées pour un réinvestissement en tant que sujet : c'est une des fonctions de la psychomotricité.

Il n'y a pas un vieillissement standard, mais des vieillissements. On peut repérer toutefois certaines modifications biologiques propres à cette période de la vie.

B) Le Vieillessement Biologique

Chaque individu réagit différemment devant les événements de la vie et s'adapte plus ou moins facilement à son état de vieillesse. « Sa vitesse et sa sévérité sont extrêmement variables d'un individu à l'autre. » (Fontaine, 1999, p15) « Nous ne sommes pas égaux devant le temps ». (Fontaine, 1999, p11).

Nous verrons, dans cette deuxième partie, les modifications biologiques que l'on peut observer dans la dernière étape de la vie d'un individu.

Il existe beaucoup de variations du vieillissement corporel en fonction de l'état de santé. On tentera de décrire les phénomènes biologiques liés au vieillissement « normal » qui sont les plus constants.

L'individu est un être de communication. Ses organes sensoriels vont lui permettre d'être en interaction avec le monde environnant et d'agir sur celui-ci. Lorsqu'ils sont altérés, cela provoque des modifications dans le rapport qu'entretient le vieillard avec le monde qui l'entoure.

En effet, ces changements organiques vont dans le sens d'une diminution des différentes fonctions biologiques. Les espaces se réduisent, les relations à l'autre et à soi se modifient.

1) La relation à l'autre : la communication

a) Les modifications cognitives

Des facteurs cognitifs tels que le langage, l'attention et la mémoire entrent en jeu dans l'échange avec autrui et permettent d'affiner cette communication.

1. Le langage

Le langage n'est pas affecté par le vieillissement ; néanmoins, il peut se produire des changements qualitatifs car la personne âgée ne « trouve plus ses mots » : le rythme de la conversation est ralenti.

Le style de discours du sujet âgé est plus long et plus élaboré. L'échange verbal est plus facile à deux qu'en groupe. (Knoefel et Albert, 1990)

2. L'attention

Knoefel et Albert (1990) nous disent que l'attention simple n'est pas affectée par la vieillissement. En revanche, l'attention soutenue l'est davantage. Cela va se révéler dans une conversation. Par exemple, le vieillard aura des difficultés à passer d'une idée à une autre ou il ne retiendra pas tous les éléments qui lui sont nécessaires à l'échange.

L'attention est très corrélée à la mémoire.

3. La mémoire

La plainte mnésique est très fréquente chez le sujet vieillissant et elle est un objet d'inquiétude pour certains. La perte de mémoire est caractéristique du vieillissement mais elle beaucoup moins affectée qu'on ne le pense car d'autres facteurs cognitifs peuvent l'aggraver (Knoefel, Albert, 1990).

Fontaine (1999) distingue la mémoire sensorielle, principalement auditive et visuelle, la mémoire primaire ou à court terme, la mémoire secondaire ou à long terme et la mémoire tertiaire qui concerne les faits anciens.

Les mémoires à court et à long terme semblent être les plus affectées. La première fait référence aux informations qui restent à l'esprit et qui sont utilisées lors d'activités immédiates; la deuxième fait appel à un processus d'apprentissage et les informations sont retenues au cours du temps. La mémoire tertiaire, celle des faits anciens, est bien conservée.

On observe des difficultés chez les vieillards: « lorsque le corpus d'informations à retenir est plus long et plus complexe, deuxièmement lorsque le lien logique est lâche » (Knoefel et Albert, 1990, p 238). Les difficultés, dans la mémoire à court terme, s'expriment lorsque les informations sont longues et dissociées. En revanche, lorsqu'elles sont courtes et reliées, la capacité de rétention est plus grande (Knoefel et Albert, 1990).

Les sujets qui entourent les personnes âgées ont à tenir compte de ces altérations cognitives pour les maintenir dans leur capacité de sujets pensants.

b) Les modifications sensorielles

Pour communiquer, l'individu se sert de divers moyens : on reconnaît la communication verbale qui fait intervenir le langage, et la communication non verbale qui fait intervenir le corps. Ainsi, l'individu sujet exprime-t-il sa personnalité et son individualité par la mise en action de ces deux moyens.

La vue, l'ouïe, le toucher, et dans une moindre mesure l'odorat, sont des sens qui permettent les interactions avec autrui.

1. La vue

Elle diminue à partir de 20 ans et de façon plus importante à partir de 60 ans : la distinction des couleurs devient moins nette, la sensibilité à l'éblouissement augmente, l'adaptation au changement de l'intensité lumineuse décline et le champ visuel qui est de 170 degrés diminue à 140 degrés à 50 ans (Fontaine, 2000).

Knoefel et Albert (1990) soulignent d'autres difficultés liées à l'âge comme les capacités visuo-motrices, visuo-spatiales, visuo-constructives, les reconnaissances. Ces aptitudes ne sont pas purement visuelles mais font intervenir d'autres facteurs comme l'attention, la mémoire...

2. L'ouïe

Elle se modifie aussi beaucoup. La perte auditive lors du vieillissement se nomme la presbyacousie. Celle-ci est due à la modification des cellules ciliées réceptrices situées dans l'appareil auditif, à la perte des neurones des circuits nerveux auditifs qui affectent la perception du langage, aux dysfonctionnements dans le métabolisme et le mécanisme de certaines cellules de l'appareil auditif. (Fontaine 1999).

Selon Hinchcliffe, cité par Knoefel et Albert, (1990) la presbyacousie provoque l'altération des seuils des sons purs, une mauvaise discrimination temporelle, une baisse de la capacité à localiser les sons, à les séparer dans le discours et à comprendre un énoncé brouillé. Par ailleurs, devant l'incompréhension que montre une personne âgée face à un discours, ces auteurs soulignent les difficultés de discerner les causes purement auditives de celles liées à l'attention et à la mémoire. Enfin, pour ces auteurs, les conditions favorables pour une bonne compréhension sont un environnement calme, et un énoncé clair et articulé.

Cette perte auditive peut être la cause d'énervement de la part de l'entourage qui doit répéter et parler plus fort. En groupe, il devient difficile de participer aux conversations car les discussions se croisent. La personne âgée peut s'isoler rapidement par un manque de compréhension. Cette déficience peut être compensée par des prothèses mais celles-ci sont souvent mal acceptées.

La relation à l'autre se modifie quand la vue et l'ouïe se dégradent. Celles-ci peuvent être les causes et parfois les prétextes d'un repli sur soi.

3. Le toucher

Le toucher est aussi un moyen de communication par lequel on peut établir une relation.

On note une diminution des récepteurs de la **somesthésie** qui se définit comme : « la somme totale des sensations de la peau et des viscères » (Knoefel et Albert, 1990, p 253).

En ce qui concerne le sens du toucher, on note donc une baisse de la sensibilité de la paume de la main alors que cette sensibilité reste inchangée pour la plus grande partie du reste du corps selon Cauna (1965) et Kenshalo (1977), cités par Fontaine (1999).

Les personnes âgées sont de moins en moins touchées, massées. La peau est devenue une surface d'échange repoussante: La diminution de la sensorialité du sujet âgé constitue un risque pour qu'il soit davantage dépendant de l'autre et donc éventuellement considéré comme un objet.

4. Le tonus

On peut considérer le tonus comme une valeur communicative. Wallon, que Personne (1995) cite dans son ouvrage, évoque l'idée selon laquelle le bébé communique ses émotions à sa mère par un jeu tonique. « L'hypertonie d'appel » signifie que le bébé présente un état tonique élevé lorsqu'il est dans le besoin, et « l'hypertonie de satisfaction » signifie que le bébé se trouve dans un état de détente psychique qui se traduit par une diminution de son état tonique. Ainsi, l'état tonique peut-il avoir comme fonction de communiquer les émotions.

L'hypertonie, souvent rencontrée chez les personnes âgées, présente des causes physiologiques mais peut être aussi d'origine psychique.

On comprend maintenant comment les troubles cognitifs et sensoriels peuvent rendre la communication difficile. Communiquer devient organiquement plus difficile, cela demande un effort, tant pour le sujet âgé que pour la personne qui entre en relation avec lui.

Cela peut être une des causes du repli sur soi car la personne âgée peut se sentir moins bien comprise et éprouver des difficultés à se faire comprendre des autres.

On le comprend, dans le domaine de la communication, pour qu'il soit maintenu comme sujet, le vieillard et ses interlocuteurs ont chacun une part active.

Selon Legendre (1985), le mot perception vient du verbe percevoir qui signifie « recevoir de » : de soi, des autres et du monde.

Fontaine (1999) met en évidence les modifications qui s'opèrent sur les organes perceptifs pendant le vieillissement. Il met en place une échelle selon laquelle la gustation, l'olfaction et la kinesthésie seraient les moins altérées. Puis, viennent les sens du toucher, de la température, et de la douleur, et enfin, l'équilibre, la vision et l'audition qui sont les sens les plus sensibles au vieillissement. Le seuil de discrimination des perceptions du vieillard est donc augmenté.

Ainsi, on peut distinguer des modifications d'origine sensorielle comme la vue et l'ouïe qui sont directement en lien avec l'extérieur et ont des conséquences sur la communication comme nous venons de le développer. Par ailleurs, d'autres sensations perceptives, davantage centrées sur le sujet comme la proprioception, l'équilibre, vont avoir des conséquences sur les déplacements. La personne âgée doit s'adapter à la perturbation de ces perceptions pour gérer les sensations de perte d'équilibre.

C'est donc à une nouvelle relation à son corps que le sujet vieillissant est confronté : non seulement dans la connaissance de ses limites physiques, mais aussi par rapport à son image corporelle.

2) La relation à soi chez le sujet vieillissant

a) La maîtrise de l'espace

1. De nouveaux repères

La personne âgée doit réajuster la marche en fonction de ses possibilités qui se dégradent. On observe des difficultés quant à l'équilibre statique ou dynamique. Celui-ci est altéré principalement à cause d'une dégradation des cellules au niveau du système vestibulaire situé dans l'oreille interne: on parle de la presbystasis.

La dégénérescence des cellules contenues dans le vestibule commence dès 40 ans et se poursuit lentement jusqu'à 70 ans, pour s'accélérer ensuite. Ceci provoque des sensations de vertige et les risques de chute sont fréquents. (Fontaine, 1999)

Si le sens de l'équilibre fait appel à l'oreille interne, d'autres facteurs interviennent dans une moindre mesure comme la vue, la proprioception, la kinesthésie...

La kinesthésie est la perception que nous avons de nos mouvements grâce à des capteurs contenus dans les muscles et les tendons. Ce sens, qui est peu altéré avec le vieillissement participe aussi à l'équilibre. Quand il est altéré, c'est notamment à cause de la faiblesse musculaire et de la raréfaction des récepteurs contenus dans les muscles, les tendons, ce qui augmente le temps de réaction des ajustements posturaux face aux déséquilibres, et favorise le risque de chute (Rancurell, 1992).

Ainsi c'est la bonne intégration de ces informations perceptives d'origines variées qui va préserver le schéma corporel et qui permet à l'individu de percevoir son corps dans l'espace pour s'y orienter. **La somesthésie** qui réunit l'ensemble « des sensations extéroceptives (tact, pression, chaud, froid...), les sensations proprioceptives (musculaires et tendineuses) et les sensations douloureuses. » (Carric, 2000, p 173), est moins mise à contribution du fait d'un certain immobilisme ce qui peut être l'une des causes qui amènent à la destruction du schéma corporel. Celui-ci est tout autant lié à l'individu car il se structure sur les sensations perceptives du sujet, qu'il l'est à l'environnement, car sa bonne structuration va permettre à l'individu d'orienter son corps dans l'espace.

Le schéma corporel est « la représentation de notre corps et la place qu'il occupe dans l'espace. Cette représentation est édifiée sur des données tactiles, visuelles, kinesthésiques et labyrinthiques. » (Carric, 1999, p167)

Lorsque le fonctionnement de ces organes perceptifs est altéré comme on vient de le voir, cela demande un remaniement des repères qui se modifient insidieusement au cours de la sénescence et auxquels la personne âgée doit constamment s'adapter.

Plus elle est dans la capacité à fournir ces efforts, via éventuellement le soutien des praticiens, plus elle se maintient à l'état de sujet.

2. Les performances

Les performances motrices diminuent ce qui modifie le rapport à l'espace et au temps. Tout déplacement prend plus de temps qu'avant : le cœur s'essoufle, la capacité musculaire est moins efficace, la récupération physique après l'effort est plus lente, la fatigue se manifeste plus rapidement. La personne âgée présente de nouvelles limites physiques qu'elle doit apprendre à connaître. Les déplacements sont plus lents avec des pas lourds, raccourcis et traînants. Les mouvements perdent de leur amplitude, de leur souplesse, et de leur précision.

Écoutons Jacques Brel (1963) dans sa chanson "Les Vieux" dont les paroles sont les suivantes : « Les vieux ne bougent plus, leurs gestes ont trop de rides, leur monde est trop petit, du lit à la fenêtre, puis du lit au fauteuil, et puis du lit au lit. ». Les espaces parcourus diminuent nécessairement peu à peu. Ceci joue un rôle inévitable dans le rétrécissement des relations aux autres. Les difficultés à se déplacer expliquent que, désormais, faute de venir difficilement rencontrer l'extérieur, c'est l'extérieur qui doit venir au vieillard, ce qui affecte les relations. Ainsi, l'espace physique se rétrécissant, le champ d'action du vieux diminue et, comme le dit Levet-Gautrat (1989), ce sont tous les espaces qui se rétrécissent, qu'ils soient : sociaux, visuels, auditifs, mentaux, et temporels.

b) Une nouvelle image

1. Le visage

Les cheveux blancs renvoient au vieillissement, même si cette modification physique n'est pas exclusivement réservée aux vieux. C'est davantage un symbole. Pour certains hommes, on fait référence à la calvitie.

La peau se plisse dans l'ensemble du corps et sur le visage, on parle des rides. Celles-ci sont plus ou moins importantes selon les âges et les personnes. Mais, généralement, le vieillissement est vécu comme un enlaidissement plutôt qu'un embellissement.

2. La peau

Outre la diminution de la sensibilité tactile, l'apparence de la peau se modifie par l'apparition de tâches et de rides. Par ses aspects plissés, ridés, fanés, par la perte de son élasticité, la peau est un contenant aux limites floues et incertaines.

3. La posture

En proie à une désorganisation tonique, la posture est souvent figée.

La personnes âgée présente généralement une flexion du tronc. Les membres inférieurs sont légèrement fléchis (Rancurell, 1992). Par ailleurs, les jambes sont écartées pour augmenter le "polygone de sustentation" afin de diminuer les risques de déséquilibre. La colonne vertébrale se tasse : la personne perd quelques centimètres de taille.

Ces modifications, liées à la vieillesse, donnent une nouvelle image corporelle à laquelle le sujet âgé doit petit à petit s'habituer.

4. L'image du corps

Elle dépend autant de ce que nous renvoie l'entourage que de la manière dont l'individu se voit, et ce regard subjectif n'est pas forcément en corrélation avec l'état physique.

D'après Schilder, « **l'image du corps** humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même » (Touzé, 1996, p25).

c) Le vécu corporel

1. La santé

On peut, en ce qui concerne les réflexions précédentes, parler de vieillissement normal ou bien de vieillissement "commun" comme l'emploient Abraham et Siméone (1984).

Si le vieillissement organique va dans le sens du déclin, on ne peut pas parler de maladie pour autant.

La santé est un sujet inséparable du vieillissement. Selon Moulias (2000), on ne meurt pas de vieillesse mais de maladie. Les vieux sont davantage vulnérables face aux diverses affections. Par ailleurs ils sont confrontés aux maladies dégénératives spécifiques au vieillissement comme la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, les démences, les dépressions... Ces maladies, dont les plus fréquentes sont les deux dernières selon Fontaine (1999), ont de malheureuses conséquences motrices, et/ou psychiques, amenant inévitablement l'individu à la dépendance à l'autre et le poussant encore plus à vivre son corps comme un objet.

2. La douleur

Les modifications biologiques entraînent des changements qui provoquent des diminutions, voire des incapacités physiques, et elles provoquent aussi des douleurs comme par exemple celles liées à l'arthrose ou aux rhumatismes... Cette douleur est difficilement évaluable car elle dépend du degré de tolérance de la personne âgée.

Si la douleur commence à être davantage prise en compte et donc à être mieux traitée, il existe aussi un déni chez le vieillard qui, parfois, vit son corps douloureux comme une conséquence normale de la vieillesse qu'il doit accepter.

Le corps devient parfois un « corps-douleur », corps objet de douleur.

3. Le plaisir

Le plaisir corporel devient difficile d'accès.

Au cours de l'existence, on peut noter deux périodes de modifications biologiques dans la vie d'un individu mais elles sont à l'opposé : l'adolescence s'opère au début de la vie adulte et permet des acquisitions, alors que la vieillesse marque la fin de la vie adulte et de ses atouts.

La sexualité étant un des aspects du plaisir corporel, on peut ajouter que les capacités sexuelles augmentent à l'adolescence et diminuent chez le vieillard.

Déjà, dans son œuvre : « Savoir Vieillir » (1990) écrit en l'an 45, Cicéron comparait le vieillissement à l'adolescence, en développant l'idée que si le vieux perd les plaisirs corporels, physiques, il gagne en plaisirs de l'esprit, dans le sens où il possède la connaissance par l'expérience. Cicéron avait le pressentiment que, malgré les multiples pertes qu'engendre la vieillesse, le vieillard pouvait continuer à vivre heureux. Ainsi, pour lui, tout dépend comment la personne âgée considère dans son esprit le vieillissement.

On peut dire que cette œuvre, très ancienne, est encore d'actualité, pour deux raisons.

D'une part, il paraît donc avoir toujours existé des vieillards heureux et des vieillards malheureux, face à leur condition. Car aujourd'hui encore, certains considèrent la vieillesse uniquement comme quelque chose d'insupportable alors que d'autres semblent mieux la supporter. Dans une interview à Levet-Gautrat (1993), celle-ci nous dit : « Tout le personnel gériatrique, (...), a nui à la perception de la personne âgée en véhiculant des images épouvantables. Il est évident que ceux qui travaillent en gériatrie, en long séjour, auprès de personnes très abîmées par l'âge, ont une vision négative. Pourtant, dans la rue, tous les jours, nous rencontrons des vieux qui ne sont pas dans un état décrit comme lamentable. » (p 12).

D'autre part, s'il est vrai que la santé organique est un facteur qui intervient dans le vécu de sa propre vieillesse, on ne peut nier l'impact du facteur psychologique. Sans tomber dans un tableau manichéen, on peut noter qu'à santé égale et à âge égal, on observe de grandes différences entre deux vieillards : l'un sera globalement heureux, sachant profiter de ce que la vie continue de lui offrir, ayant des désirs; l'autre restera amer sur ce que la vie lui retire. La différence entre ces deux exemples est liée au fonctionnement psychique de ces deux vieillards.

Nous avons vu que le vieillissement s'accompagnait de pertes de nature biologique et sociale. Ainsi, les pertes biologiques peuvent-elles aller jusqu'à la diminution de l'autonomie et de la maîtrise de l'espace. Pour Alaphilippe (2001), ces deux notions sont : « les éléments qui contribuent à la construction du besoin fondamental qu'est pour lui l'estime de soi » (p 13).

Une personne totalement dépendante de son entourage risque de ne plus se considérer comme un sujet à part entière, capable de ressentir, de penser, d'agir et d'entrer en relation mais comme un objet devenu passif.

Enfin, si les conséquences du vieillissement biologique sont difficilement maîtrisables par le sujet, celui-ci peut, en revanche, agir, seul ou avec l'aide des professionnels, sur son fonctionnement psychique.

C) Le Vieillessement Psychique

Le vieillissement de la personne ne peut se résumer qu'en une série de pertes qu'elles soient d'origine sociale ou biologique. Le vieillard possède un passé et c'est celui-ci qui lui confère son individualité: c'est ce qui le rend sujet unique, et c'est pourquoi il existe autant de modes de vieillissement que d'individus. C'est l'interaction de multitudes de données événementielles, familiales, culturelles, biologiques, qui confère à l'individu sa dimension personnelle.

S'il existe des caractéristiques communes quant au vieillissement biologique, nous aborderons, dans cette dernière partie, le caractère à la fois commun et spécifique de la psyché du sujet âgé.

Si le vieillissement biologique contient une part irréversible, car le vieillissement fait partie intégrante de la vie, le mouvement psychique qui s'opère face à la sénescence présente une part réversible. Comme le dit Le Gouès, (1998) bien vieillir psychiquement dépend de l'attitude de la personne âgée face aux nouvelles données que lui impose l'existence, face aux pertes et à la mort.

1) La crise existentielle

« C'est qu'il faut bien voir que chez tout sujet âgé, il y a au moins à l'état potentiel une crise d'existence. » (Abraham et Siméone, 1984, p45). A ce sujet, Le Gouès (1998) parle de « crise de milieu de vie » (p 2).

« La théorie du vieillissement ne peut pas échapper au concept d'identité, de mort et de déroulement du temps » (Hupin, 2000, p30)

On peut se demander dans quelle mesure la question de la mort et de la temporalité peuvent intervenir dans la crise existentielle du sujet vieillissant.

a) L'angoisse de mort

L'angoisse concerne la mort du sujet lui-même et aussi la mort de ses proches auxquelles la personne âgée est de plus en plus confrontée au cours du vieillissement. Faire le deuil de ses proches demande un travail psychique qui met en jeu le narcissisme.

Si le sujet jeune considère la mort comme un accident, comme quelque chose qui n'arrive qu'aux autres, la réalité qui s'impose au sujet âgé vient bouleverser ce fantasme d'éternité qui est présent dans l'inconscient de chaque individu et dont Le Gouès (1998, p 35) nous parle. La mort deviendrait donc une donnée beaucoup plus réelle.

b) La temporalité

Le sujet jeune peut remettre à plus tard alors que le sujet âgé sait qu'il ne le peut plus car le temps lui est compté. Le Gouès (1998) parle chez le jeune du fantasme d'intemporalité qui « consiste à se comporter comme si la jeunesse était inaltérable » (p 35). La vie psychique de la personne âgée se réorganise en partie autour de cette question. Ce fantasme ne rencontre pas d'obstacle chez le jeune qui se sent invulnérable, alors que le sujet âgé doit lutter pour que la réalité, à laquelle il se trouve confronté, ne vienne pas annihiler ce fantasme qui, avec le fantasme d'éternité, « rassemblent l'ambition du désir » (Le Gouès, 1998, p 35).

Le Gouès (2000) nous fait alors comprendre la nécessité d'avoir un Moi fort afin de maintenir les désirs de vie et ne pas les anéantir par cette nouvelle prise de conscience. Il existe alors une nouvelle dynamique psychique qui se caractérise par « un processus de mise en tension du Moi d'avec le Ca ». (Le Gouès, 2000, p6) c'est-à-dire qu'il existe donc un conflit entre l'inconscient qui met en jeu la pulsion de vie, et le Moi conscient qui sait qu'il va mourir.

c) Le sens de la vie

La question de la temporalité est aussi en rapport avec le sens que le sujet âgé donne à son vieillissement. La proximité de la mort pousse le sujet à faire une sorte de bilan de sa vie et à en donner un sens (Abraham et Siméone, 1984).

Si le vieillard parvient à diriger son énergie vitale au-delà des plaisirs corporels, des performances, du paraître, de l'avoir, et à l'orienter davantage vers la recherche de soi, le sens de sa vie, il ne considérera pas la vieillesse comme une punition mais l'accueillera avec plus de sérénité et de sagesse. Pour Abraham et Siméone (1984), bien vieillir, c'est aussi échanger le plaisir contre le sens. De cette façon, le vieillissement ne constitue pas une rupture entre ce qui « était » et ce qui « est », mais bien une continuité de l'être, dont le passé n'est pas une donnée perdue, nostalgique, mais active, car il donne au sujet son identité propre qu'il continue d'actualiser dans le présent.

Comme le dit Thévault (1994) : « Le corps et son vécu s'enracinent dans une histoire personnelle, actuelle et passée. Chacun vivra cette étape de la vie en fonction de ses identifications, repères, valeurs personnelles, de sa propre expériences des pertes antérieures mais aussi des assises de sa personnalité. » (p 86). Ainsi, vieillir peut être considéré comme une réelle rencontre avec soi (Thévault, 1994) ou comme une «nouvelle naissance» comme le dit Levet-Gautrat (1993, p 12). Si le sujet vieillissant perd physiquement, il gagne en expérience et en connaissance de soi, si toutefois il réussit à conserver de l'estime pour son être "sujet"; mais cela nécessite un remaniement de l'organisation psychique de l'individu vieillissant.

Selon Le Gouès, (1998) la crise existentielle évolue davantage par étapes successives que de façon linéaire. Par ailleurs, un bon vieillissement psychique dépend de la manière dont la personne âgée gère cette crise.

2) Le narcissisme mis à l'épreuve

Le **narcissisme** se définit comme l'amour porté à l'image de soi-même (Laplanche et Pontalis, 1967). Thévault (1994), nous parle du devenir du narcissisme du sujet vieillissant et définit ce terme comme « l'investissement de soi, le sentiment de la valeur et de la solidité de son existence ». (p 85)

Nous allons voir que le narcissisme relève à la fois des ressources internes de l'individu ainsi que du monde extérieur.

a) Narcissisme et Idéal du Moi

D'après Le Gouès le narcissisme est issu du rapport que l'on entretient avec soi même et qui s'exprime par la relation qui existe entre le « Moi » du sujet et « l'idéal du moi » (c'est-à-dire les caractéristiques qu'il aimerait posséder). **L'idéal du moi** est un terme Freudien qui « constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer » (Laplanche et Pontalis, 1967, p 184). L'idéal du moi est propre à chacun: il est une des composantes de la personnalité du sujet. Par le biais de l'investissement de certains objets, on peut dire que c'est une manière d'exprimer sa personnalité. Or, chez le sujet âgé, « le Moi, devant l'Idéal du Moi, se juge moins aimable, moins séduisant, moins performant » (Le Gouès, 2000, p 16).

b) Narcissisme et investissement extérieur

Dans le sens psychanalytique du terme, selon Laplanche et Pontalis (1967), l'**objet** se définit comme ce qui est source d'attirance et d'amour: c'est le plus généralement une personne mais ce peut être aussi un objet fantasmatique.

Selon Laplanche et Pontalis (1967), la **libido** se définit comme: « énergie postulée par Freud comme substrat des transformations de la pulsion sexuelle quant à l'objet (déplacement des investissements), quant au but (sublimation par exemple), quant à la source de l'excitation sexuelle (diversité des zone érogènes). » (p224).

Selon Le Gouès (1998), l'individu alimente son narcissisme en investissant sa libido sur certains objets, en fonction de son idéal du moi.

Par ailleurs, le narcissisme peut aussi s'alimenter du retour des objets investis. Durant sa vie, l'individu va s'efforcer de placer son énergie vitale (en quelque sorte, la libido) dans des activités, afin d'avoir un retour positif sur lui-même, de valoriser son narcissisme et l'estime de soi, et de se créer une identité par les processus d'identifications. Ceux-ci sont présents au cours de la vie ; ils peuvent se modifier, et sont remis en question pendant le vieillissement.

Selon les concepts psychanalytique et d'après le vocabulaire de la psychanalyse, (Laplanche et Pontalis, 1967) le terme d'**identification** se définit par « le processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. » (p187). Ces identifications permettent de créer l'identité de l'individu et donc lui donnent le sentiment d'exister en tant que sujet unique. Selon Abraham et Siméone (1984), bien vieillir, c'est maintenir les identités et les intérêts pour l'extérieur.

Avec le passage à la retraite, il peut exister un sentiment de perte d'identité chez le sujet âgé qui doit abandonner ses identifications antérieures pour en trouver d'autres ainsi que de nouvelles sources de gratifications. Outre l'acceptation de la perte d'une image idéale, le sujet âgé doit aussi faire le deuil des différents rôles et statuts qu'il avait dans la société lors de son activité professionnelle.

Lorsque l'objet sur lequel le sujet investit sa libido vient à disparaître, lors d'un accident ou d'une séparation par exemple, Le Gouès (1998) parle alors « d'hémorragie narcissique » (p 15) qui peut s'arrêter seulement si le travail de deuil, qui consiste réussir à diriger la libido vers un autre objet, est fait.

Il s'agit, pour l'individu âgé, de maintenir une continuité entre son milieu interne et son milieu externe. En restant trop attaché aux investissements du passé, en niant les aspects évolutifs liés au vieillissement, celui-ci devient pour le sujet une rupture davantage qu'un changement de vie. Comme le dit Thénault (1994), toute sa vie le sujet doit s'adapter aux changements, aux deuils. Mais, comme on l'a vu, le sujet âgé doit faire preuve d'une capacité d'adaptation encore plus grande, car ces changements remettent en cause certaines données profondes de l'organisation psychique, comme le narcissisme, sur lesquelles s'étaye toute la personnalité de l'individu. « Ces changements vont mettre à l'épreuve l'unité narcissique de la personne. La crainte de la défaillance vient alerter son vécu intime ». Par conséquent, « le défi de cette étape de la vie est d'allier la perte au maintien de l'intégrité de soi malgré la perte » (Thénault, 1994, p 85).

« Ce processus de désinvestissement de soi, cette crise identitaire amènent souvent la personne âgée à trouver une possibilité d'aménagement défensif ou à recourir à la pathologie » (Hupin, 2000, p30). Mais, face aux risques de désintégration de la personne et pour renégocier son rapport à elle-même et à l'entourage, le sujet âgé doit effectuer un travail psychique d'intégration.

Le maintien de cette intégrité, des identifications et de l'estime de soi, passe avant tout et nécessairement par le deuil de son Moi.

3) Deuil du Moi

Pour garder le goût de la vie et continuer à avoir de l'intérêt pour le monde extérieur, le sujet doit continuer à maintenir des identifications afin d'exister en tant que sujet en relation avec le monde extérieur.

a) Les deux pulsions fondamentales

La **pulsion** est un« processus dynamique consistant dans une poussée (charge énergétique, facteur de motricité) qui fait tendre l'organisme vers un but. Selon Freud, une pulsion a sa source dans une excitation corporelle (état de tension) ; son but est de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle ; c'est dans l'objet ou grâce à lui que la pulsion peut atteindre son but. » (Laplanche et Pontalis, 1967, p 359).

Freud distingue la pulsion de vie (nommée Eros) qui dirige les actes de l'individu du côté de la vie, et la pulsion de mort (nommée Thanatos) qui pousse le sujet à des comportements davantage tourné du côté de la mort. Ces deux pulsions interagissent entre elles : quand l'une augmente, l'autre diminue. Ainsi, selon la personnalité de l'individu, telle pulsion va dominer l'autre de façon plus ou moins importante. Elles accompagnent l'existence de l'individu et déterminent certains de ses actes. Par exemple, on peut dire que les comportements typiques du sujet dépressif sont sollicités par la pulsion de mort qui domine la pulsion de vie. Selon Le Gouès (1998), les deux pulsions sont égalitaires chez le sujet âgé avec une tendance de la dominance de Tanathos sur Eros.

Quelles sont les étapes à franchir pour maintenir la pulsion de vie?

b) Deuil du Moi et réinvestissement

Hupin (2000) compare la crise existentielle de la personne âgée à celle de l'adolescence, car, dans les deux cas, l'identité du sujet est remise en cause. A cet égard, cet auteur relate les propos de Freud en nous disant que, si l'adolescence doit faire le deuil des objets, le sujet vieillissant doit faire le deuil de son moi.

Le sujet qui refuse de vieillir est un individu qui reste fixé à ses modes de fonctionnement psychique antérieurs. Sa libido n'arrive pas à s'attacher à d'autres objets. Le narcissisme s'appauvrit puisque les objets investis disparaissent peu à peu. Le retour narcissique ne s'opère plus. La personne n'arrive pas à trouver d'autres modes de satisfactions que ceux déjà exploités. Par ailleurs, comme le soulignent Ferrey et Le Gouès (2000) le sujet vieillissant est en voie d'isolement, ce qui l'incite à tourner sa libido sur lui-même, ce qui est source de conséquences désastreuses. Les auteurs parlent « d'une susceptibilité à fleur de peau, d'une baisse des sublimations si précieuses pour réalimenter le narcissisme sain, (...) un contrôle accru sur les êtres et sur les choses (...) et aussi par une soif d'honneurs et de titres socialement avantageux. » (p 17).

Faire le deuil de son Moi, c'est libérer l'énergie psychique de ses modes de satisfaction du passé afin de la placer sur les nouvelles données corporelles imposées au sujet vieillissant. C'est aussi et d'abord accepter de perdre certaines représentations idéales, car celles-ci dirigent le sujet âgé vers la dépréciation de soi, puisqu'il réalise qu'il est en proie à des pertes inévitables.

Abandonner ses représentations idéales antérieures, c'est se donner les moyens d'en trouver de nouvelles, plus adaptées à la situation. C'est alors que la pulsion de vie pourra dominer sur la pulsion de mort. Si la personne âgée ne fait pas le deuil de son Moi, elle risque de se réfugier dans la régression, la dépression et finalement dans la dépendance. C'est alors que la pulsion de mort domine. Car comme le dit Abraham et Siméone (1984) : « C'est bien dans le refus d'un travail de deuil, dans l'impossibilité d'affronter la réalité, que s'inscrivent, lorsqu'ils se produisent, régression et repli narcissique du sujet vieillissant. » (p 48).

Faire le deuil de son Moi, ce n'est pas renoncer à soi, au contraire. Cela permet de continuer à avoir des satisfactions qui se fondent sur des désirs adaptés à la réalité, car, comme le dit Le Gouès (1998) « le désir n'a pas d'âge » (p 33). Cela permet aussi, alors que le corps n'était considéré seulement que comme un corps mis à mal, souffrant des pertes auxquelles faisait référence l'Idéal du Moi, de retrouver la possibilité de vivre celui-ci avec du plaisir, puisque l'idéal du Moi a changé. En effet, toute l'énergie psychique ne se concentre plus alors uniquement sur un corps de souffrance, de douleur, et le sujet peut utiliser son énergie "libérée" à apprendre à le considérer aussi comme un corps-plaisir. Le plaisir peut être retrouvé ailleurs que dans les seules représentations antérieures dont le sujet se trouve "prisonnier" tant qu'il ne fait pas le deuil de son Moi.

Si le plaisir corporel tant à s'éloigner, ce qui implique que le sujet âgé doit s'en détacher, c'est bien par ses ressources psychiques qu'il pourra maintenir sa dimension de sujet. Comme le dit Abraham et Siméone (1984), « hormis des cas franchement pathologiques, il existe une responsabilité individuelle des modes de vieillir. » (p 44). Certaines personnes âgées se vivent comme des objets, d'autres continuent à s'affirmer comme des sujets.

III. Partie Pratique

A) Présentation de l'Institution

La maison de retraite est un établissement médicalisé public. Elle se situe dans le centre hospitalier, au cœur d'une ville de taille moyenne.

L'établissement s'est ouvert en 1996, offre 74 lits dont 50 lits de section de cure médicale.

Le projet de vie de la maison de retraite "s'attache au respect de l'individu tout en tenant compte de la vie en collectivité", et il repose sur la mission qui est de " préserver l'identité, la dignité et l'autonomie de la personne dans un lieu de vie ouvert".

Les objectifs sont : " assurer un accueil chaleureux, le confort des résidents, préserver le plus longtemps possible leur autonomie et leur dignité, éviter la souffrance, proposer une qualité de vie au travers d'animations variées, accompagner les personnes âgées jusqu'au bout de la vie".

La politique générale de la maison de retraite est basée sur une prise en charge médicale, la sécurité d'une présence paramédicale et un programme d'activités diversifiées.

On distingue trois axes: l'axe hôtelier, l'axe de soins et l'axe de l'animation.

La conception de l'équipe est d'inscrire les résidents dans une démarche participative afin d'éviter autant que possible la régression. Ainsi, les grandes règles sont-elles les suivantes: ne pas rester au lit à outrance, s'habiller soi-même avec ses propres vêtements, participer à la vie quotidienne de la maison (activités occupationnelles) et prendre ses repas au restaurant car ce sont des moments d'échanges et de communications. Ces règles sont plus souples si la personne est fatiguée ou malade.

1) Les Locaux

a) Architecture

L'architecture est moderne, à caractère résidentiel, tout en se voulant fonctionnelle, et comprend des aménagements adaptés aux besoins des résidents. L'idée qui oriente les choix architecturaux est celle de "gommer l'aspect hospitalier".

1. Architecture intérieure

Les chambres sont réparties sur trois niveaux autour d'un atrium, grand hall éclairé par une verrière qui apporte un maximum de clarté. Une communication existe entre quelques chambres pour permettre d'accueillir les couples.

2. Architecture extérieure

Un espace jardin à l'extérieur est prévu. On y trouve une aire de pétanque, une terrasse, et un espace fleuri pour l'atelier floral.

3. Salles et chambres

Au rez-de-chaussée on trouve certains espaces communs comme: un atrium, une salle d'animation, un restaurant, une salle de consultation, une salle de rééducation, des aménagements pour les liaisons verticales (ascenseurs, monte-charges), un salon de coiffure. Par étage, on trouve 24 ou 25 chambres, un salon, un office tisanerie, des sanitaires pour le personnel, une salle de préparation de soins, des locaux de service.

Une chambre offre un espace de 16 à 20 m² et comprend une zone de repos et de séjour, proche de la fenêtre, permettant une vue sur l'extérieur en position assise et une salle de bain (lavabo, douche, sanitaires).

Par ailleurs, les chambres sont munies d'un système d'éclairage, de prises de télévision et d'un dispositif de sonnette d'alarme.

En ce qui concerne la cure médicale, les lits se répartissent dans l'ensemble des unités de vie de l'établissement.

b) Aménagement de l'espace

L'espace mis à disposition est utilisé pour répondre aux besoins de confort du résident.

1. Des repères

Certains aménagements de l'espace facilitent l'orientation de la personne âgée par la mise en place de repères, afin qu'elle ne se sente pas perdue et s'approprie cet espace plus aisément.

- **Orientation spatiale**

Les couleurs sont utilisées pour donner des repères. Ainsi, la couleur de l'encadrement des portes est-elle différente selon l'étage: jaune pour le premier étage, bleu pour le deuxième, et vert pour le troisième. Par ailleurs, le choix des couleurs s'intègre dans une démarche soignée: en effet, le jaune est stimulant pour le système nerveux, le bleu a un effet calmant sur ce même système nerveux et, enfin, le vert est une couleur calmante et rafraîchissante, a une action sédative sur le système nerveux et est efficace sur l'insomnie, l'épuisement, l'irritabilité.

Pour une meilleure reconnaissance, la porte d'entrée de chaque appartement est personnalisée (travail réalisé en atelier avec les résidents).

Enfin, des panneaux fléchés permettent d'indiquer les directions des différentes salles.

- **Orientation temporelle**

Des horloges à gros chiffres ainsi que des calendriers type "éphéméride" sont disposés sur les murs. Un tableau indiquant les événements journaliers (dates, fêtes et anniversaires, activités, météo...) est mis à jour. De même, à l'entrée du restaurant, le repas est indiqué en grosses lettres.

2. Le mobilier

Le mobilier est adapté aux personnes âgées.

Les chambres disposent de fauteuils gériatriques et de lits électriques à hauteur variable.

Dans la salle de bain se trouvent des chaises de douche sur roulettes.

Au restaurant, les tables sont accessibles aux fauteuils roulants ou aux fauteuils gériatriques, et les chaises possèdent toutes des accoudoirs.

3. Une convivialité

La salle de restaurant est munie de rideaux.

L'agencement des tables est prévu pour créer des endroits intimes. Ce sont des tables rondes de quatre personnes.

On trouve sur chaque table un pot à anse, une nappe en tissu protégée par un revêtement plastifié, une vaisselle traditionnelle, une salière-poivrière.

4. Une individualité

La personne âgée peut apporter ses meubles et décorer sa chambre comme elle le souhaite. Il y a la possibilité de fermer la porte à clé (la surveillante est munie d'un double des clés, par mesure de sécurité).

2)La population

a) Caractéristiques de la population

1. Conditions d'entrée

Pour un meilleur accueil et une bonne prise en charge des résidents, la maison de retraite ne souhaite pas recevoir plus d'un tiers de personnes âgées atteintes de démence, ni des personnes atteintes de pathologies psychiatriques.

2. Données socio-démographiques

La maison de retraite accueille (1999):

- un résident de moins de 60 ans
- 3 résidents de 60 à 69 ans
- 10 résidents de 70 à 79 ans
- 26 résidents de 80 à 89 ans
- 34 résidents de 90 à 99 ans

3. Age et population

L'âge moyen des résidents est de 87 ans.

On trouve 81 % de personnes âgées de plus de 80 ans et 19% qui sont âgées de moins de 80 ans (1999).

En 20 ans, l'âge d'entrée en maison de retraite est passé de 65 à 87 ans. Ces chiffres témoignent d'un vieillissement de la population, d'une volonté de maintien maximum au domicile et d'un choix des structures en fonction du degré de validité et de la perte d'autonomie.

Une forte proportion des résidents est, par son âge, d'une autonomie réduite. Tout déplacement est difficile, source d'égarement et l'assistance apportée par le personnel est importante.

4. Autonomie et population

La grille nationale de la dépendance "A.G.G.I.R." (Autonomie Groupes Iso-Ressources) permet d'apprécier d'une façon globale la dépendance. On distingue alors les personnes dépendantes, les personnes semi-dépendantes et les groupes valides.

Voici les différentes rubriques concernant l'évaluation de la dépendance, les chiffres représentant le nombre de personnes qui ont besoin d'aide: cohérence (50), orientation (37), toilette (73), habillage (41), élimination (59) alimentation (41), transferts (38), déplacements à l'intérieur (37), déplacements à l'extérieur (56), communication à distance: utilisation des moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...(45).

b) Organisations quotidiennes

1. Les repas

Le petit déjeuner est servi en chambre à partir de 8h15. Le déjeuner est à 12h, le goûter à 15h et le dîner à 18h

2. Les animations

Les activités proposées sont: des spectacles, des séances de maintien en forme, la bibliothèque, des jeux de société, des activités manuelles, des séances de projection, des ateliers de pâtisserie, de chorale, de vidéo, et de détente type "massages doux".

Des groupes extérieurs sont invités régulièrement (échanges avec d'autres maisons de retraite; visites d'enfants d'école maternelle, primaire, collège et lycée; Centres aérés de l'aumônerie locale).

Un véhicule de 9 places permet d'organiser des sorties (shopping, visites...)

Les anniversaires sont souhaités, et les fêtes rythment l'année (Noël, Pâques...). Deux repas sont prévus avec la Direction et les familles.

3. Les visites

Le résident peut recevoir ses proches aussi souvent qu'il le souhaite .

4. Le culte

Un office religieux est célébré le samedi et à chaque grande fête religieuse. L'aumônier effectue de nombreuses visites à la maison de retraite.

Tout ministre du culte du choix de la personne âgée peut également venir lui rendre visite.

3) L'équipe professionnelle

a) La composition

L'équipe est multidisciplinaire et se compose de deux groupes. Tout d'abord, les personnels de tout le service de santé avec deux médecins vacataires, présents 5 demi-journées par semaine, un cadre infirmier soignant, une secrétaire, une psychomotricienne, 4 infirmières dont une à temps partiel, 20 aide-soignants, 7 agents hôteliers dont une lingère.

Par ailleurs, d'autres professionnels non permanents: un infirmier cadre supérieur, un kinésithérapeute, une diététicienne, des préparateurs en pharmacie, des agents de l'équipe technique et de l'environnement, une aumônière, une coiffeuse, des bénévoles.

Le résident peut faire appel au médecin de son choix mais sa rémunération lui incombe. Les soins de coiffure et de pédicure sont à la charge du résident.

b) Les outils de coordination

1. Supports écrits

Le dossier de santé regroupe des éléments médico-psycho-sociaux afin d'avoir une meilleure connaissance du résident et un meilleur suivi.

Chaque intervenant professionnel est chargé d'apporter par écrit des conclusions après ses actes auprès de la personne âgée. Ces informations sont regroupées et accessibles aux autres afin que les informations circulent.

Chaque résidant possède un dossier qui comporte les rubriques suivantes: les habitudes de vie qui donnent des renseignements socio-familiaux et culturels, les prescriptions d'examens, les activités rééducatives, les pansements, les surveillances alimentaires et les constantes, et la grille AGGIR concernant le degré d'autonomie du résidant.

Par ailleurs, une fiche d'évaluation de la dépendance, mise à jour chaque mois, est présente dans chaque chambre et dossier. L'application de pastilles de couleur permet de visualiser rapidement et de façon globale, les possibilités du sujet âgé, quant aux actes de la vie quotidienne: le vert pour l'autonomie, le jaune pour les besoins d'aide et le rouge pour la dépendance.

2. Supports oraux

Des réunions journalières sont prévues regroupant l'équipe du matin et de l'après-midi afin que le relais des informations puisse se faire. Ces réunions sont destinées à relater à toute l'équipe les événements de la journée concernant les prises en charge des résidants.

Par ailleurs, il existe des réunions concernant essentiellement des questions d'organisation de l'équipe.

c) Les implications des professionnels

1. Les soins

Les soins prodigués aux résidants s'organisent en fonction des soignants référents.

Par ailleurs, la question de la dépendance dans la relations de soins est soulevée dans le projet de vie. En effet, ce dernier souligne des différences que le soignant doit prendre en compte, à savoir: ce que peut faire le résidant, ce qu'il veut faire, et ce qu'il fait réellement.

Cette remarque montre le souci de connaître les limites entre aider et faire à la place.

Ainsi, comme il est spécifié dans le projet, "une démarche participative des personnes âgées" est souhaitée "afin de stimuler tout leur potentiel existant."

2. Les animations

Les objectifs et les moyens de l'animation sont divers.

Nous avons vu précédemment les différents types d'animations proposés. En effet, les activités ont divers objectifs: valoriser les compétences, redonner confiance, conserver et développer les relations en organisant notamment des rencontres inter-génération, stimuler la créativité et l'intellect, sortir de la routine, prévenir la "grabatérisation"...

L'animation permet aussi au résidant de participer à l'aménagement de son environnement, de l'encourager à prendre des responsabilités comme soigner les plantes, dresser le couvert, porter des examens au laboratoire... Elle fait appel aux ressources de la personne âgée.

La réussite des activités dépend de la motivation des résidants

Enfin, les familles et les bénévoles sont les bienvenus pour participer aux animations.

3. Les limites rencontrées

Les quelques inconvénients énumérés dans le projet de vie créé en 1995 étaient les suivants:

- le réveil des résidents dès 7 heures
- 40 toilettes ou aide à la toilette avant 8h30
- relations pauvres en dehors des actes de soins
- animation pauvre à cause des difficultés à mettre en place des activités occupationnelles (manque d'effectifs, arrêts maladie, congés annuels, motivation selon les membres de l'équipe)
- quand il y a une animation, l'environnement est bâclé car l'animation est le plus souvent vécu comme un surplus de travail

Par conséquent, des remaniements sur le plan de l'organisation ont été effectués, ce qui permet "de respecter deux impératifs: aucun résidant ne doit être réveillé par les soignants avant 10h30 et les petits déjeuners et toilettes seront finis pour 11h30".

Cette organisation répond davantage à l'objectif qui est de concilier la vie en collectivité et le respect de l'individu sujet.

La maison de retraite a mis en œuvre les moyens dont elle dispose pour répondre à ses objectifs et montre beaucoup de dynamisme quant à la réalisation des projets.

Néanmoins, "la réalité au quotidien n'est pas toujours aussi belle" (projet de vie, p64)

Cela souligne bien les difficultés rencontrées pour concilier, à la fois, les exigences de la vie en collectivité, les réalités professionnelles (le temps et le nombre des professionnels), et la prise en charge de la personne âgée dans son individualité.

Dans cette présentation de la maison de retraite, nous constatons que le souci de ne pas réduire la personne âgée à un objet de soins et de la traiter en sujet à part entière est constamment présent dans le projet des responsables.

N.B.: les citations entre guillemets ainsi que les chiffres sont tirés du projet de vie de la maison de retraite effectué en 1995 et remis à jour en 1999.

B) La Psychomotricité au sein de l'Institution

1) Présentation

Le poste de psychomotricien a été créé en 1990 au sein de la maison de retraite. C'est un emploi à temps partiel, à 80%.

Ce poste a un statut particulier.

En effet, la psychomotricienne assure ses journées à horaires fixes (9H-17H), à la différence des autres soignants qui travaillent par roulement. Elle bénéficie des jours fériés mais doit néanmoins tenir compte de la planification des congés annuels de la surveillante et de la secrétaire, pour assurer le suivi des fonctions d'encadrement. En effet, hiérarchiquement il lui est assigné un rôle d'encadrement et de responsabilité au même titre que la surveillante et les infirmières.

2) La place de la psychomotricienne au sein de l'institution

a) Auprès des résidents

La psychomotricienne tient une place importante auprès du résident. En effet, dès l'entrée d'un nouvel arrivant, elle fait sa connaissance au cours d'un entretien d'accueil. La passation d'un M.M.S: Mini Mental Test (systématiquement) et d'un bilan psychomoteur (pas systématiquement) lui permettent d'apprécier les capacités du nouvel entrant, ses demandes, ses désirs. Une prise en charge en psychomotricité peut-être envisagée si nécessaire.

Les modalités de celle-ci vont différer selon les attentes et les besoins du résident: en individuel, en groupe, en atelier mémoire, et/ou en groupe relaxation/psychomotricité.

Le résident a la possibilité de venir aux séances pour observer, dans un premier temps, ce qui s'y fait, puis il pourra y venir régulièrement, s'il le désire, pour prendre une place participative dans le groupe.

Au cours de l'année, la psychomotricienne peut juger utile d'effectuer des bilans pour se rendre compte de l'évolution de certains résidents.

b) Auprès de l'équipe

La psychomotricienne tient une place à part entière auprès de l'équipe. Elle peut être sollicitée par les autres professionnels pour donner son avis sur des résidents. Par ailleurs, on peut lui demander certains bilans psychomoteurs. La demande de prise en charge psychomotricité et/ou mémoire peut également émaner du médecin, de l'équipe, de la famille du résident.

Lors des réunions, elle apporte son point de vue, ce qui enrichit la compréhension de la personne âgée: elle tient compte des informations recueillies et en fonction de celles-ci, elle ajustera éventuellement la prise en charge.

Outre le rôle de soignant, la psychomotricienne joue un rôle d'encadrement en ce qui concerne l'organisation des animations. Les activités sont dirigées par les aide-soignants ou les bénévoles, et la psychomotricienne y contribue en gérant leur organisation dans le temps et l'espace, ainsi que dans la gestion financière de ces activités.

En fonction du budget alloué, la psychomotricienne doit donc prévoir les besoins annuels, et approvisionner les comptes en conséquence.

3) Les locaux

Les prises en charge en groupe s'effectuent dans des salles de type salle de rééducation ou salon d'étage, et les prises en charge individuelles s'effectuent le plus souvent dans les chambres.

a) Le bureau

La psychomotricienne bénéficie d'un bureau personnel qui se situe au rez-de-chaussée. Elle dispose d'un grand bureau, d'une table, d'un ordinateur, d'une photocopieuse, d'un téléphone et de placards pour ranger du matériel.

b) La salle de l'atelier mémoire

Les séances mémoire se tiennent dans un petit salon situé au 3^{ème} étage.

De grandes baies vitrées confèrent une bonne clarté à cette pièce.

Elle comporte une petite bibliothèque, une télévision, un grand panneau type "paperboard", 3 petites tables carrées disposées les unes à côté des autres, de manière à ce que les personnes soient placées à côté et face à face, afin de faciliter les échanges.

c) La salle de psychomotricité

Une salle nommée "espace santé" située au rez-de-chaussée est utilisée pour les séances de psychomotricité et de relaxation. Elle est calme, agréable et spacieuse.

On y trouve un miroir mural, quatre petites fenêtres équipées de stores. Un jeu de lumière est possible grâce à l'utilisation de l'hallogène. Cette salle comporte un coin lavabo, un tableau blanc, des barres fixes longeant un mur recouvert de miroirs.

On y trouve aussi un bureau, des chaises et des fauteuils de relaxation à dossiers inclinables.

De grands placards qui contiennent du matériel diversifié: ballons en tous genres, cerceaux, bâtons, cordes, matériel pour des activités gymniques, matériel de musique, matériaux de différentes matières destinées à stimuler les sensations tactiles...

4) Moyens d'interventions

a) L'entretien

L'entretien représente un moment durant lequel la personne âgée est invitée à parler d'elle. Il permet de connaître l'histoire du sujet dans ses événements de vie les plus marquants. C'est une rencontre avec son passé: ses antécédents familiaux, médicaux, chirurgicaux, professionnels, sociaux. Cet entretien permet d'évaluer aussi des données dans le présent : les conditions et les motivations de son placement en maison de retraite, son vécu depuis son arrivée, ses éventuelles difficultés de sommeil, d'alimentation...

L'entretien renseigne sur la personnalité: les centres d'intérêts, le comportement psychomoteur global (calme, agitation, anxiété...), son humeur générale, l'état des fonctions sensorielles.

L'entretien donne aussi quelques indications, notamment en ce qui concerne l'image du corps: la présentation, les douleurs corporelles éventuelles, la façon dont la personne parle de son corps seront les premières indications avant l'éventuelle passation d'un bilan géronto-psychomoteur en accord avec le résident.

b) Le bilan

Le bilan psychomoteur est une réelle démarche clinique car il permet ensuite de définir un projet thérapeutique. Le bilan psychomoteur est donc nécessaire pour tout début de prise en charge. Par ailleurs, des bilans de contrôle permettent de se rendre compte de l'évolution du patient.

Le bilan permet au psychomotricien de considérer la personne dans sa globalité et d'en apprécier le potentiel psychomoteur. Les résultats des tests sont aussi importants que la façon dont le patient se comporte. Le bilan dévoile les difficultés que peut présenter la personne, mais aussi ses compétences, car celles-ci pourront être utilisées comme moyens dans le projet thérapeutique.

Le bilan utilisé par la psychomotricienne de la maison de retraite est une adaptation du bilan établi par monsieur DUPONT, ancien psychomotricien et enseignant à la faculté Pitié-Salpêtrière. Il permet d'appréhender la personne âgée par l'étude de quatre domaines: moteur, corporel, spatio-temporel et social.

Il faudra tenir compte de la fatigabilité du sujet et veiller à ce que le temps de la passation ne soit pas trop long. Par ailleurs, il faudra s'adapter à ses capacités sensorielles.

Il est important d'avoir un regard bienveillant sur le patient, de dédramatiser les échecs afin qu'il ne se sente pas persécuté. D'autre part, il faut préciser à la personne que la finalité du bilan est de mieux la connaître, ce qui nous permettra de lui proposer un projet adapté.

Il faudra s'assurer que le sujet ne souffre pas d'affection somatique particulière, car cela peut avoir des retentissements sur les résultats du bilan.

c) Les prises en charge en psychomotricité

Les prises en charge à la maison de retraite peuvent se faire soit en groupe, soit individuellement.

Les prises en charge individuelles sont destinées aux personnes qui ne souhaitent pas bénéficier du groupe ou qui témoignent de pathologies psychiatriques lourdes. Elles s'orientent davantage vers un travail de relaxation.

Les prises en charge en groupe intitulées "*Psychomotricité et Relaxation*" ont pour but la prise de conscience du corps, la réconciliation du sujet avec celui-ci. Le travail vise la perception du corps, la connaissance de ses possibilités et de ses limites.

Quant aux séances dites "*atelier mémoire*" elles ont pour objectif de freiner le déclin des capacités mnésiques, et donc de maintenir, voire d'améliorer, l'autonomie intellectuelle, par une stimulation des fonctions supérieures: l'attention, la vigilance, le sens de l'observation seront sollicités par le biais d'activités mentales et sensorielles.

C) Etudes de cas

1) Etude de cas de Madame S

a) Présentation

1. Présentation

Madame S est née le 15 mars 1927 et est âgée de 74 ans. Elle est veuve et n'a pas d'enfant.

Elle a trois sœurs et un frère.

Elle est aujourd'hui retraitée, et travaillait auparavant à la caisse des dépôts

2. Anamnèse

Madame S est originaire du Nord de la France.

Elle est la deuxième d'une fratrie de quatre filles et d'un garçon, celui-ci étant le cadet.

Madame S travaille à 16 ans dans une imprimerie puis à partir de 18 ans à la caisse des dépôts.

Elle se marie à 23 ans puis devient veuve en 1981, suite au décès de son époux qui souffrait d'un cancer.

Avant d'habiter à la maison de retraite, elle vivait seule dans un appartement, ayant peu de contacts. Elle voyait surtout son frère et se faisait aider par son beau-frère qui habitait le même immeuble pour la gestion de ses papiers.

Elle entre dans la maison de retraite le 28 février 2000, souffrant alors d'une dépression.

3. Situation actuelle

Aujourd'hui, Mme S ne reçoit pas beaucoup de visites.

Elle ne présente pas de difficulté: ni alimentaire, ni de sommeil mais il est important de la stimuler car elle aime rester au lit.

Elle participe volontairement aux séances mémoire et de relaxation parce qu'elle apprécie beaucoup la psychomotricienne et elle y recherche de la compagnie.

Ses autres centres d'intérêts semblent être la télévision et la lecture. Elle aurait voulu faire de la danse plus jeune mais n'en a pas eu l'occasion. Elle n'évoque pas d'autres centres d'intérêt.

b) Bilans et Examens

1. Antécédents médicaux

Madame S a subi une ovariectomie suite à une tuberculose quand elle était plus jeune.

Elle présente aujourd'hui une dégénérescence de la macula (région de la rétine de l'œil) de l'œil gauche.

Elle s'est fait hospitaliser plusieurs fois, suite à un alcoolisme sévère, aujourd'hui sevré.

La dernière hospitalisation qui précède l'arrivée à la maison de retraite s'effectue du 12 janvier 2000 au 28 février 2000 pour perte d'autonomie. Le compte rendu de l'hospitalisation note une aggravation progressive de l'autonomie physique ayant abouti à une dégradation de son état d'hygiène et de l'entretien de son appartement.

Mme S est, dans un premier temps, hospitalisée via les urgences, le 1^{er} janvier 2000, pour désorientation temporo-spatiale et incurie (négligence, laisser-aller). Celle-ci s'est installée progressivement avec dénutrition ; Mme S ne se nourrissait que de pain, n'ayant qu'une boulangerie comme commerce de proximité et étant trop asthénique pour aller plus loin. D'autre part, un syndrome dépressif sévère est diagnostiqué.

Le scanner cérébral est normal.

A l'entrée dans le service, Mme S est très asthénique (état de fatigue physique et psychique, lié ou non à l'effort) et aboulique (trouble de la volonté se caractérisant par une indécision et une impuissance à agir).

L'examen clinique est sans particularité. Le bilan neuro-psychiatrique est satisfaisant. Le bilan biologique est normal.

Mme S prend un traitement par antidépresseur.

Après plusieurs concertations avec Mme S et son entourage familial (avec lequel elle a repris contact à l'occasion de cette hospitalisation), et compte tenu de la stabilisation de Mme S, la solution retenue est celle d'un placement en maison de retraite avec un suivi psychiatrique.

Mme S n'a passé aucun bilan psychomoteur depuis son arrivée

2. Bilan psychomoteur

Le bilan est effectué le 27 novembre 2000. Il révèle différents points :

➤ Aspect moteur

Coordination statique : Mme S n'a pas de difficulté pour conserver l'équilibre

Coordination dynamique : Mme S est totalement autonome pour se déplacer : la coordination est satisfaisante, la marche est souple.

Motricité fine : Mme S se débrouille bien pour la motricité fine : elle boutonne sans difficulté, attrape une allumette et est capable d'une dissociation dans la coordination de ses doigts.

➤ Aspect corporel

Tomus : Mme S possède une bonne capacité à la détente lors du bilan de contrôle, malgré quelques anticipations

Schéma corporel : bon schéma corporel : Mme S connaît bien les différentes parties de son corps, elle obtient des résultats satisfaisants pour le schéma corporel latéralisé. Le dessin du bonhomme est correct et reste basique (pas de détails).

L'image du corps est correcte aussi; cependant, madame ne se maquille pas, et ne se montre pas spécialement "coquette".

Praxies : bien

➤ Aspect spatio-temporel

Orientation dans l'espace : Mme S connaît les notions d'espace. Elle réussit les reproductions des figures géométriques de Santucci, montre un échec pour la reproduction en perspective et une difficulté à diviser un trait en 3 parties égales.

Aspect Temporel : échec au tempo spontanément. La reproduction des rythmes est réussie.

Vigilance : bonne capacité d'attention, de concentration et de compréhension

➤ Aspect social

Mémoire de perception : Mme S présente des difficultés: elle ne se remémore pas les postures qui lui ont été proposées à l'instant.

Mémoire verbale : difficulté quant à la fixation de la mémoire car Mme S peut répéter 3 mots mais pas après 1 minute

Communication : la communication est satisfaisante sur un plan verbal et corporel

Perception : pas de problème pour l'ouïe et le sens tactile. Pour la vue, l'œil gauche de Mme S voit flou à cause de la dégénérescence de la macula. Mme S porte des lunettes pour la lecture.

3. Observations

Madame S est complètement autonome dans la vie quotidienne et se montre indépendante : elle aime sa tranquillité et accepte le bilan mais exprime quelques réticences.

Elle investit l'espace de la maison de retraite entre les ateliers, le salon, la chambre, et le réfectoire. Sa facilité de communication la rend agréable : souriante, elle présente un faciès expressif.

Elle aime rentrer en relation avec autrui et paraît intégrée aux autres résidents : elle noue des relations différentes selon les personnes (d'aide, rendant volontiers service, sympathie...).

Sa chambre est bien investie et Mme S l'a personnalisée.

Au début du bilan, Mme S exprime une anxiété quant au devenir du bilan : elle me demande s'il restera confidentiel. Peut-être lui reste-t-il des souvenirs difficiles de bilans lors des hospitalisations.

Au cours du bilan, Mme S a tendance à se décourager et à dévaloriser son travail. Cependant, elle se montre sensible aux encouragements.

Enfin, Mme S fait preuve d'une bonne capacité d'adaptation intellectuelle et corporelle et d'une bonne capacité de concentration et de compréhension jusqu'à la fin du bilan.

4. Conclusion de l'évaluation

Mme S est souriante, communicative et agréable.

L'ensemble des résultats témoigne de bonnes capacités motrices. La structuration de son schéma corporel et la maîtrise du tonus sont correctes. Elle ne présente pas de difficulté pratique, ni gnosique.

Les difficultés se situent au niveau de la mémoire à court terme, et de l'orientation spatio-temporelle en ce qui concerne la structuration spatiale des praxies constructives.

Par ailleurs, Mme S révèle un manque de confiance en ses réelles capacités motrices et intellectuelles.

c) Prise en charge

1. Projet thérapeutique et modalités de prise en charge

➤ Projet thérapeutique

Afin d'exploiter de façon positive son goût pour les relations humaines, la prise en charge de Mme S se fera en groupe mixte, c'est-à-dire un groupe qui rassemble les mêmes personnes mais où il peut y avoir des changements, en fonction de l'évolution du niveau de la personne. Ainsi le groupe sera-t-il pour elle une stimulation pouvant lui apporter des bénéfices narcissiques.

Mme S pourra participer à l'atelier mémoire à raison de 1 heure 30, tous les lundis matins, avec 7 autres personnes: 3 hommes et 4 autres femmes d'un niveau homogène. Ce sera l'occasion d'une stimulation de l'ensemble de ses facultés intellectuelles. Les exercices axés sur « les mémoires » (court terme et long terme) pourront tout aussi bien faire intervenir d'autres fonctions intellectuelles telles que l'observation, les perceptions, la réflexion, l'attention, la concentration, l'orientation spatio-temporelle... Il faudra veiller à éviter l'échec, et donc s'adapter à son niveau individuel.

Mme S participe aussi à un groupe relaxation. Elle est également présente à un groupe de psychomotricité et de relaxation, une fois par semaine, mais qui se fait un autre jour que celui de mon stage.

➤ Les séances "mémoire"

Le principe est de travailler sur des thèmes durant 1, 2, ou 3 séances, afin de laisser le temps de fixer les idées. Les exercices feront appel à différentes mémoires (visuelle, auditive) avec des supports divers (musique, dessins, photos, expression orale...).

- La mémoire à court terme ou primaire se travaille au cours d'une séance : Les informations restent « à l'esprit » du sujet pour être utilisées dans les activités immédiates.
- La mémoire à long terme ou secondaire se travaille au cours d'une séance et/ou d'une séance à l'autre : le temps de rétention de l'information est plus long. Cette mémoire donne lieu à de nouveaux apprentissages.

- La mémoire tertiaire fait appel aux souvenirs lointains: Certains souvenirs semblent résister au temps.

2. Résumé de suivi

Mme S vient régulièrement aux séances.

Le travail personnel, préparé d'une semaine à l'autre, est toujours bien fait : il s'agit d'écrire chaque semaine au moins 10 mots qui commencent par une syllabe choisie au hasard dans le dictionnaire. Les séances débutent toujours par cet exercice. Mme S est souvent celle qui en trouve le plus. Cela montre la capacité de Mme S à travailler toute seule et sa motivation pour cet atelier.

C'est une mémoire que l'on peut qualifier de sémantique (connaissance des mots, des symboles...). Elle appartient à la mémoire tertiaire car elle fait référence à des apprentissages acquis et lointains.

Mme S fait preuve d'un bon niveau pour la mémoire des mots.

Cet exercice permet de valoriser ses performances.

En ce qui concerne la mémoire secondaire, Mme S montre certaines difficultés.

Régulièrement, Mme S ne se donne pas le temps de réflexion nécessaire pour répondre : elle dit très vite qu'elle ne sait pas la réponse. Dans ce cas, je lui donne un indice pour stimuler sa mémoire, puis je lui laisse le temps pour trouver la réponse. Elle est alors capable de réussir, mais quand j'insiste trop, elle se bloque en répétant qu'elle ne sait pas.

Parfois la mémoire revient, ce qui montre que l'information a bien été enregistrée, mais c'est pendant la phase de récupération que Mme S montre des difficultés à élaborer elle-même des stratégies pour récupérer l'information .

Par ailleurs, tant qu'elle n'est pas sûre de son résultat, elle manifeste de l'anxiété face à son éventuel échec. Lorsque je passe près d'elle et qu'elle me fait part de ses doutes, elle est rassurée quand je lui confirme ses bonnes réponses.

Par exemple, pour un exercice où elle a le choix entre deux réponses, elle préfère ne rien mettre. La peur de l'échec peut constituer un frein et c'est pourquoi il est important de la solliciter et de la mettre en situation de réussite en lui donnant des indices pour qu'elle trouve elle-même la réponse. Mais il faut aussi savoir accepter qu'elle ne trouve pas et ne pas trop insister.

Elle montre aussi des difficultés et de l'appréhension par rapport au travail sur des cartes géographiques de France : elle ne peut pas situer, par exemple, à quel endroit se trouve la Seine. Ce support, utilisé sur plusieurs séances, consiste en un travail de repère spatial sur une feuille. Il nous permet d'évoquer également les spécialités rencontrées dans telle ou telle ville française. Après 2 ou 3 séances, Mme S suit en même temps que les autres et n'est plus perdue comme au début.

Le type de support paraît jouer un rôle pour ce qui concerne la mémoire primaire et secondaire. En effet, Mme S intègre plus facilement les informations de nature visuelle qu'auditive.

La mémoire primaire est sollicitée, par exemple, après la présentation d'un article. Dans ce cas, elle ne sait pas répondre à une question simple, de même qu'elle ne se rappelle pas d'un titre de chanson sur laquelle elle était interrogée quelques minutes avant.

Pour la mémoire secondaire, Mme S fait des erreurs là où les autres ont bien réussi. Parfois, pour des exercices déjà travaillés à la dernière séance, elle exprime une difficulté pour faire correspondre le titre de la chanson au nom du chanteur l'interprétant, pour associer la bonne morale à une fable...

En revanche, elle présente un bon potentiel lorsque le support est visuel pour les deux mémoires.

Lors d'une séance, Mme S observe une planche de dessins pendant quelques minutes. Après avoir retourné la planche, Mme S est capable de retrouver certains objets.

D'une séance à l'autre, elle a ramené tous les objets représentés sur cette planche (15 différents). Pour un autre exercice, elle a retrouvé la plupart des images manquantes qui sont par couple et qui ont un point commun : il manquait les plus difficiles.

Elle a montré de l'intérêt pour ces exercices.

d) Conclusion

Mme S vit à la maison de retraite depuis plus d'un an. Elle semble adaptée et satisfaite. Il est important de la stimuler et de l'introduire dans un groupe étant donné son passé difficile.

De plus, ce groupe lui donne de la motivation et lui permet de nouer des relations.

Ce groupe mémoire semble convenir à Madame S dans la mesure où il est adapté à ses capacités. Ainsi, ses facultés intellectuelles sont-elle stimulées.

Elle se trouve souvent en situation de réussite, notamment pour le travail personnel, ce qui lui permet de prendre confiance en ses capacités.

Par ailleurs, lorsqu'elle est en échec, il est important de l'encourager à la réflexion car elle a tendance à vite se décourager.

En général, la mémoire visuelle est plus facile que la mémoire auditive.

Il faut continuer à la stimuler dans ce sens, c'est à dire, continuer à stimuler les domaines qui lui sont faciles afin qu'elle se trouve dans des situations de réussite, et rester vigilant sur l'évolution de sa mémoire secondaire, en particulier avec l'utilisation de la mémoire auditive.

2) Etude de cas de Madame F

a)Présentation du patient

1. Présentation

Madame F est née le **17 septembre 1908** et a 92 ans. Elle est veuve, et a une fille.

Elle est aujourd'hui retraitée et était ouvrière auparavant.

2. Anamnèse

Mme F est originaire de Belgique et arrive en France à l'adolescence.

Elle est la deuxième d'une fratrie de trois filles.

Elle dit qu'elle aimait aller au cinéma avec sa mère et que son père est décédé jeune (39 ans).

Mme F se souvient d'une fracture de la cheville dont elle aurait été victime plus jeune lors d'un incendie dans une crèmerie.

Elle se marie et a une fille. Son mari décède. Mme F ne se remarie pas.

Elle travaillait comme emballeuse dans une usine de nougat

Avant de rentrer dans la maison de retraite, elle vivait seule dans un foyer-logement.

Elle entre dans la maison de retraite le **16 mars 1993**.

3. Situation actuelle

Aujourd'hui, Mme F est à moitié autonome : elle a besoin de l'aide des soignants pour certains actes de la vie quotidienne.

Elle dort bien et mange bien.

Elle se plaît dans la maison et a de bonnes relations avec le personnel.

b) Bilans et examens

1. Antécédents médicaux

Le dossier de Mme F ne présente aucun antécédent médical ni psychologique.

Cependant, elle présente une ouïe et une vision défaillantes, avec un œil gauche atteint de la cataracte.

2. Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est fait le 4 décembre 2000, en deux temps de 45 minutes.

➤ Aspect moteur

Coordination statique : Mme F est capable de se tenir debout avec l'aide d'une personne

Coordination dynamique : Elle se déplace en fauteuil roulant mais elle est capable de marcher avec l'aide d'une personne. Elle le fait un peu tous les jours.

Motricité fine : Elle est capable de dissocier ses doigts, de tenir une allumette, mais boutonner un vêtement sur elle est difficile, notamment à cause de sa vision défaillante.

➤ Aspect corporel

Tomus : bonne capacité à la détente. Quelques anticipations et résistances

Schéma corporel : Elle ne veut pas dessiner, et réussit le puzzle du garçon : bonnes connaissances des différentes parties de son corps.

Praxies : Mme F conserve une bonne connaissance de l'utilisation d'objets usuels.

➤ Aspect spatio-temporel

Orientation spatiale : Mme F connaît bien les termes spatiaux. Sur un plan graphique, les reproductions des figures de Santucci sont difficiles et la réalisation en 3 dimensions est impossible.

Aspect temporel : Elle montre des difficultés : Elle ne réussit pas à effectuer un tempo régulier et échoue pour les épreuves de reproductions rythmiques de Mira Stamback.

Vigilance : Mme F sait être attentive et se mobiliser afin de réaliser les exercices demandés.

➤ Aspect social

Mémoire de perception : très difficile. Mme F ne peut pas reproduire de mémoire des gestes proposés dans l'exercice précédent ; elle ne se souvient pas non plus des figures reproduites.

Mémoire verbale : C'est difficile. Elle peut répéter immédiatement 3 mots mais pas après 1 minute.

De plus, elle a des difficultés à se souvenir des événements types d'une journée.

Communication :

La communication non verbale est pauvre avec un visage peu expressif et un corps peu mobilisé.

La communication verbale est satisfaisante : son langage est cohérent et elle a une bonne compréhension ; cependant la déficience auditive rend la communication difficile.

Perception : la vision et l'audition sont déficientes. Cependant les perceptions restent bonnes sur un plan cognitif : lorsqu'elle voit et entend, Mme F fait preuve d'une bonne reconnaissance. Il existe aussi une bonne reconnaissance tactile.

3. Observations

Mme F se déplace en fauteuil roulant depuis 1996 mais elle est capable de marcher avec une aide Elle investit l'espace de la maison de retraite et se trouve souvent au salon avec les autres résidents.

Le niveau de vigilance est assez développé pour que Mme F puisse s'intéresser à son environnement proche et pour entrer en communication avec celui-ci. Mme F mobilise ses membres supérieurs pour attirer l'attention d'autrui et parfois pour accompagner son discours.

Elle parle fort à cause de son audition défaillante ce qui lui permet de se faire entendre, de prendre sa place et de s'affirmer parmi les résidents. L'expression de son visage reste figée. L'œil droit est plus mobile que l'œil gauche qui est presque aveugle.

Durant le bilan, Mme F reste égale à elle-même : pendant toute la durée de la passation du bilan, elle ne laisse pas paraître d'émotion particulière.

Elle se montre disponible, coopérante, et présente une capacité d'adaptation dans la mesure où elle se sent capable de répondre. Malgré mes encouragements, Mme F ne veut pas faire le dessin du bonhomme disant qu'elle ne sait pas dessiner.

Il est important de parler fort : Mme F accepte une distance rapprochée pour mieux entendre. Elle supporte bien les silences et le toucher.

4. Conclusion de l'évaluation

Les résultats du bilan montrent que Mme F présente des difficultés motrices et donc une perte progressive de son autonomie. Son schéma corporel reste satisfaisant.

Le niveau spatio-temporel présente des perturbations quant à la structuration spatiale et temporelle. Par ailleurs, elle présente une apraxie constructive.

La mémoire est très difficile.

Par ailleurs, les déficiences auditives et visuelles altèrent la communication. Cependant, Mme F se montre ouverte à son environnement; elle aime rire et parler avec autrui spontanément, malgré ses difficultés sensorielles, ce qui pourrait être une cause de repli sur elle. Cela montre son désir et sa force personnelle pour ne pas s'isoler.

c) Prise en charge

1. Projet thérapeutique et modalités de prise en charge

➤ Projet Thérapeutique

La motivation de Mme F est un élément important pour décider une prise en charge dans un but davantage prophylactique que de rééducation.

L'aptitude à la communication de Mme F est un élément positif qui peut être mis en valeur dans un groupe. Celui-ci sera un élément de stimulation et de valorisation pour elle.

Un groupe de psychomotricité est donc proposé à Mme F. Ce sont des séances hebdomadaires d'une heure, une fois par semaine. C'est un groupe fermé de 7 personnes dont 6 sont en fauteuil roulant, présentant à peu près les mêmes capacités corporelles.

Des temps de relaxation seront prévus avec des mobilisations passives, des massages, des inductions verbales, des exercices sur la respiration. L'accès à la détente, à la prise de conscience du corps: et au contrôle de celui-ci permettra à Mme F d'avoir notamment une meilleure appréhension de l'équilibre.

Cet atelier comportera des temps de stimulations psychomotrices comme la gymnastique douce, des exercices oculo-manuels... pour travailler l'aspect spatio-temporel et stimuler le schéma corporel.

Parallèlement, Mme F participe à un atelier mémoire.

➤ Les séances

Les personnes sont installées en cercle en début de séance pour favoriser la communication.

Une séance commence toujours par un temps de relaxation avec souvent un temps passif à inductions verbales, et un temps plus actif avec des mouvements lents des articulations.

Puis viennent les différents exercices psychomoteurs.

On essaie de terminer sur un exercice plus calme. Avant de se quitter, un temps de verbalisation sur la séance est prévu pour que chaque sujet puisse relater son vécu.

2. Evolution

➤ Travail sur la respiration :

Le travail demandé consiste à lever les bras en inspirant et à les baisser en expirant. Mme F a du mal à réaliser l'exercice demandé : la respiration n'est pas bien maîtrisée. Elle désinvestit l'exercice et paraît trouver cela sans grand intérêt. Elle parle peu lors de la verbalisation du vécu.

La séance qui suit, sur les odeurs, est plus attrayante pour Mme F qui participe bien : elle est davantage motivée. La prise de conscience de l'inspiration est plus facile avec un support concret.

Par ailleurs, l'utilisation de paille pour souffler dans l'eau paraît plaire à Mme F qui répond spontanément aux questions sur la prise de conscience du souffle. De même, elle participe bien au jeu qui consiste à faire bouger une plume sur la table par le souffle, en suivant une direction donnée. Mme F a une bonne capacité respiratoire.

Mme F s'implique davantage avec des supports concrets. Je décide donc d'utiliser du matériel pour ce début de prise en charge.

➤ Travail sur le mouvement

Après ces exercices sur la respiration, j'oriente mon projet vers un travail sur le mouvement, en utilisant comme médiateur le bâton. Il s'agit de se mettre en face d'une partenaire, puis chacune tient un bout du bâton, et induit un mouvement à l'autre. Puis, celle qui dirige prend la place de celle qui suit le mouvement. Cela demande une écoute des sensations proprioceptives reçues par le mouvement induit.

Pour cette séance, Mme F a du mal à garder le rôle de celle qui suit. Rapidement, je remarque qu'elle prend la place de sa partenaire et induit le mouvement à sa place. A la fin, lorsque je lui demande si elle préfère suivre ou diriger le mouvement, elle répond pourtant qu'elle préfère suivre.

➤ Travail sur le schéma corporel

Il s'agit de se mettre par deux. L'une doit poser un sac sur une partie du corps de l'autre, et l'autre doit nommer la partie choisie.

Madame F participe bien à ce jeu. Ses réponses sont correctes et elle corrige même les fautes des autres. Elle apprécie le travail par deux.

➤ Relaxation à inductions verbales

Quelques séances commencent par un temps de relaxation à inductions verbales.

Mme F montre des difficultés à se centrer sur ses sensations kinesthésiques : elle reste les yeux ouverts, présente des réactions tonico-motrices. Elle dit pourtant que c'était bien et qu'elle s'est détendue. Madame F est une femme qui dit les choses franchement, c'est pourquoi je ne mets pas en doute le fait qu'elle se soit sentie détendue sinon, elle l'aurait exprimé clairement. Cela montre des difficultés à diminuer l'activité tonique par sa seule volonté.

Le temps consacré à cette méthode devient moins important au cours des séances étant donné les résultats. Le choix de la méthode de relaxation s'oriente davantage vers le contact. On utilisera davantage l'induction verbale comme un temps court de prise de conscience corporelle qui précédera les mobilisations passives et le toucher thérapeutique.

➤ Mobilisations passives

Lors de la mobilisation passive, Mme F est bien détendue : elle est capable de se relâcher tout de suite. Mme F émet un baillement, accompagné d'un sourire, ce qui montre qu'il y a eu un approfondissement de la détente corporelle. Cependant, la verbalisation reste pauvre. A la fin de la mobilisation, Mme F dit que c'était agréable.

➤ Toucher thérapeutique

Mme F aime se faire masser les pieds. Elle apprécie sans rien dire, et répond aux questions quand on lui demande quelle partie du pied est touchée.

Lors de l'utilisation de balles de tennis, Mme F apprécie l'auto-massage des bras, et le massage que je lui fais dans le dos (toujours avec des balles)

Quelques séances plus tard, j'amène Madame F dans la salle en lui expliquant qu'on va faire des massages des bras. Elle refuse alors de venir en disant qu'elle n'aime pas cela. Puis après la séance, ma maître de stage vient la voir et elle ne paraît pas se souvenir de ce refus.

3. Conclusion du suivi

Mme F est plus à l'aise dans les exercices dynamiques. Elle fait preuve de vivacité motrice. Elle participe bien.

En statique, elle se détend surtout lors de mobilisations passives et lors du toucher thérapeutique. Mme F a des difficultés pour accéder à une prise de conscience corporelle de façon autonome, c'est-à-dire sans l'intermédiaire d'un médiateur; et de la même manière, elle accède difficilement à une détente corporelle sans interaction directe avec le thérapeute.

Enfin, je note à plusieurs reprises une discordance entre la verbalisation et son vécu corporel.

Elle ne paraît pas faire la différence entre son corps tendu, comme lors de la relaxation à induction verbale, et son corps détendu quand son corps est relâché, car dans les deux cas, elle se dit relâchée. Elle a montré qu'elle est capable de diminuer son tonus lors du toucher thérapeutique, mais un travail sur la prise de conscience des différents états toniques reste à développer.

d) Conclusion

Mme F vit dans la maison de retraite depuis presque 7 ans. Ses capacités motrices se dégradent depuis quelques années, ce qui l'amène au fauteuil roulant. Il est important pour elle de participer au groupe de relaxation afin de limiter cette dégradation. Ces séances sont axées sur la prise de conscience corporelle par différentes techniques.

Mme F participe volontiers au groupe. Elle semble pouvoir bénéficier d'une réelle détente.

Il s'agira de continuer dans un travail de relaxation dynamique et statique, en étant attentif à l'évolution qu'elle présente, quant à sa capacité à accéder à une détente et à une prise de conscience corporelle.

III. Discussion

A) Les objectifs de la psychomotricité

Comme nous venons de le voir, l'évaluation d'un patient tient compte des différents aspects qui définissent la personne dans son individualité et dans sa globalité.

Par divers moyens, la psychomotricité s'attachera à maintenir l'intégrité du sujet, tant dans sa relation à lui-même que dans les relations qu'il peut avoir avec les autres.

1) Les objectifs généraux de la psychomotricité auprès des personnes âgées

Les symptômes que la psychomotricité va traiter peuvent être d'origine somatique et/ou psychique. Ainsi, retrouvera-t-on souvent chez les personnes âgées des difficultés qui concernent

- l'image du corps
- le schéma corporel
- l'équilibre et le tonus
- l'organisation gestuelle
- l'orientation spatio-temporelle
- les praxies
- la concentration, l'attention, la mémoire
- les relations

Ces difficultés sont présentes selon les personnes et à des degrés plus ou moins importants.

2) La relation à soi

a) Les stimulations

Les stimulations vont permettre au sujet d'utiliser ses capacités, de reconnaître ses limites et de faciliter le phénomène de plasticité cérébrale concernant la mise en place de circuits neuronaux pour pallier les pertes éventuelles. Si « on ne peut pas dire que l'exercice mental préserve des pathologies cérébrales ou empêche la mort neuronale (...) on peut seulement dire que l'exercice des fonctions cognitives augmente l'efficacité des synapses concernées. » (Piterri, 2001, p3)

La stimulation cognitive permet de limiter les dégradations, notamment en ce qui concerne la mémoire qui est souvent touchée.

La stimulation sensorielle consiste à stimuler les organes des sens. Ceux-ci sont en rapport avec l'environnement, car ils permettent d'intégrer les phénomènes extérieurs, mais, comme le dit Legendre (1985) le travail de réceptivité est aussi un travail d'écoute à soi.

Par ailleurs, il est intéressant de noter la différence entre entendre et écouter, entre voir et regarder, car les actions d'écouter et regarder demandent au sujet une attitude active.

La stimulation sensori-motrice est souvent considérée comme étant réservée à l'éveil de l'enfant, mais elle a aussi sa place auprès de la personne âgée, notamment pour améliorer la capacité à élaborer des projets moteurs et à visualiser son corps en mouvement. Car comme le disent Andréoli, Picot et Richard (1974), de part la transformation de la sensori-motricité : « le vieillard est moins présent par, dans et avec son corps, aux événements et à lui-même » (p275).

b) Narcissisation

Nous avons vu pourquoi le sujet âgé risque de présenter des carences narcissiques qui peuvent conduire à une attitude régressive et à diminuer l'estime de soi.

La psychomotricité a pour objectif de prévenir ces problèmes en valorisant les capacités et les compétences restantes, et en donnant l'occasion de se vivre comme sujet à part entière, agissant, pensant, ressentant, désirant.

c) Vécus corporels positifs

Le sujet âgé entretient parfois des vécus négatifs avec son corps quand celui-ci est désinvesti, et/ou déstructuré.

L'un des objectifs de la psychomotricité est de permettre au sujet de reconsidérer son corps en retrouvant une unité corporelle et un vécu corporel positif, afin que la personne ne rejette pas son corps et qu'il puisse accepter les modifications corporelles auxquelles elle est confrontée.

d) Plaisir

La séance de psychomotricité doit être considérée comme un temps de détente pour le patient et non comme une contrainte. Au fur et à mesure, le patient viendra pour lui et non plus uniquement pour la psychomotricienne, ce qui sera une démarche active de sa part.

Les douleurs ne peuvent qu'augmenter le rejet corporel chez la personne âgée qui souffre. En aidant le sujet âgé à éprouver une détente corporelle, on l'aidera à reconsidérer son corps, autrement que comme objet de souffrance, ce qui parfois est la seule façon pour le sujet âgé d'exister auprès des soignants.

Par ailleurs, c'est aussi dans les relations avec autrui que le vieillard peut trouver du plaisir.

3) La relation aux autres

a) Communiquer

Le travail entre le sujet âgé et le psychomotricien, c'est aussi une rencontre entre deux personnes.

La communication est un des objectifs principaux de la psychomotricité. En étant attentif à ce que communique le patient, notamment par ses réactions corporelles, et en l'incitant à exprimer ses vécus, le psychomotricien pourra orienter sa prise en charge.

Certaines personnes âgées ont perdu l'usage de la parole en se repliant sur elles. Dans ce cas, le psychomotricien utilisera le corps comme un moyen de communication.

b) Exister

La personne âgée prise en charge se sent exister en tant que sujet auprès du psychomotricien car celui-ci tient compte des divers aspects de sa personnalité dans la prise en charge.

La personne se sent attendue et elle sait qu'elle occupe une place, à part entière, dans les séances.

« Le concept psychomoteur repose sur l'unité du corps et de l'esprit, sur les influences réciproques que peuvent avoir l'activité corporelle et la vie psychique, cette dernière incluant le pôle intellectuel et le pôle affectif » (Goumas, 1999, p7).

Les moyens utilisés au cours du projet thérapeutique par le psychomotricien peuvent être divers en gériatrie. Nous verrons dans cette prochaine partie ceux qui ont été utilisés auprès des patients de la maison de retraite.

B) Les outils

1) Le cadre thérapeutique

En psychomotricité, le cadre thérapeutique concerne le temps et l'espace c'est-à-dire que, pour chaque patient, les séances s'effectuent dans la même pièce, à des jours et des heures réguliers.

Le fait d'avoir des séances régulières dans le temps permet au sujet de se projeter dans le futur en ayant des attentes ou des réalisations pour la séance suivante.

Par ailleurs, cette régularité dans le temps peut constituer un repère temporel de plus pour le sujet et l'aider à établir un nouveau rapport au temps, c'est-à-dire que le sujet pourra trouver le temps plus ou moins long entre deux séances.

L'immutabilité des lieux constitue un repère de plus. Souvent, les personnes s'assoient à la même place, ce qui montre ce besoin de repère.

Ce repérage est très important pour les personnes âgées qui sont facilement désorientées. En donnant des repères, le cadre thérapeutique facilite le sentiment de sécurité.

2) Le groupe

Au cours du stage, j'ai pu observer des effets positifs du groupe sur les sujet âgés, concernant divers aspects.

a) Dynamique du groupe et identifications

Le thérapeute a une place de leader face au groupe. Le rôle de la psychomotricienne est de faire participer chaque membre du groupe, de mettre en valeur ses capacités en évitant les situations d'échec.

J'ai pu remarquer comment, dans un premier temps, les personnes du groupe cherchent à se valoriser auprès du thérapeute qui représente un *modèle d'identification*. Puis, comment, finalement elles se situent non plus uniquement par rapport au thérapeute mais par rapport au groupe, toujours à la recherche de bénéfices narcissiques. Les identifications s'élargissent et c'est ainsi que chacun prend sa place, son identité parmi les autres.

Les personnes du groupe peuvent d'autant plus s'identifier aux autres que le groupe est homogène. Cette condition est importante pour que chacun puisse se reconnaître dans l'autre. Aussi, en prenant conscience qu'elle n'est pas la seule à éprouver certaines difficultés, et en reconnaissant celles-ci chez l'autre, la personne âgée sortira-t-elle de son isolement.

b) Expression des personnalités et enrichissement des relations

Comme le dit Caradec (2001), les relations sociales sont peu développées en institutions. C'est pourquoi le groupe qui multiplie et enrichit les relations entre les personnes a d'autant plus de sens.

Chacun exprime sa personnalité vis-à-vis des autres.

Madame S prend toute seule l'initiative de prévenir son voisin de chambre, Monsieur G, que l'atelier mémoire va commencer, car il est nouveau dans le groupe. Madame S aime se montrer serviable : par exemple, elle n'hésite pas à rassembler les feuilles pour me les donner à la fin d'un exercice. Elle montre ainsi un aspect de sa personnalité qui la valorise car en prenant une place très active dans le groupe, elle se sent importante vis-à-vis de celui-ci.

Par ailleurs, des relations de complicité se mettent en place durant les séances et perdurent même en dehors de celles-ci.

c) Emergence des émotions

Le groupe permet le rire collectif par les attitudes et les réflexions des personnes. Par exemple, dans le cadre du groupe mémoire, lorsqu'une personne est interrogée et qu'une autre souffle la réponse, cette attitude de « collégien » fait beaucoup rire les autres.

Au début, les réponses sont exprimées à haute voix, spontanément, puis, lorsque la psychomotricienne rappelle aux participants qu'il faut laisser le temps de la réflexion à la personne interrogée, certains s'autorisent à ne pas tenir compte de la consigne en chuchotant.

C'est une façon de se rendre intéressant aux yeux des autres et aussi de se confronter à la psychomotricienne.

Dans le groupe de "psychomotricité et relaxation", les rires collectifs sont moins fréquents car la communication est davantage réduite à cause des difficultés sensorielles importantes. Cependant, les exercices de mîmes et d'expression orale comme exprimer l'étonnement, la tristesse, le refus etc, font l'objet de rires collectifs.

Le groupe est un vecteur d'émotions diverses que j'ai pu observer au cours des séances chez différentes personnes. Je pense à Madame Fe, qui, au début de sa prise en charge, pleurait régulièrement après les séances de mémoire, car elle se trouvait en difficulté, ou comme Monsieur P qui perd parfois ses moyens lorsqu'il prend la parole, ou bien encore Madame F qui se met en colère lorsque sa partenaire ne réalise pas correctement les exercices psychomoteurs...

Le groupe permet de faire émerger certains aspects de la personnalité et de l'individualité qui jusqu'alors n'avaient pas forcément eu l'occasion de s'exprimer.

3) L'atelier mémoire

A partir des exercices qui sont proposés, comme le travail de mémorisation via des articles de journaux, ou comme l'explication de vocabulaire, certaines personnes n'hésitent pas à parler de leurs propres expériences, tandis que d'autres restent plus réservées quant à leur passé.

Outre le travail de mémoire et l'émergence de souvenirs passés, la lecture d'articles permet de conserver des repères sociaux, spatiaux et temporels afin que les participants restent ouverts au monde.

Le but de l'atelier mémoire ne consiste pas tant à trouver qu'à chercher mentalement la réponse comme le dit Grémont (1997).

Lorsque la personne interrogée n'arrive pas à mémoriser, il s'agit de lui donner des moyens mémo-techniques (ou recours indiciars) pour l'aider à intégrer les informations, de lui faire prendre conscience qu'elle peut exploiter différents canaux sensoriels pour mémoriser (l'ouïe, la vue...) et de lui faire accéder à celui qu'elle utilise avec le plus de facilité.

Il est nécessaire aussi de dédramatiser lorsque la personne ne se remémore pas. Ainsi, comme nous l'avons expliqué précédemment, Madame Fe est-elle très angoissée face à ses pertes mnésiques et c'est pourquoi il lui est arrivé plusieurs fois de pleurer au début de sa prise en charge. Pourtant, sa mémoire est correcte et son niveau est adapté à celui du groupe. Il y a donc un décalage entre ses capacités réelles et la manière dont elle les perçoit. Cela montre par ailleurs combien l'angoisse ressentie face aux modifications liées au vieillissement, comme la perte de mémoire, n'est pas tant liée à l'importance des pertes qu'à la manière dont la personne vit ces pertes.

On peut comprendre la détresse de cette dame lorsque l'on sait, comme nous le rappelle Grémont (1997) que « la mémoire permet de conserver notre identité. Elle assure nos connaissances, elle aide nos apprentissage et notre adaptation. Elle permet d'accéder au langage, de donner à nos pensée un fil en ordonnant notre histoire. Elle est le reliquat de toutes nos expériences individuelles ou collectives. » (p 16).

Alors que Madame S présente un niveau à peu près identique à madame Fe, on observe deux réactions différentes: la première est capable de dédramatiser et de rire face à ces manques, à la différence de la deuxième.

Cependant, Madame Fe révèle une force intérieure car, malgré tout, elle continue à venir à l'atelier et commence à prendre du recul en souriant lorsqu'elle se trouve en difficulté. On peut donc constater que le groupe a pu atténuer ses angoisses qu'elle paraît mieux supporter .

Si l'atelier mémoire concerne davantage l'aspect intellectuel de la personne et les relations, la séance de relaxation va plutôt se concentrer sur le lien que la personne entretient avec elle-même et, par un vécu corporel positif, tenter une réconciliation avec son corps ou bien prévenir la destructuration corporelle afin de maintenir l'intégrité.

4) Les séances de relaxation

Le groupe est constitué de cinq dames ne présentant pas de pathologie grave. Les difficultés motrices et sensorielles sont importantes pour quelques-unes et sont en rapport avec leur grand âge. Quatre de ces dames sont en fauteuil roulant.

a) Le schéma corporel

« Pour bâtir une image cohérente du monde extérieur, les informations qui en proviennent et qui sont relayées par nos organes des sens ne suffisent pas. Il faut y ajouter une information permanente d'origine interne sur nos changement de position dans l'espace. C'est le cerveau qui intègre les deux. Sensorialité et motricité sont inséparables. » (Carric,2000,p 167). Le schéma corporel peut se structurer chez la personne âgée, ce qui conduit à un désinvestissement corporel. Les exercices sensori-moteurs demandent au sujet de faire appel à son schéma corporel car ils s'agit d'ajuster le mouvement de la partie du corps mobilisée en fonction des perceptions qu'il reçoit. Certains exercices psychomoteurs sollicitent davantage le schéma corporel, comme les exercices de visés, ou encore lorsque je demande à une personne d'imiter une posture que je lui propose.

Le sens requis dans les exercices précédents est, entre autres, la vue. Mais le sens de la somesthésie qui réunit les sens tactile, proprioceptif, kinesthésique, thermique...participe tout autant à la structuration du schéma corporel. Comme l'explique Stamm-Stevenot (1998) : « Chaque région du corps est projetée à la surface du cortex selon un schéma connu (homoculus de Penfield). Ceci explique la perception que chacun possède de son propre corps, c'est la proprioception, faculté qui nous permet de garder en mémoire une image correcte de notre schéma corporel, c'est-à-dire de notre enveloppe/contenant de son contenu » (p3).

Ma démarche, dans d'autres exercices, est donc de faire appel au schéma corporel en faisant intervenir le plus possible le sens proprioceptif (qui concerne les sens musculaire, articulaire, osseux) car cela demande plus de concentration et une écoute plus intériorisée de son corps. Le sens proprioceptif sera sollicité lorsque j'induis une posture chez une personne qui a les yeux fermés. Le but de l'exercice est qu'elle refasse d'elle même la posture induite, les yeux ouverts. Par ailleurs, je propose d'utiliser ce sens, cette fois dans le mouvement (on parle alors de sens kinesthésique au lieu de proprioceptif). Par l'intermédiaire d'un bâton tenu de part et d'autre par le sujet et moi-même, j'induis un mouvement, alors que le sujet a les yeux fermés. Il s'agit ensuite que la personne reproduise le même mouvement les yeux ouverts.

On peut constater que le schéma corporel peut donc être sollicité en statique et en mouvement. Par ailleurs, les exercices ludiques qui font intervenir des objets, ont été appréciés des personnes âgées qui ont trouvé du plaisir à bouger par et dans leur corps, dans un cadre rassurant. C'est une des façons d'accéder au corps-plaisir.

Le schéma corporel est aussi sollicité lors du toucher thérapeutique: cette technique fera appel cette fois au sens tactile. Je demande alors à la personne de nommer les parties du corps que je touche.

Au cours de la prise en charge, nous avons fait en sorte de travailler le schéma corporel de l'ensemble du corps c'est-à-dire que, même si la mobilité des corps est réduite du fait que les personnes se trouvent en fauteuil roulant, les jambes n'ont pas été oubliées, lors des exercices psychomoteurs et du toucher thérapeutique; car ces personnes ont encore des possibilités motrices au niveau des jambes qu'il est important de stimuler. Par exemple, on fait appel à des exercices de shoot, on explore la sensibilité de la voûte plantaire à l'aide de divers matériaux...

b) Le toucher thérapeutique

Le toucher permet de prendre conscience de son corps et aide à la restructuration corporelle : comme le dit Moraga (2000) : « l'approche corporelle restructurante se fait à travers le toucher » (p 32). Par ailleurs, « La chaleur et les caresses participent à la reconstruction de l'identité et à l'émergence de la pensée » (Moraga, 2000, p 31).

Le toucher thérapeutique prend toute son importance au niveau des jambes. L'immobilisme, qui arrive de façon plus ou moins importante au grand âge, fait que les jambes sont de moins en moins sollicitées et peuvent être « oubliée » par le sujet âgé. Ainsi, après une séance de toucher thérapeutique au niveau des jambes et des pieds, il était demandé aux personnes qui le pouvaient de marcher avec un déambulateur ou bien de se mettre debout avec notre aide et de prendre conscience de leurs jambes: verticalisation à la barre, face au miroir. Madame C dit marcher avec plus de facilité et mieux ressentir ses jambes.

Cette approche « permet de restituer au massé les sensations d'appui utiles à la perception du sol et donc à l'équilibre » (Stamm-Stevenot, 1998, p6).

« Ce corps âgé, réconcilié avec son esprit, sera plus apte à se mouvoir, plus habile dans ses gestes, mieux irrigué par ses vaisseaux, plus souple sans sa raideur, plus heureux car aimé » (Stamm-Stevenot, 1998, p6).

c) Le tonus

Le tonus est souvent mal contrôlé. Par exemple, lorsque je demande à une personne de laisser aller son corps à la détente, je constate une certaine raideur au niveau des membres et surtout au niveau des jambes. Cette hypertonie a des causes physiologiques mais aussi psychiques car je peux constater que chez certaines personnes, lorsque je mobilise les articulations, la personne mobilisée, après avoir présenté des raideurs, accède à la détente car je ressens son bras plus lourd et il y a moins de résistance aux mouvements induits.

Comme l'a montré Wallon que citent Bergès et Bounes (1974) : « La fonction tonique n'est pas seulement un fond plus ou moins lié à l'équipement neurophysiologique, elle est surtout le champ d'une fluctuation oscillant entre les états de tension et les états de détente. » (p 258).

d) La relaxation

Selon Roeland (1998) : « La restauration du lien narcissique et l'établissement de nouveaux liens objectaux peuvent aider la personne âgée à se réinsérer dans le courant de la vie et à s'approprier sa mort à venir. Relaxation thérapeutique et toucher constituent deux modalités d'approche dans cette relation d'aide » (p 153).

Le touché permet à la personne âgée de ressentir son corps de façon positive. C'est dans ce but que j'ai pratiqué, par ailleurs, des relaxations à inductions verbales et de type Soubiran mais celles-ci se sont révélées moins efficaces.

Le principe de la relaxation est de permettre au sujet d'accéder à des sensations de bien-être corporels, de permettre une prise de conscience du corps et une maîtrise du tonus afin de diminuer les états de tension. D'après Pittéri (2001), « La relaxation a des vertus préventives en stimulant le somatique, le psychique et l'affectif, et en créant des liens entre ces différents plans. Cette articulation est souvent défaillante chez les sujets âgés » (p 5).

Savoir maîtriser les tensions corporelles demande d'abord de savoir écouter son corps, ressentir les sensations et les interpréter. Un travail de verbalisation est donc indispensable pour parvenir à cette conscience. « La verbalisation de tout ce qui concerne le vécu corporel est fondamentale. Il est au moins aussi important de tenir compte de ce que le patient fait de son corps que de ce qu'il en dit. Elle renforce le lien entre vécu corporel, structuration du schéma corporel et représentation » (Pittéri, 2001, p5).

La verbalisation s'effectue tant par le sujet relaxé qui exprime son ressenti que par le relaxant qui renvoie ce qu'il ressent du sujet : par exemple, en lui disant s'il trouve son bras gauche plus tendu, plus chaud, plus lourd... que le bras droit. Cet écho permet au relaxé, d'une part, de mettre des mots sur ses sensations qu'il peut avoir du mal à analyser et d'autre part, cela lui permet de vérifier si ce que dit le relaxant est bien en concordance avec ses propres sensations.

e) L'image du corps

Par un réinvestissement corporel, le sujet pourra reconsidérer son corps plus positivement et ainsi améliorer la représentation psychique qu'il se fait de celui-ci.

C) limites de la psychomotricité auprès des personnes âgées

1) Spécificités liées à la population vieillissante

a) Les prises en charge

Les prises en charge en psychomotricité peuvent être bénéfiques pour l'ensemble de la population des maisons de retraite étant donné que tous les résidents présentent des troubles psychomoteurs plus ou moins importants. Le psychomotricien choisira de prendre en charge tel ou tel patient, non pas tant en fonction des besoins qu'en fonction de la gêne occasionnée, des potentiels de progression, de la motivation et des affinités.

b) Les objectifs

La psychomotricité a des limites: il s'agit de ne pas la considérer comme pouvant guérir la personne de sa pathologie. Il faut donc rester réaliste car il est question avant tout d'accompagner le sujet dans ses difficultés, de lui donner des moyens de vivre le mieux possible avec celles-ci, en éveillant ses ressources personnelles. Il s'agit donc, en quelque sorte, de faciliter l'adaptation de la personne à ses pathologies, de freiner leur évolution dans le temps, de les reconnaître et de les accepter pour mieux les surmonter.

c) La relation transférentielle

La relation entre le thérapeute et le sujet âgé met en présence deux corps véhiculant des représentations différentes, faisant référence à la jeunesse et à la vieillesse.

La personne âgée renvoie au thérapeute l'image de la vieillesse de ses parents, ainsi que de la sienne, et aussi l'image de la mort. Ce contre-transfert peut générer des attitudes particulières comme l'agressivité ou l'hyperprotection vis-à-vis de la personne âgée comme le dit Kotska (1984).

Par ailleurs, le thérapeute qui est plus jeune que le patient, renvoie à celui-ci l'image de la jeunesse qui peut être rejetée par le vieillard. « L'image que propose le vieillard ne correspond plus à celle mise au premier plan de la société. Cela peut déterminer de la part de la personne âgée un comportement agressif envers le thérapeute lorsqu'il y a échec ou difficulté face à un exercice. "De toute façon pour vous c'est facile, vous êtes jeune". » (Kotska, 1984, p44).

Le type de relation peut facilement être celle d'un grand-parent avec le fils ou le petit fils. Les gestes d'affections du thérapeute envers la personne âgée qui se font spontanément permettent de gagner la confiance du patient (Kotska, 1984).

Le sujet âgé qui va s'identifier au sujet jeune va se rendre compte qu'il est tout aussi capable de ressentir les mêmes sensations que le thérapeute: Cela contribuera à augmenter son estime de soi (Kotska, 1984).

Comme le disent Semtob et Sayag (1985): « par l'action transférentielle mise en jeu, reposant sur la confiance, l'intégration de l'attitude du thérapeute est possible. » (p 29).

2) Limites rencontrées au cours de ma pratique

a) Constatations générales

1. Les limites du groupe

Si le groupe, comme nous l'avons vu précédemment, génère des réactions positives, il peut présenter certaines limites par rapport aux prises en charge individuelles. Afin de considérer chaque personne dans son individualité, et que chacune ait une place au sein du groupe, j'ai pu observer certaines attitudes adoptées par le maître de stage et adaptées à des situations plus individualisées.

Chaque sujet est considéré dans son individualité en mettant en valeur les spécificités de chacun. Par exemple, le maître de stage propose spontanément à un membre du groupe de donner une explication qu'il est censé connaître d'après la profession qu'il exerçait.

Afin d'éviter les situations d'échec, les exercices proposés doivent être réalisables par tous. Ainsi, au cours de mon stage, je tâchais de moduler les difficultés des exercices en fonction du niveau de chacun, surtout dans l'atelier mémoire, car les réponses sont de type "scolaire" contrairement à l'atelier de psychomotricité où les réponses sont personnalisées.

Enfin, pour suivre la personne dans sa progression, après chaque séance, nous tenons à jour le dossier de soins de chacun dans une partie intitulée "Activités Rééducatives". Nos appréciations portent sur la façon dont le travail a été réalisé, l'attitude de chacun.

2. Les limites des personnes âgées

Le travail de psychomotricité auprès des personnes âgées demande une certaine adaptation. Les difficultés motrices, sensorielles et psychiques doivent être correctement évaluées afin de proposer un projet adapté aux capacités.

Le fait de connaître les limites pour mieux s'adapter à la personne permet de la considérer dans toute son individualité. Au cours de mon stage, je vais chercher les personnes qui en ont besoin pour leur rappeler que c'est l'heure et vérifier qu'elles n'oublient rien, tandis que d'autres se débrouillent pour venir seules. Je m'assure qu'elles entendent les consignes et je n'hésite pas à les répéter. Toutes ces attentions qui m'étaient rappelées au début par la psychomotricienne sont devenues, au cours du stage, comme des "réflexes" et m'ont permis de mieux connaître cette population âgée et de me faire reconnaître au sein du groupe.

b) Mon évolution dans mon travail de stagiaire

1. Choix initial

Avant de démarrer mon stage à la maison de retraite, j'avais le souhait de prendre en charge un groupe en relaxation, ce que j'ai pu faire. Mais j'avais une tout autre représentation de la pratique de la relaxation auprès de la personne âgée. En effet, je désirais exploiter d'une part les relaxations de type Soubiran où le relaxé doit se laisser aller aux mouvements que le thérapeute induit au niveau des articulations. Le relaxant intervient donc peu sur le corps. D'autre part, j'avais pensé à des relaxations à inductions verbales où le thérapeute ne fait pas intervenir le toucher, mais uniquement sa voix. Cette relaxation demande donc un travail plus autonome pour le relaxé qui est invité à détendre son corps avec le seul soutien de la voix du thérapeute.

Ce choix me motivait car, outre le fait de pratiquer la relaxation régulièrement à l'école, je l'avais proposé dans des lieux de stage d'adultes et cela avait été très apprécié.

2. Difficultés rencontrées

Les membres du groupe mémoire ont, en général, la communication verbale aisée. En effet, il est facile de s'adresser verbalement au groupe qui comprend bien les consignes. J'ai donc trouvé beaucoup de plaisir à prendre en charge ce groupe qui se montre très réceptif, témoignant d'un bon potentiel psychomoteur global.

En ce qui concerne le groupe de relaxation où la moyenne d'âge est plus élevée, mon projet thérapeutique s'est heurté à des difficultés sensorielles importantes (surdité ou hypoacousie, malvoyance voire cécité) que présentaient la plupart des membres.

Ces difficultés sensorielles rendaient la relaxation à induction verbale très difficile, ces personnes étant peu habituées à cette démarche. Lorsque je leur disais comme le conseille le protocole " vous prenez conscience de vos bras...", je devais d'abord leur expliquer ce que cela signifie. J'ai donc aussi d  faire face à des difficultés de compréhension du sens des consignes.

Cette méthode de relaxation à inductions verbales ne convenait pas au groupe que je prenais en charge. Je me rendais compte que plusieurs personnes n'arrivaient pas à se centrer sur leurs sensations car elles gardaient les yeux ouverts par exemple, ou bien elles présentaient des réactions tonico-émotionnelles. Notamment une dame montrait presque de l'énervement durant la relaxation.

Pour les mobilisations passives de Soubiran, la technique était plus adaptée. Certaines personnes arrivaient à se détendre et trouvaient cela agréable. Mais pour d'autres, le tonus est tellement important (surtout au niveau des jambes) que la détente était difficile d'accès, même avec mon intervention.

3. Réajustement du projet thérapeutique

La dimension plus attractive d'exercices psychomoteurs utilisant une médiation plaisait davantage aux patients et cela m'a incitée à modifier le protocole de la relaxation à induction verbale. Des mouvements lents, sous-tendus par un objet, permettaient de stimuler leur intérêt en facilitant la prise de conscience du corps. Par exemple, pour que ces personnes puissent avoir plus facilement accès à leurs sensations corporelles, je leur proposais de tenir un ballon entre les mains, et je leur demandais, en suivant le rythme des consignes, de lever et de baisser lentement les bras. Puis, je leur faisais faire la même chose en leur donnant un ballon plus lourd.

Cependant, cette seconde démarche ne fut pas totalement satisfaisante puisque lors de la verbalisation, j'ai réalisé, encore une fois, que les dames de ce groupe n'arrivaient pas à comprendre l'intérêt d'un tel exercice considéré comme "fatigant" dans un atelier de détente...

Pour ne pas perdre de vue mes objectifs de départ "avoir plaisir à venir et apprendre à se détendre", j'ai abandonné la relaxation à induction verbale (et les variantes proposées) au profit des mobilisations passives et d'exercices psychomoteurs plus dynamiques.

Ainsi, le toucher thérapeutique semble-t-il être une bonne indication pour ces personnes. Il permet une prise de conscience corporelle plus rapidement et est apprécié du plus grand nombre.

4. Conclusions

En structure gériatrique, l'orientation de la relaxation est liée au degré d'autonomie du sujet. En effet, en ce qui concerne le toucher thérapeutique, le relaxé peut avoir accès à ses bienfaits uniquement avec la participation active du relaxant, tandis que la relaxation à induction verbale permet de rendre le relaxé davantage "maître" de sa relaxation: il peut retrouver ces sensations de bien-être lorsqu'il est tout seul, ce qui donne un caractère autonome à cette technique de relaxation. La méthode Soubiran en est un bon compromis.

Donc, pour des personnes qui présentent des difficultés quant à la prise de conscience corporelle, il est intéressant de commencer par le toucher thérapeutique puis, pour plus d'autonomie, de se diriger vers une relaxation à induction verbale.

J'ai compris, à travers ces réajustements opérés lors de la prise en charge du groupe "Relaxation et Psychomotricité", que chaque méthode requiert un temps d'adaptation plus ou moins long auprès de cette population, chaque vieillissement étant unique et vécu différemment selon les sujets.

CONCLUSION

Les modifications observées sur différents plans au cours de la sénescence vont dans le sens de la perte et ébranlent le sujet au plus profond de son être. Pour préserver son identité et son unité, la personne âgée doit parfois faire appel à ses ressources personnelles, afin de tourner cette période de l'existence davantage vers la vie que vers la mort. Pour que la période du vieillissement ait un sens, la vieillesse ne doit pas être un temps qui s'oppose à la jeunesse, mais se vivre comme le continuum de celle-ci pour éviter la "cassure". Le vieillissement confronte le sujet à sa relation à lui-même et aux autres. Bien vieillir est une démarche solitaire, dans le sens où, la personne doit apprendre à se réconcilier avec elle-même, et à (re)donner du sens à sa vie. C'est une démarche aussi vers l'extérieur pour que le sujet puisse rester en relation avec les autres et développer ses centres d'intérêt.

En considérant la personne âgée dans sa globalité, tant dans les évaluations que dans le suivi thérapeutique, la psychomotricité peut permettre au sujet de rétablir ou de maintenir une relation satisfaisante à soi et à l'autre. Par divers moyens, la personne est donc invitée à continuer à être présente à elle-même et à autrui, afin de conserver autant que possible son autonomie, sa dignité. Le psychomotricien prend en compte le ressenti et l'agi de la personne, pour proposer une prise en charge individualisée. Il doit susciter l'intérêt, le plaisir et la motivation de la personne âgée. Il va par ailleurs permettre une renarcissisation et une réhabilitation de la personne âgée en tant que sujet à part entière.

Ce stage m'a permis de mieux cerner ce type de population des personnes âgées.

Aujourd'hui, les progrès scientifiques et médicaux nous affirment que nous serons de plus en plus nombreux à vivre plus âgés dans les années à venir. Nombreux sont ceux qui s'en réjouissent mais nombreux aussi sont ceux qui se posent cette question: avec quelle qualité de vie? Les professionnels de la psychomotricité, dans leur façon de prendre en compte le corps et le psychisme de la personne, sont particulièrement concernés par cette question qui se pose à notre société.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES

Alaphilippe, D. (2001). Le psychologue garant de l'autonomie chez la personne âgée. *Le Journal des Psychologues*, 186, 13-16.

Andréoli, A., Picot, A., Richard, J. (1974) Le corps du vieillard. *Revue de médecine psychosomatique*, 16, 3, 271-280.

Bergès, J., Bounes, M. (1974). Relaxation et tonus. *Revue de médecine psychosomatique*, 16, 3, 255-264.

Gaudet, M. (1992). Vieillir à son image. *Le Journal des Psychologues*, 102, 34-38.

Goumas, J. (1999). La psychomotricité auprès des personnes âgées institutionnalisées. *Soins Gériatrie*, 17, 7-10.

Grémont, C. (1997). Mémoire et psychomotricité en gériatrie. *Evolutions Psychomotrices*, 9, 35, 16-20.

Hupin, M. (2000). La clinique psychomotrice en gériatrie. *Soins gériatrie*, 25, 29-32

Kotska, P. (1984). L'approche du corps âgé par la psychomotricité. *Gériatrie et Société* 29, 40-45.

Laroque, G. (1999). Vers une meilleure qualité de vie et de soins en institution. *Le Journal des Psychologues*, 167, 23-25.

Le Breton, D. (1993). Visage et vieillesse. *Le Journal des Psychologues*, 106, 36-37.

Legendre, M. (1985). Travail sur les perceptions et rééducation sensorielle auprès des personnes âgées. *Gériatrie et Société*, 32, 66-71.

- Le Gouès, G. (1998). Le vieillissement psychique. *Le Journal des Psychologues*, 156, 33-35.
- Levet-Gautrat, M. (1989). Le corps âgé. *Gérontologie et Société*, 51, 21-25.
- Levet-Gautrat, M. (1993). La vieillesse: une nouvelle naissance. *Le Journal des Psychologues*, 109, 12-13.
- Moraga, M. (2000). Donner des soins restructurants à la personne âgée. *Soins Gérontologie*, 21, 30-33.
- Moulias, R. (2000). Définir la vieillesse. *Gérontologie*, 113, 8-12.
- Roeland, R. (1998). Force et fragilité du lien chez la personne âgée en institution: Apports de la relaxation et du toucher. *Revue de Gériatrie*, 2, 153-158.
- Semtob, F., Sayag, G. (1985). Un projet d'innovation sociale. *Gérontologie et Société*, 32, 27-30.
- Stamm-Stevenot, J. (1998). Le toucher: le sens oublié retrouvé par le massage des personnes âgées. *Cahier de la FNADEPA*, 53, 3-6.
- Thénault, F. (1994). Narcissisme et vieillissement. *Retraite et Société.*, 6, 80-93.
- Touzé, J. (1996). L'image du corps: des origines du concept à son usage actuel. *Champ psychosomatique*, 7, 23-37.
- Van Renterghem, M. (17 mars, 2001). Les accros de la pilule de jouvence. *Le Monde*, 18.

LIVRES

- Abraham, G., Siméone, I. (1984). *Introduction à la Psycho-gériatrie*. Lyon-Villeurbanne/Paris: SIMEP.
- Caradec, V. (2001). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris: NATHAN.
- Carric, J.C. (2000). *Lexique du psychomotricien*. Paris: VERNAZOBRES-GRECO.

Cicéron. (1990). *Eloge de la vieillesse*. Paris: ARLEAS.

Ferrey, G., Le Gouès, G. (2000). *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris: MASSON.

Fontaine, R. (1999). *Manuel de psychologie du vieillissement*. Paris: DUNOD

Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF

Olivenstein, C. (2000). *Naissance de la vieillesse*. Paris: ODILE JACOB.

Paillat, P. (1996). *Vieillesse et vieillesse*. Coll. Que Sais-je?. Paris: PUF.

Personne, M. (1995). *Le corps du malade âgé*. Paris: DUNOD

OUVRAGES COLLECTIFS

Albert, M.L., Knoefel, J.E. (1990). Aspects neurologiques et neurocomportementaux du cerveau humain vieillissant. Y. LAMOUR (Ed). *Le vieillissement cérébral*. (pp. 231-260). Paris: PUF.

Rancurel, G. (1992). Vieillesse neurosensorielle. In J. Billé, F. Billé-Turc (Eds). *Neurogériatrie* (pp. 109-114). Marseille: SOLAL.

COURS

Pittéri, F. (2001). *Rôle de la psychomotricité en gériatrie*. Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice.

SITE INTERNET

www.insee.fr