



HAL
open science

”Je vieillis donc je suis” : renarcissiser nos aînés en institution par la médiation toucher

Charlotte Brethes

► To cite this version:

Charlotte Brethes. ”Je vieillis donc je suis” : renarcissiser nos aînés en institution par la médiation toucher. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00863358

HAL Id: dumas-00863358

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00863358>

Submitted on 18 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire pour l'obtention du Diplôme
d'État de Psychomotricien

« *Je vieillis donc je suis* »

Renarcissiser nos aînés en institution par la médiation toucher

Brèthes Charlotte

Née le 28 Août 1990 à Dax

Juin 2013

Remerciements

En tout premier lieu, je voudrai remercier mon directeur de mémoire, Dr POCH Bernard et ma maitre de stage, Mlle GRELLIER Élise qui m'ont aidée et encouragée tout au long de mes recherches et de la rédaction de mon mémoire.

La directrice de l'EHPAD et toute son équipe soignante ainsi que les résidents qui m'ont permis d'expérimenter ma pratique dans de bonnes conditions.

Mme CASSAIGNE Muriel, psychomotricienne qui m'a invité sur son lieu de travail pour me montrer son travail autour du bain thérapeutique et qui m'a donné de nouvelles perspectives de travail pour la suite.

Mais ce mémoire n'aurait pu exister sans les personnes qui m'ont transmis leur passion de la psychomotricité et de la gériatrie, Mme BAUNEZ Delphine et Mme PONTON Geneviève.

Sylvie Péroua m'a soutenu dans mon travail, m'a donné confiance en moi et en ce que je fais.

Mes amies de l'IFP m'ont soutenue avec leur humour décapant.

Je ne pouvais pas finir ces remerciements sans ma famille et Matthias qui m'ont soutenue dans mes choix d'étude, qui ont valorisé mon travail et participé à ma réussite.

Avant-propos

« On ne peut prétendre à une vieillesse sereine et lumineuse sans avoir fait le deuil de sa jeunesse et médité sur sa mort à venir »

Marie De Hennezel¹

¹ *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller*, Robert Laffont, 2008, 252p.

Sommaire

Introduction :	6
Vieillir : Qu'est ce que c'est ?	10
1. <i>Quand vieillissement et vieillesse perdent leur identité :</i>	10
2. <i>Comment nos aînés se perçoivent-ils ?</i>	13
3. <i>Les changements liés au vieillissement de l'Homme :</i>	15
4. <i>Les pressions sociales liées à l'âge et ses représentations :</i>	20
Identité de la personne âgée :	22
1. <i>Construction identitaire de l'enfant :</i>	23
2. <i>Qu'en est-il chez nos aînés ?</i>	30
3. <i>Identité de l'enfant et de la personne âgée : quel lien ?</i>	38
4. <i>Comment la psychomotricité peut-elle contribuer à la re-narcissisation de nos aînés ?</i>	41

Re-narcissisation et toucher :	43
1. <i>La relation en psychomotricité :</i>	43
2. <i>La peau et le toucher :</i>	46
3. <i>Le toucher thérapeutique:</i>	49
Observations cliniques :	55
1. <i>Présentation de l'EHPAD :</i>	55
2. <i>Études de cas :</i>	59
a. Entre Jean-Marie et Jeanine-Marie :	59
b. De la douleur à la sensation d'être Moi :	69
Complément de recherche	78
Conclusion :	82
ANNEXES	84
BIBLIOGRAPHIE	87

Introduction :

L'étude théorico-clinique présentée ci-après, découle de mon stage expérimental de troisième année effectué dans un EHPAD (Établissement et Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) landais.

L'idée de départ de mon stage, donc de mon mémoire était l'étude de la chute chez la personne âgée. Pour cela, j'ai monté un projet ainsi qu'un groupe d'individus ayant chutés.

Cependant, lors des premières séances destinées à écouter les attentes de chacun des participants, j'ai relevé deux difficultés auxquelles ils étaient confrontés :

- La difficulté de se voir vieillir avec tous les changements que cela comporte ainsi que l'image que leur renvoient les personnes qui vieillissent plus difficilement avec des pathologies telles que les troubles cognitivo-mnésiques.
- La difficulté d'accepter l'entrée en EHPAD surtout lorsque les personnes âgées ne sont pas actrices de cette décision.

On peut alors se poser la question de la problématique de la chute qui pourrait être dans certains cas la conséquence d'un mal-être. (Cette problématique ne sera pas exposée ici.)

Comprenant que le cœur du problème n'est pas la chute mais les difficultés du vieillissement, il m'a semblé juste et naturel d'aller vers ce dont elles avaient besoin.

C'est alors que mon projet s'est transformé pour les aider à faire le deuil de ce qu'elles ont été pour qu'elles puissent :

- Vivre dans leur corps et maintenir un contact avec leur image
- Prendre conscience de leurs capacités
- Accepter leurs difficultés
- Accepter l'aide du personnel soignant
- Devenir acteur de leur vie en institution

En effet, le vieillissement est un processus irréversible qui commence dès le début de la vie de l'Homme, qui s'inscrit dans le temps jusqu'à la mort de celui-ci.

Cependant, le passage au troisième âge est une étape importante de la vie tout comme l'adolescence peut l'être.

C'est une période difficile avec tout ce que cela implique physiquement, cognitivement, affectivement dans une société où le jeunisme prédomine et l'apparence prime.

C'est aussi un temps de grands changements au niveau social et familial. Le sujet change de statut dans la société où il passe d'actif à retraité et de parent à grand-parent.

Outre les changements physiques, l'arrêt de l'activité professionnelle constitue une perte plus ou moins importante selon ce que le travail offrait comme images narcissiques.

Ainsi, on peut constater un nombre élevé de dépressions chez les jeunes retraités ce qui nous donne une indication sur le travail de deuil qu'il est indispensable de faire pour accéder au repos mérité.

De plus, pour la plupart des sujets âgés, l'entrée en institution est une étape difficile qui est souvent mise en place dans l'urgence, ce qui les renvoie à leur incapacité.

Cela leur fait perdre leur confiance en eux et parfois en leur famille jugée responsable de cette situation.

J'ai alors décidé de nommer mon mémoire, « Je vieillis donc je suis » car malgré les changements multiples dans la vie des sujets qui vieillissent, ils ont toujours une identité et une personnalité qu'il faut préserver.

Pour aborder, ces différents points en séance de psychomotricité, j'utiliserai le toucher qui est une médiation de réciprocité. En effet, toucher c'est aussi être touché. Il est donc au centre de la relation soignant/soigné mettant au même niveau les individus.

Le toucher permet une communication non verbale mais aussi de soulager la douleur, d'apaiser l'angoisse et apporte une sensation de sécurité tout en permettant d'unir le corps et de sentir son enveloppe corporelle.

Le toucher est un sens important qui ramène au sentiment archaïque de la petite enfance, ce qui manque beaucoup dans la vie de nos aînés qui ne sont plus embrassés, caressés, et même simplement touchés.

Par conséquent, nous pouvons comprendre la problématique à laquelle est confronté une personne vieillissante lorsqu'elle entre dans une institution où elle n'a pas choisi d'aller, avec les bouleversements de la vie quotidienne que cela implique lorsqu'on a 60, 70, 80, et même 90 ans.

Nous essaierons de comprendre ***comment le toucher peut-il aider les personnes âgées à surmonter les problématiques de la vieillesse et de la vie en EHPAD en l'aidant à se re-narcissiser.***

Ceci m'a amené à me poser un certain nombre de questions : est-ce que tous les hommes passent par une crise de la vieillesse ? Comment nos aînés se perçoivent-ils ? Pourquoi est-il si difficile de vieillir ? Y'a-t-il un lien entre la construction de l'enfant et le vécu de la vieillesse ?

Pour cela, nous commencerons par une réflexion sur ce qu'est vieillir sous ses différents aspects et ce qu'en disent nos aînés ; ainsi qu'une réflexion sur la construction de l'identité et de la narcissisation de l'enfant puis ce qu'il en est chez les personnes vieillissantes.

Nous verrons aussi qu'est-ce que la médiation toucher, ce que cela apporte et comment la personne âgée vit cette médiation.

Nous compléterons avec une étude clinique pour mieux comprendre les enjeux de la psychomotricité et du médiateur qu'est le toucher dans la problématique abordée. Celle-ci sera illustrée par deux études de cas.

Enfin, en complément de recherche, il m'a semblé intéressant de commenter une troisième étude de cas illustrant l'importance de la relation entre le psychomotricien et le patient pouvant aider le sujet à retrouver suffisamment confiance en lui pour se remettre en marche.

*« La peur de vieillir abîme
plus que l'âge. »*

Jeanne Moreau¹

¹ Extrait d'une interview dans Madame Figaro- 19 Janvier 2008

Vieillir : Qu'est ce que c'est ?

1. Quand vieillissement et vieillesse perdent leur identité :

Dans le langage courant, les termes de vieillissement et de vieillesse ont très souvent tendance à être confondus. Il me semble donc judicieux de rétablir la définition de chacun pour commencer sur des bases claires.

a. Le vieillissement :

Le vieillissement est un processus naturel, irréversible, complexe, lent et progressif, qui marque l'évolution d'un organisme vivant vers la mort.

Aujourd'hui, il est le reflet des progrès des sciences et des conditions socio-économiques avec l'allongement de la vie.

Au 1^{er} Janvier 2012, la population française était de 65,35 millions d'habitants dont 23,5% sont des personnes de plus de 60 ans¹.

Il est important de souligner que le vieillissement n'est pas une pathologie mais une évolution normale de la vie de tout être vivant.

En effet, les résultats d'une enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID)² conduite par la DRESS³, l'INSEE⁴ et l'INSERM⁵ en 2002, puis mise à jour en 2011, atteste que le nombre de personnes dépendantes est de 8,4% sur l'ensemble de la population française âgée de plus de 60 ans dans un rapport au profit du président de la république, relative a la prévention de la dépendance des personnes âgées.

Vieillissement ne veut donc pas dire dépendance.

¹ http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F032
(Consulté en Février 2013)

² <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000390/0000.pdf> (Consulté en Février 2013)

³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

⁴ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

⁵ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

b. La vieillesse :

La vieillesse, quant à elle, est l'aboutissement de ce processus qu'est le vieillissement, c'est donc un état.

Elle peut être définie comme étant la dernière partie de la vie, caractérisée par un ralentissement des fonctions physiques et cognitives.

La vieillesse est souvent rattachée au déclin, ce qui effraie nos aînés car les normes occidentales ne laissent pas de place à l'idée de dépendance, à l'acceptation des transformations du corps et de son contrôle.

Jack Messy¹ nous dit que « la retraite marque l'avènement de la vieillesse, tout comme la majorité fait de l'adolescent un adulte en mal d'urne. Marquage autoritaire qui ne convient pas toujours à l'ensemble des intéressés. La protestation tournera court grâce à une habile substitution d'étiquette : gens de 60 ans, vous n'êtes plus des « personnes âgées » mais de jeunes retraités, tout comme nous avons fait des aveugles... des non-voyants. »

La vieillesse ne peut pas se définir en terme d'âge car chez une personne forcée à prendre sa retraite, celle-ci peut être pour elle une entrée brutale dans la vieillesse.

Chez d'autres, les différents signes physiques, émotionnels et sociaux l'amèneront dans la vieillesse de façon progressive.

Il n'y a donc pas d'âge de la vieillesse. Celle-ci serait définie par une perte, une de trop, que le sujet ne pourrait supporter et qui marquerait l'entrée dans la vieillesse.

La vieillesse confronte chaque être humain à sa condition de mortel, d'abord par la peur de vieillir puis celle de la mort.

¹ Jack Messy, *La personne âgée n'existe pas*, Petite bibliothèque Payot, 2002, p.34.

c. La personne âgée dans tout ça :

Tout d'abord, « la personne âgée » est le terme utilisé pour désigner nos vieux (terme utilisé en toute courtoisie).

D'ailleurs, le mot « vieux » est devenu, aujourd'hui, péjoratif dans une société où vieillir est acceptable si les ressources physiques et intellectuelles restent intactes.

Il existe un conflit entre l'âge social, psychologique et chronologique ce qui constitue une forme de dissonance pour la personne. Elle peut être perçue différemment de la façon dont elle se ressent.

De plus, l'expression « personne âgée » gomme l'identité des personnes. Est-ce un homme ? Une femme ? Est-ce de la politesse ou bien le reflet d'un tabou ?

Il y a ici, une vraie question sur l'identité de nos aînés et la vision de cette population qui fait peur à notre société où seule la jeunesse vaut.

Ce terme de « personne âgée » vient du rapport Laroque dans les années 1960, le texte de loi traite de l'aide à domicile des personnes de plus de 60 ans. À partir de ce rapport, l'expression est devenue populaire.

Le mot « aîné » quant à lui ramène à la filiation et à ces personnes qui vieillissent mais que nous aimons, nos parents, nos grands parents.

C'est pourquoi j'emploierai préférentiellement le mot « aîné » pour parler des personnes vieillissantes, terme que je trouve respectueux et affectif pour ces personnes qui en manquent dans leur vie quotidienne et sociale.

2. Comment nos aînés se perçoivent-ils ?

J'ai effectué une enquête pour savoir ce que nos aînés pensaient de leurs semblables et comment ils se percevaient eux-mêmes parce qu'il y a beaucoup d'écrits sur la vieillesse mais il me manquait la vision des principaux intéressés.

Avec cette enquête, j'ai pu comprendre la réalité du vieillissement. Les personnes interrogées sont toutes issues de l'EHPAD¹ où j'ai effectué mon stage.

Une dizaine de résidents ont accepté de répondre à ce questionnaire.

La première question concernait l'entrée dans la retraite et visiblement ce fut pour nombre d'entre eux une épreuve difficile. Ils se sont retrouvés seuls, les ennuis de santé ont commencé et les proches se sont éloignés ou ils ont disparu.

Même si beaucoup attendaient sans doute la retraite avec impatience, certains auraient finalement continué à travailler pour préserver leur santé. C'est un véritable paradoxe.

En effet, une dame m'a dit : « Comme le disait, Henri Salvador, le travail c'est la santé mais ne rien faire ce n'est pas la conserver. Quand on pourrait profiter de la vie qu'il nous reste, notre corps se détraque. »

Les éléments qui ressortent le plus sont la difficulté de se voir perdre des capacités physiques mais ils pensent quand même avoir gagné en sagesse et en savoir.

Ils sont presque tous en situation de solitude malgré qu'ils soient nombreux dans l'établissement et qu'ils aient des relations les uns avec les autres.

Ils leur manquent le lien affectif, il est difficile de se faire des amis quand on n'est pas ami avec soi-même, en accord avec ce que l'on est devenu.

Ils se sentent prisonniers dans des établissements où l'on affiche pourtant la « charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante » mais ceci n'est que la métaphore de la vérité.

¹ (Établissement et Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)

Même si le fonctionnement de la vie en communauté pose des limites à la liberté de chacun des résidents, ce n'est pas toujours le règlement de l'établissement qui les prive de leur liberté mais leur corps qui ne répond plus à leurs attentes.

Ils ne se sentent pas respectés par le reste de la population, ils se sentent parfois en trop, malgré que la plupart d'entre eux soient encore acteur par le droit de vote qu'ils continuent à honorer.

Ils essaient comme ils le peuvent de suivre ce qui se passe dans la société en France voire dans le monde, soit par l'intermédiaire des informations télévisées soit par le journal.

Enfin, la dernière question portait sur le terme qu'ils préféreraient pour les nommer.

Le terme de papi/mamie est en tête chez ceux qui ont des petits-enfants et arrière-petits-enfants et le deuxième est celui d'« aîné(e) » qu'ils trouvent respectueux et qui leur donne un statut honorable.

Il est dommage que cette population soit mise de côté, qu'elle ne soit pas plus sollicitée et que l'on ne profite pas de la richesse de leurs expériences et de leurs vécus.

Une expression populaire dit à ce propos : « Un vieux qui meurt est une bibliothèque qui brûle »

Nos aînés sont riches de vie et d'expériences relationnelles dont on devrait encore plus prendre compte.

3. Les changements liés au vieillissement de l'Homme :

Le vieillissement étant un processus dynamique, il entraîne des changements physiques, cognitifs, affectifs et sociaux tout au long de la vie et notamment dans l'entrée en âge avancé.

Cependant, le vieillissement de chaque individu est unique car il est influencé par le bagage génétique, les habitudes de vie physiques, intellectuelles, l'alimentation et l'environnement.

Il est important de souligner que tous les individus ne vieillissent pas au même rythme ni de la même façon.

a. Sur le plan physique :

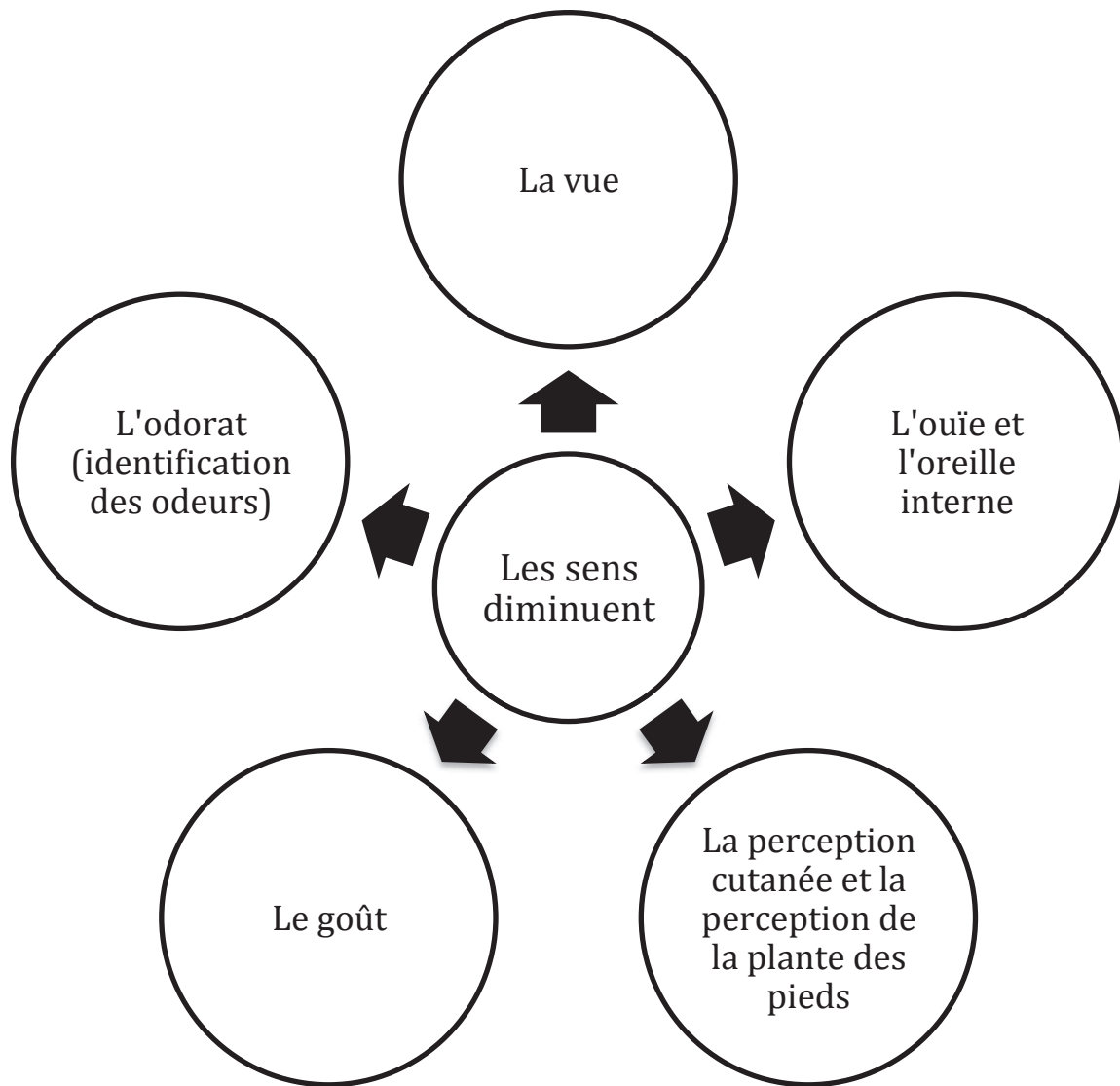
Les premières marques du temps sont les cheveux grisonnants et les rides qui représentent les expressions du visage présentes et passées. En revanche, un certain nombre de changements s'opèrent petit à petit.¹

Du fait de la perte de l'odorat et du goût ainsi qu'un déséquilibre hormonal, l'appétit diminue.

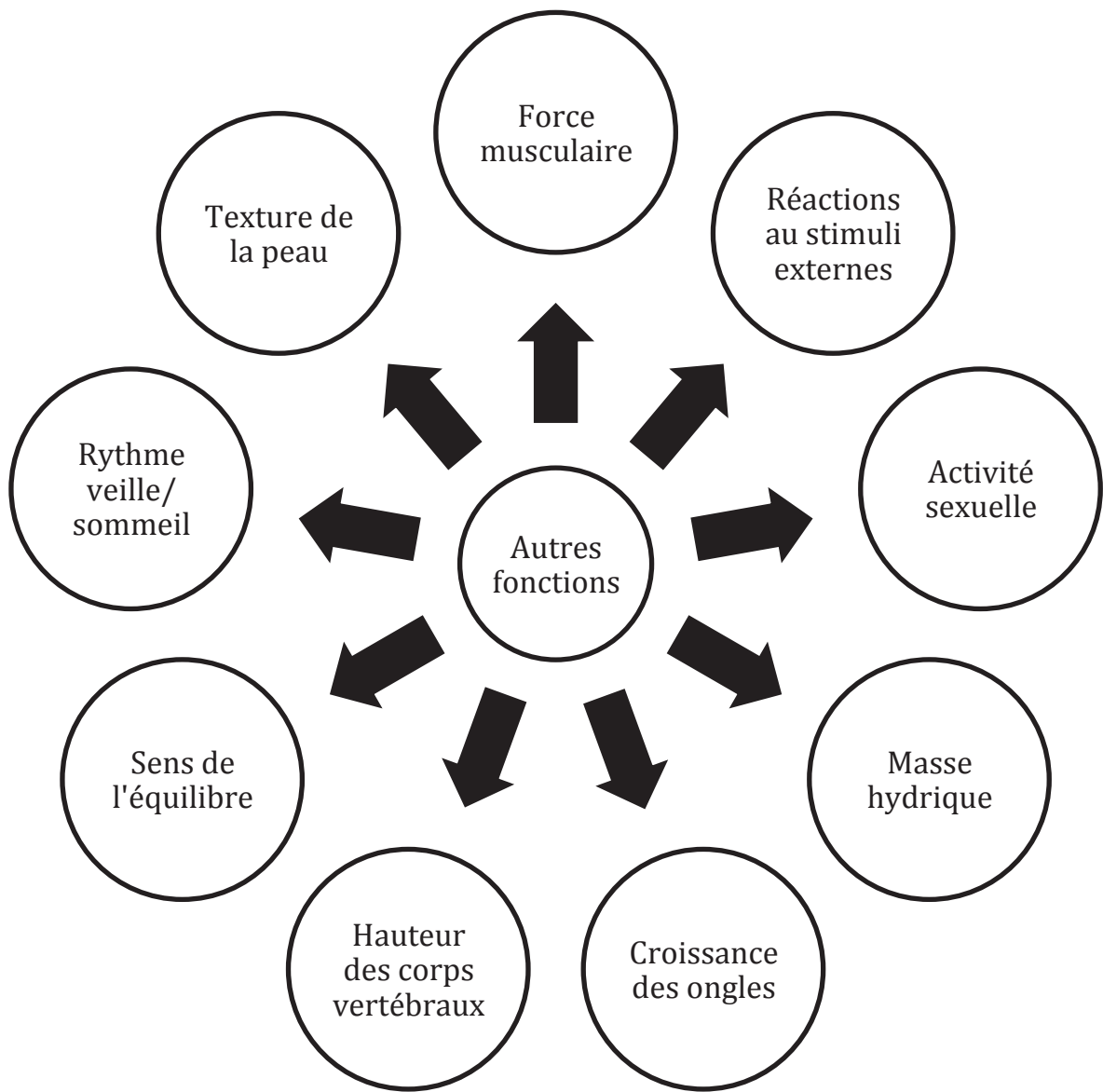
Cependant, il ne faut pas voir la vieillesse comme indésirable car, si on peut observer le ralentissement et la diminution de certaines fonctions, c'est une évolution du corps qui n'empêche en rien de vivre agréablement.

De plus, il ne s'agit pas d'une transformation brutale mais d'un changement qui s'effectue petit à petit dans le temps.

¹ Voir graphiques 1 et 2, p. 16-17.



Graphique 1 : Diminution de nos 5 sens et de la proprioception



Graphique 2 : Autres changements et diminutions de l'organisme

b. Sur le plan cognitif :

Il n'y a pas d'âge à compter duquel les capacités cognitives diminuent.

Cependant, on peut tout de même constater quelques évolutions sur le plan cognitif comme l'augmentation du temps de réaction et la concentration qui est plus difficile mais qui n'empêche pas son efficacité.

À partir de 20 ans, on perd en moyenne 2% de cerveau tous les 10ans ce qui expliquerait la diminution de l'influx nerveux et donc la difficulté d'accès à l'information, même si celle-ci ne disparaît pas.

De plus, la capacité à apprendre de nouvelles connaissances est très faiblement atteinte. La plasticité cérébrale est active tout au long de la vie.

Malgré la perte de neurones, le nombre de connexions synaptiques augmente en vieillissant, ce qui donne tout de même la possibilité au cerveau de se régénérer.

c. Sur le plan affectif :

La manière dont se voit la personne âgée peut influencer sa joie de vivre.

En effet, il est important pour elle de maintenir une image corporelle positive malgré les changements qui s'opèrent au travers du temps, ce qui lui permettra de garder son identité d'homme ou de femme.

Le réseau de soutien est aussi très important. Avoir une oreille attentive pour pouvoir s'exprimer, des enfants ou du personnel soignant, ainsi que de bonnes relations avec les autres résidents de son institution.

La perte des proches peut entraîner l'isolement qui est plus fréquent chez les femmes qui vivent plus longtemps que les hommes.

Le réseau de soutien peut être aussi une activité dans laquelle le sujet se plait.

Par exemple, une dame qui s'occupera de ses plantes vertes. Cette activité lui donne un but, la satisfaction de les voir fleurir et devient un moment important dans sa vie quotidienne.

De plus, avoir un projet (activité poterie, gymnastique douce, rencontre avec des enfants d'une école maternelle) permet à la personne de redevenir acteur par l'activité qu'il choisit.

Les activités permettent ainsi de mettre l'accent sur les avantages qu'offre l'âge.

d. Sur le plan social :

La vue et l'ouïe sont des sens qui sont très importants dans la vie sociale de l'individu.

En effet, les informations nous sont données majoritairement par la vue qui occupe une grande part de nos plaisirs, comme la télévision qui devient une des sources principales de loisir au moment de la retraite, mais aussi dans la lecture, l'alimentation, etc.

L'ouïe, quant à elle, participe aussi aux activités de loisirs comme la télévision mais surtout à la communication avec l'environnement.

Lorsque l'un et/ou l'autre de ces sens diminuent significativement, la personne a tendance à s'isoler, se désintéresser des activités ainsi qu'engendrer de la méfiance car il perçoit la voix comme un marmonnement. Le sujet se sent alors exclu et peut penser qu'on parle de lui.

Le réseau social s'appauvrit aussi au fur et à mesure des années qui passent pour les raisons évoquées au-dessus mais également parce que les amis deviennent tout aussi dépendants que nous et chacun est placé dans des établissements différents.

e. Liens entre les plans physique, cognitif et affectif :

Les différents changements du vieillissement sont tous liés les uns aux autres.

Un changement physique peut entrer des critères sociaux et émotifs ainsi que cognitifs.

Par exemple, une difficulté comme la perte de l'appétit peut être liée à la diminution des sens (odorat et goût), mais aussi à une difficulté émotionnelle comme la dépression, une incapacité à se faire à manger seule et/ou des difficultés économiques.

Il est donc important de prendre soin de la personne vieillissante dans sa globalité autant physique, psychologique que sociale pour bien comprendre la problématique de la personne et les raisons de celle-ci.

4. Les pressions sociales liées à l'âge et ses représentations :

L'image sociétale de nos aînés est lourde à porter dans le sens où elle ne correspond pas aux idéaux de notre société moderne en terme de jeunisme et de compétitivité.

Michelle Joulain¹ explique que la représentation de la personne âgée dans la société est faite de croyances et de préjugés qui mettent les personnes d'âge avancé dans une catégorisation sociale qui leur impose des comportements à tenir.

Par exemple, ils sont tenus de porter des vêtements foncés et classiques.

De plus, lorsque les individus quittent le monde professionnel pour rejoindre celui de la retraite, ils se trouvent dénués des codes de celui-ci (tenues vestimentaires, manières de se comporter, droits et devoirs).

Ils se retrouvent alors dans les normes de la retraite qui sont peu explicites et floues comme les liens sociaux qui disparaissent peu à peu.

¹ Personne Michel, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Érès, Pratiques gérontologiques, pp. 17-31

Le sujet peut aussi se retrouver désorienté et se sentir angoissé et déprimé plutôt que libéré du travail car il n'est plus guidé par les exigences de la vie active et n'a pas l'habitude de faire ce qu'il veut.

Fréquente chez les jeunes retraités, la dépression est souvent ignorée des proches et sous-estimée par le médecin, ce qui explique le fort taux de suicide au troisième âge : 50 pour 100 000 habitants parmi les hommes âgés de 65 à 74 ans.

Avec ce taux, la France se situe au deuxième rang en Europe.

L'entrée dans la retraite bouleverse aussi la vie de couple et familiale.

Lorsque la dépendance de la personne âgée l'oblige à quitter son domicile pour aller dans une institution, celle-ci sera sa dernière résidence.

La personne n'est pas préparée à cet événement qui marque fortement sa vie.

Ce moment critique dans la vie du sujet s'accompagne souvent d'une certaine inquiétude et d'un déséquilibre de sa vie quotidienne.

Très souvent, la personne n'a pas le temps de dire au revoir à sa maison et à toutes les choses qu'elle possède comme par exemple un animal domestique.

Il est alors compliqué pour le sujet d'accepter ce changement auquel il n'a pas été préparé et dont il ne peut faire le deuil.

C'est pourquoi, il est important qu'au sein de l'établissement, la personne ait la possibilité de faire des choix dans le déroulement de son quotidien.

Ceci n'est pas toujours respecté dans les EHPAD où le système de fonctionnement strict impose son cadre avec ses règles, ses horaires et ses protocoles.

Le sujet perd alors une partie de lui-même, son identité.

Identité de la personne âgée :

Le narcissisme et l'identité sont deux notions qui renvoient l'une à l'autre. La notion d'identité se situe à l'interface entre l'espace du narcissisme et l'espace social.

L'identité renvoie à une permanence dans le temps de caractéristiques de notre personnalité, perceptible par le sujet lui-même et par autrui.

Elle fait appel à deux aspects du narcissisme :

- intime : être soi-même.

Il s'agit de la perception de soi-même qui implique une réflexivité, un décentrement pour pouvoir se voir comme nous verrait l'autre.

- social : ce que l'on présente à autrui.

Il se développe à partir des investissements d'objets successifs orientés sur la recherche de satisfaction en provenance des autres d'ordre purement narcissique ou amoureux.

L'identité est une forme élaborée du narcissisme, son développement implique l'élaboration du narcissisme.

Le sentiment d'identité s'appuie sur une continuité temporelle et une singularité.

En effet, l'individu doit se sentir unifié au travers des différentes expériences qu'il a vécu tout au long de sa vie. C'est le sentiment d'un soi, différencié d'autrui, qui nous permet de nous reconnaître et de nous accepter.

L'identité se construit au niveau psychique par l'individuation avec les défenses conservatrices mais aussi au niveau corporel avec la construction de l'enveloppe charnelle de l'individu. Elle englobe des notions de représentation de soi et de conscience de soi.

Notre identité est présente dès la première cellule grâce à notre bagage génétique unique, construit à partir d'un brassage génétique qui caractérise la reproduction sexuée des eucaryotes.

Notre identité fait partie de nous avant même que nous en ayons conscience.

Elle s'inscrit par notre histoire, la relation avec nos parents, leurs inconscients et par notre corporéité.

En situation difficile, comme la vieillesse, l'identité est touchée par les vécus douloureux et les crises de l'existence qui ne manquent pas lors du vieillissement.

À chaque fois, elle est à reconstruire et le corps est un médiateur efficace.

1. Construction identitaire de l'enfant :

a. Le schéma corporel :

Le schéma corporel est une représentation permanente des différents segments de notre corps dans l'espace.

C'est la représentation que l'on a de nous dans les trois dimensions, la compréhension immédiate de la position et de la posture.

Elle nous est donnée par les diverses informations physiques que nous recevons de notre corps comme la proprioception, la cénesthésie, les sensations corporelles et sensibles ainsi que la kinesthésie.

Le schéma corporel peut être conscient mais il est surtout préconscient, Lhermitte le disait en arrière plan de notre conscience.

La maturation du schéma corporel s'achève vers l'âge de 11-12 ans.

A la naissance, l'enfant n'a pas conscience d'être un individu. La découverte des différentes parties de son corps va se faire dans les premiers mois de la vie parallèlement à la maturation des systèmes neuronaux, à partir des données posturales, kinesthésiques, visuelles et tactiles.

L'enfant expérimente cette notion lors des échanges avec la mère dans différentes situations (le portage, l'allaitement, le bercement, les soins et les jeux corporels).

De plus, le tonus musculaire a une grande place dans la construction de celui-ci. Il permet l'émergence de la notion d'enveloppe corporelle et de communiquer le bien-être ou le mal-être à la mère.

On parle d'acquisition du schéma corporel car il n'est pas inné.

Dans les premiers mois de la vie, l'enfant a besoin des stimulations externes associées à des réflexes archaïques qui prennent une dimension sensori-motrice (sensations tactiles, auditives, succion, ...) Ajuriaguerra dira que « le corps du nourrisson est agi par les manipulations d'autrui ».

Jusqu'à 3 mois, les informations fournies par les différentes modalités sensorielles ne seront pas encore coordonnées. L'enfant a une perception « éclatée » de son corps.

Vers 6 mois commence l'intégration des modalités sensorielles visuelles, tactiles et kinesthésiques. Les objets perçus par la vue vont permettre de reconnaître les différentes parties du corps ; ils sont portés à la bouche et le bébé devient progressivement capable de distinguer son corps des objets du milieu environnant.

A partir de 1 an, l'espace objectif, distinct du corps propre, s'élabore ; la préhension a cessé d'être un réflexe automatique et devient soumis au contrôle volontaire (Henri Wallon parle de "motilité intentionnelle" projetée vers l'objet); la motricité est de plus en plus une activité dirigée vers un but et dotée de significations.

La verticalisation confirme cette évolution d'abord par l'acquisition de la station assise (autour de 6 mois), puis de la station debout (autour de 9 mois), et enfin de la marche (entre 12-16 mois).

Les bases du schéma corporel peuvent être considérées comme constituées avec l'acquisition des déplacements autonomes.

Par la suite, le schéma corporel s'affinera avec l'acquisition du langage. Il atteindra une nouvelle étape élaborée par l'apparition de la dominance latérale, qui se fixe vers 5-6 ans.

Plus tard, les bases acquises vont permettre à l'adolescent de continuer à individualiser son schéma corporel, en le confrontant aux expériences quotidiennes de "jeux de miroir" avec l'entourage familial et les groupes sociaux rencontrés (les camarades, les enseignants, ...).

Le schéma corporel est en reconstruction permanente tout au long de la vie.

Cependant, il ne peut être évoqué sans parler de l'image du corps qui est un autre concept, indivisible de celui-ci.

b. Image du corps :

L'image du corps désigne les perceptions et les représentations mentales que nous avons de notre corps comme objet médiateur dans la relation à l'autre, entre le dedans et le dehors, le Moi et l'Autre.

Cette représentation de soi est liée à la vie relationnelle et sa qualité, ainsi que de la formation du narcissisme.

La construction de l'image du corps de l'enfant se fait par les différents échanges entre le nourrisson et sa mère. Elle est la trace ineffaçable laissée par les sensations les plus prégnantes de notre enfance.

Elle est issue de deux éléments bien différents, c'est-à-dire une sensation perçue, éprouvée dans l'instant et l'image de celle-ci qui s'imprime dans l'inconscient.

Il est important que les échanges mère/enfant soient réguliers et répétitifs pour que le bébé puisse les anticiper afin de lui permettre de construire une enveloppe psychique, et se sentir en sécurité. Mais elle doit aussi donner sens à toutes ses interventions pour que ces sensations forment une image durable.

Ces tous premiers échanges représentent le dialogue tonico-émotionnel entre la mère et l'enfant.

Le tonus est le support de nos émotions, il est les plus intimes tensions de la rencontre charnelle, désirante et symbolique entre la mère et l'enfant.

Ce qui restera en image ce sont les variations de cette tension, la rythmicité de l'échange sensoriel et sensuel dans le couple fusionnel mère/enfant.

Ce qui perdure dans l'inconscient de l'enfant sera la perception des temps forts et des temps faibles de l'intensité des contacts charnel avec sa mère.

Ces échanges permettent à l'enfant d'éprouver la stabilité dans l'espace, de rester le même à travers le temps et consistant face à l'altérité des êtres et des choses.

Ils construisent au plus profond de nous, la certitude absolue de demeurer le même alors que nous évoluons constamment.

Petit à petit, en grandissant, les interactions avec la mère seront plus aléatoires mais le bébé n'aura pas d'angoisse car il aura intégré le sentiment de soi.

Être soi-même, c'est donc rester identique à soi malgré les nombreux changements de l'existence.

De plus, l'image du corps est liée au sujet et à son histoire, c'est la synthèse de nos expériences émotionnelles. Elle est avant tout l'image d'une émotion partagée.

Le passé inconscient résonne dans la personne présente, l'image du corps fait partie de l'inconscient et se structure par la communication. On peut la considérer comme une mémoire inconsciente des vécus de notre corps d'enfant.

Les sensations du corps infantile gravent des images permanentes qui constituent la mémoire génératrice du sentiment de soi, sentiment éprouvé pour la première fois à l'âge de 3 ans.

Le tonus musculaire est le socle de la construction du schéma corporel et de l'image du corps car il est la toile de fond de nos émotions.

Ces deux concepts sont incroyablement entremêlés et constituent une grande partie de l'identité de l'enfant.

c. Le stade du miroir :

Dans le cheminement progressif vers l'identification de soi, le stade du miroir est primordial. Celui-ci est décrit par Jacques Lacan.

Cette étape survient entre 6 et 18 mois et doit permettre au bébé de reconnaître son corps différencié de l'autre (sa mère).

Pour Lacan, le nourrisson est dans une immaturité proprioceptive qui lui fait apparaître son corps comme morcelé. Ce manque d'unité met le bébé dans une situation anxiogène. Seule la relation fusionnelle avec sa mère lui permet d'atténuer l'angoisse de morcellement.

Devant le miroir, vers 6 mois, il a une maturation suffisante de la perception visuelle qui lui permet de reconnaître une forme humaine. Il n'y a pas encore de lien entre le corps propre et son reflet, l'enfant cherche à voir derrière lui d'où vient cette image.

Plus tard, vers 18 mois, l'enfant identifie l'image du miroir comme la sienne, il va distinguer son corps de celui de sa mère qui le tient dans les bras.

Ce stade du développement a une grande valeur symbolique dans l'évolution psychique de l'enfant.

Il ne peut pas distinguer son image de son corps seulement en regardant son parent qui est à côté de lui et son image dans le miroir.

Il regarde son parent et l'image de celui-ci dans le miroir pour distinguer l'être et l'image. L'accès à sa propre image passe alors par un autre que lui.

Cette étape marque le point de départ de l'autonomie et structure le développement futur de l'enfant qui était jusque là pris dans une relation symbiotique, indifférenciée avec sa mère.

Cette nouvelle image, appelée image spéculaire est donc le reflet de la silhouette de notre corps dans le miroir.

Elle fait découvrir de nouvelles limites au corps de l'enfant et lui permet de découvrir des parties de son corps qu'il ne connaissait pas encore.

L'image spéculaire fait suite à la découverte de l'image du corps qui est refoulée.

L'enfant se voit comme un être unifié et continu. Il fait maintenant la distinction entre Moi/Non-Moi, l'intérieur et l'extérieur.

De plus, il découvre que dans la glace, c'est une image et non le réel. L'enfant passe donc du réel à l'imaginaire.

Lorsque l'enfant voit son image spéculaire, il éprouve 3 ressentis différents :

- Je me vois comme une forme humaine
- Je me vois différent des autres
- Je me vois comme un être cohérent et en mouvement

Ces ressentis l'amèneront au sentiment d'unité, d'être UN et annonce le « Je » symbolique qui sera affirmé vers 3 ans, il parlera alors en son nom.

Cette représentation dans le miroir s'intériorise et devient une représentation stable dans le monde interne de l'enfant. C'est la naissance du « Moi » et du sentiment d'identité.

d. Construction du Moi :

Selon Daniel Stern, le bébé a un sens de Soi de manière innée. Celui-ci se construit de façon dynamique, le bébé est déjà prêt et appétant de l'interrelation.

Federn rejoint Stern car pour lui, le sentiment de soi est présent depuis le début de l'existence sous une forme vague et pauvre en contenu.

Le sens de Soi se forge sur l'expérience d'une organisation. La première perçue est celle qui concerne le corps qui est le premier point de référence avec ses actions, ses états émotionnels et la mémoire de tout cela.

Le sens de Soi émerge pendant les deux premiers mois de vie, le bébé le ressent au moment où on s'occupe de lui, pendant les soins, les prises de repas nommé le « holding » et le « handling » par Winnicott. Ce sens de soi va donner la constitution d'un soi-noyau.

Ce sont sur les affects de vitalité, c'est-à-dire les émotions de base qui se communiquent de façon infra-verbale que s'appuient les intégrations du nourrisson.

D'après J. Lacan, notre Moi est la représentation mentale de nos ressentis corporels, la représentation sans cesse changeante et influencée par notre image du miroir.

Le Moi est donc composé de deux images corporelles de nature différente mais indissociables :

- L'image mentale de nos ressentis corporels
- L'image spéculaire de l'apparence de notre corps

Le Moi est un sentiment d'exister, le sentiment d'être soi. Il est fondé sur le vécu tout aussi subjectif de nos images corporelles. Il est, en réalité, un ensemble d'image de soi changeantes et souvent contradictoires.

Cependant, le Moi est toujours l'interprétation personnelle et affective de ce que nous sentons et voyons de notre corps car elles sont nourries dans l'amour ou la haine que nous avons pour nous-même.

La perception de notre Moi sera inévitablement déformée par la réminiscence d'une émotion infantile ainsi que par la présence de l'Autre (toutes personnes qui marquent notre existence).

Tout ce que l'enfant met en place dans la construction de son identité est sans cesse remis en question tout au long de la vie par les différents évènements et changements que l'individu traverse.

À l'image du schéma corporel, tout est en évolution constante. L'image du corps est sans cesse remaniée par les différentes émotions ressenties tout au long de la vie. Un sentiment de tristesse alimentera une image du corps dévalorisée et vice versa.

Le vieillissement entraîne de multiples changements autant physiquement, que psychologiquement et émotionnellement.

2. Qu'en est-il chez nos aînés ?

Le rapport au vieillissement est différent d'une personne à une autre parce que celui-ci demande un effort adaptatif nécessaire.

Le temps échappe aux personnes vieillissantes qui, à la retraite, ont tout leur temps pour y penser alors qu'elle ne le voudrait pas. C'est en cela que réside la principale difficulté.

Contrairement à l'enfant qui a tout à construire à partir de ses capacités innées et acquises ; les aînés perdent leurs capacités et doivent s'adapter pour pouvoir garder leur intégrité et leur sentiment de soi.

a. Schéma corporel :

Avec le vieillissement, le corps est sujet à la désorganisation tonique, la posture est hésitante, figée, notre corps est moins sollicité soit par les effets de la senescence et/ou de la pathologie.

La marche se fait à petit pas dans des périmètres de plus en plus restreints avec l'assurance d'une canne ou d'un bras.

Nos aînés se sentent de plus en plus vulnérables, fragiles et finissent par restreindre les déplacements à la chambre jusqu'à les limiter à l'espace du fauteuil et enfin du lit.

Le schéma corporel tend alors à se déstructurer. Le vieillissement des tendons, des ligaments, des os et l'atrophie des muscles entraînent une perte de mouvements et de gestes.

L'ensemble des sensations kinesthésiques, proprioceptives et tactiles est réduit au minimum.

Tout ceci entraîne une désorganisation des fonctions physiologiques ainsi que psychologique atteignant aussi l'orientation temporo-spatiale.

La représentation des parties du corps est donc perturbée ainsi que la sensation d'unité. Le corps de la personne âgée est souvent le siège de souffrances physiques et psychiques, il est alors souvent désinvesti.

La déstructuration du schéma corporel commence le plus souvent par l'atteinte de la marche, le sujet n'est plus sûr de lui, ne tient plus très bien sur ses jambes, les pas se font de plus en plus hésitants et le sujet se retrouve alors assis dans un fauteuil.

Ensuite, lorsque le sujet entrera dans la toute dernière partie de sa vie, il ne pourra plus tenir dans son fauteuil, le tonus de son dos diminuera, il lui sera difficile de se tenir assis et sera alité.

La personne se recroquevillera alors naturellement en position fœtale jusqu'à son décès. Cette étape ne se retrouve pas chez toutes les personnes mais souvent chez celles dont la fin de vie dure.

La personne âgée a donc une évolution que l'on peut qualifier d'inverse à celle de l'enfant au niveau du schéma corporel.

En effet, elle revient à la position dans laquelle elle était en sécurité dans le ventre de sa mère. L'enroulement est une position de protection qui donne un sentiment de sécurité.

Cependant, l'enchaînement de ces différentes étapes ne peut s'effectuer sans avoir d'incidence sur l'image du corps. La personne se voit vieillir et, est souvent victime d'une atteinte narcissique.

b. L'image du corps :

De sa naissance à sa mort, l'Homme est soumis au temps, limité par lui, et son corps porte les séquelles de la durée, en connaît les transformations.

Si nous nous préoccupons de ces changements c'est parce que leurs conséquences mettent l'Homme devant le poids du réel et le renvoie à sa finitude. Le corps qui est le lieu de l'ancrage du Moi est aussi le lieu du temps et celui de la mort.

Altéré par le temps et/ou les pathologies, par la douleur, le sujet vieillissant ne se reconnaît plus dans le regard d'autrui, il pense que son image ne retient plus l'attention.

L'image du corps traduit cette métamorphose dans la gestuelle, l'expression du visage ainsi que toutes les attitudes.

Le sujet dévalorise son image, son estime de soi est mise à mal et les failles du passé sont ravivées, il devient un objet avec lequel on prend de la distance.

On peut alors observer deux sortes de réactions :

- Manifestations d'anxiété qui résultent des représentations culturelles qui s'inscrivent dans le corps
- Exploiter toutes les chances de vivre pleinement sa vieillesse, en profitant de ses qualités afin de se procurer du plaisir

L'image du corps est, en effet, dans une perspective dynamique incluant les dimensions corporelles, affectives et sociales.

La personne ne se voit jamais tel qu'elle est, pour la simple raison que l'image du corps est liée à nos émotions.

Lors du vieillissement, les nombreux changements physiques et sociaux diminuent le sentiment de satisfaction et l'image que nous avons de nous en pâte.

Malgré que les changements corporels liés au vieillissement, fassent émerger l'idée de finitude, la majorité des individus s'adaptent, compensent ces transformations corporelles pour continuer à vivre le mieux possible.

Seules les personnes qui sont soutenues ou qui ont suffisamment d'amour pour elle-même passent au dessus de tous ces changements et gardent une image d'eux-mêmes suffisamment bonne.

Ces personnes ont été des enfants dont les parents les ont suffisamment soutenu pour qu'ils puissent, au moment des moments difficiles comme la vieillesse, avoir suffisamment de confiance en ce qu'ils sont pour passer outre les difficultés.

L'image du corps est aussi très liée au « miroir brisé » nommé ainsi par Jack Messy.

c. Le miroir brisé :

Le miroir brisé représente le moment totalement opposé du stade du miroir, lorsque le sujet ne s'y reconnaît plus.

Il s'agit d'un moment du vieillissement où l'image que nous renvoie le miroir apparaît comme étrangère à nous-même. Cette expérience étrange est très déstabilisante pour l'individu.

La personne observe un décalage entre ce qu'elle ressent à l'intérieur et ce que le miroir lui renvoie de son aspect extérieur. Ceci est incontrôlable pour la personne qui jusqu'ici maîtrisait sa destinée.

On peut le définir comme un remaniement dans l'équilibre psychique du sujet, les repères identificatoires ne sont plus les mêmes.

Le vieillissement atteint l'Homme dans son corps et l'étape du miroir brisé l'atteint dans la représentation que celui-ci a de son corps et les relations qu'il a avec les Autres.

Le sujet ne trouve pas dans le regard de l'autre la réassurance narcissique mais plutôt ce qu'il redoute, ce qu'il s'imagine comme dévalorisant, ce qui aggrave le sentiment de dévalorisation.

Il rejette alors cette image vieillie qu'il a de lui-même et à laquelle il lui est impossible de s'identifier.

La personne vieillissante s'attendait à voir la personne qu'elle était plus jeune et se retrouve face à cette nouvelle image dont elle ne veut pas et qu'elle n'est pas préparée à affronter.

L'expérience du miroir brisé est une expérience spécifiquement humaine par la perte que vient de subir le Moi dans l'illusion de sa pérennité.

Jusque là, le sujet s'était accommodé de l'image qu'il s'était construit petit à petit à travers son histoire et les expériences de la vie.

Le vieillissement contribue donc à la diminution de l'estime de Soi, le sentiment personnel de sa valeur, la base de la confiance en Soi et l'amour de Soi, nécessaire pour s'intéresser à l'autre.

Cette rupture narcissique où le corps modelé par le vieillissement joue la métaphore et la représentation de la réouverture d'une vieille blessure narcissique du temps où l'enfant était devant l'impasse d'une complétude totale entre sa mère et lui.

La personne âgée doit donc s'adapter à ces modifications corporelles et les pertes qui leur sont liées. Elle doit donc accepter cette nouvelle image d'elle-même et celle que les autres lui renvoient.

d. La solitude :

Dans la vieillesse, un nouveau terme vient aux lèvres : la solitude.

Il est vrai que lorsqu'on prend sa retraite, le réseau social diminue, puis, plus on avance en âge et plus les gens autour de nous disparaissent.

Le conjoint est la dernière personne qui reste au fur et à mesure du vieillissement, les capacités diminuent, une symbiose se forme alors entre l'homme et la femme.

Chacun fait ce qu'il peut avec ses capacités dans la maison ce qui permet d'éviter l'institution.

Cependant, lorsque l'un des deux disparaît cette symbiose peut nuire à l'adaptation nécessaire à la perte du conjoint.

Le sujet se retrouve donc face à lui-même et son sentiment d'inutilité, de mise à l'écart de la vie et de la société.

La solitude est de plus en plus présente mais solitude ne signifie pas isolement.

La solitude est un sentiment ponctuel ou durable, qui est en rapport avec la réaction ou le sentiment personnel qui peut survenir même lorsqu'on se trouve au milieu d'une foule.

L'isolement quant à lui désigne un état, une situation physique de retranchement vis-à-vis du monde, le fait d'être isolé peut se mesurer au nombre de contacts sociaux.

Jacqueline Kelen¹ dit que « la solitude est un cadeau royal que nous repoussons parce qu'en cet état, nous nous découvrons infiniment libres et que la liberté est ce à quoi nous sommes le moins prêts »

En effet, la solitude nous amène à penser à ce que nous sommes et ce que nous avons été ce qui peut être compliqué lorsqu'on ne se reconnaît plus.

Celle-ci est très présente chez nos aînés qui, même si g(tils sont nombreux dans les institutions n'arrivent pas à communiquer entre eux parce qu'ils sont dans un mal être corporel et psychique. Ceci les empêche de nouer des liens dans la peur d'être jugé par l'autre.

Mais la solitude n'est pas pathologique, c'est une expérience qui ouvre vers la liberté.

e. Le deuil :

Tout changement, relatif ou absolu, qui modifie négativement un état antérieur entraîne le deuil.

Ainsi, il peut résulter d'une diminution de la liberté ou de la perte du conjoint ou d'une fonction.

Selon les travaux d'Elisabeth Kübler-Ross, le deuil se fait en plusieurs étapes :

- Le choc ou le déni : cette étape survient lorsque l'on apprend la perte. Le sujet refuse d'y croire, les émotions sont souvent coupées. C'est une période plus ou moins intense qui ne dure pas très longtemps.
- La colère : Le sujet entre dans une phase de colère vis-à-vis de la perte. C'est une période de questionnement où la culpabilité peut s'installer.

¹ Jacqueline Kelen, *L'Esprit de solitude*, Albin Michel, 2005 dans *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller*, Marie De Hennezel, Édition France Loisir, 2008, p. 156.

- Le marchandage : Le sujet implore les forces divines en faisant des promesses, des négociations, etc.
- La dépression : Cette phase peut être plus ou moins longue, le sujet se résigne alors avec un profond sentiment de tristesse devant son sort, il comprend qu'il est inutile de lutter.
- L'acceptation : Dernière étape du deuil où le sujet accepte, sans plaisir mais avec calme, sa mort imminente, celle de l'être perdu ou de toute autre perte.

Une fois la perte acceptée, le sujet peut ressentir de la peur qui se transforme en angoisse puisque celle-ci n'a pas d'objet. L'avenir envisagé sans l'objet perdu fait peur et devient incertain.

Cependant, le vécu des sujet ayant subi la perte d'une fonction ou de la liberté (entrer en institution) diffère de celui qui a perdu un être cher.

En effet, la perte d'une fonction se fait sentir au quotidien quand la perte de l'être aimé s'estompe au fur et à mesure que le veuf prend de nouvelles habitudes quotidiennes même s'il n'oublie pas son conjoint.

La présence d'une personne à qui le sujet peut se confier est importante pour l'amélioration du moral de la personne en deuil. Celle-ci, a alors le sentiment, d'être soutenue et peut se remettre à participer à la vie sociale qui augmente la capacité d'assumer la perte subie.

f. La mort :

Les rituels autour de la mort ont beaucoup changé depuis les 60 dernières années.

En effet, il existait la veillée funéraire au domicile du défunt. Les personnes de la famille et de l'entourage visitaient le corps qui était exposé et préparé par la famille. Ce rituel permettait une approche avec la mort et de se familiariser avec celle-ci.

Aujourd'hui, la mort et tous ses rituels sont cachés et confiés à des professionnels. Elle est donc sortie de notre quotidien et semble plus distante et artificielle qu'autrefois.

Si la mort a été écarté de nous en ce sens qu'elle est devenue moins visible, elle s'est aussi éloignée parce qu'elle nous atteint rarement à travers ceux qui sont proches de nous.

En effet, avec l'allongement de l'espérance de vie et la baisse de la mortalité, la mort atteint les classes d'âges les plus élevées.

Ces changements de rituels éloignent les familles de leur devoir d'accompagnement des personnes en fin de vie que l'on laisse aux professionnels des hôpitaux ainsi que de leur travail de deuil.

Ceci entraîne 3 craintes chez nos aînés en fin de vie, la peur de mourir seul, la peur de mourir dans l'obscurité et la peur de souffrir.

Cependant, avant leur propre mort, nos aînés sont confrontés à trois types de mort :

- la mort psychologique :

Le sujet voit ses amis, voire ses enfants, partir les uns après les autres et se retrouve comme le survivant, il peut également entrer dans une démence qui le mène dans un monde parallèle et se retrouve coupé de la réalité.

- la mort sociale :

La famille s'éloigne pour des raisons diverses, les pairs meurent et l'environnement familial disparaît.

Le placement en institution représente probablement la forme la plus radicale de la mort sociale lorsque celle-ci n'a pas été préparée suffisamment.

- la mort physique :

Le sujet qui va mourir ressent une faiblesse engendrée par l'épuisement de l'énergie vitale.

Lorsque nous nous retrouvons confrontés à un mourant ou à un mort, nous sommes mal à l'aise parce que la situation nous force à la prise de conscience de notre condition de mortel. Les personnes les plus âgées étant les plus proches de la mort nous nous éloignons d'eux comme si ils étaient déjà contaminés par la mort.

3. Identité de l'enfant et de la personne âgée : quel lien ?

Nous pouvons à présent mettre en lien la construction de l'enfant et le vieillissement.

Dans la construction de l'identité de l'enfant, le schéma corporel, l'image du corps et le Moi, tendent à s'épanouir pour pouvoir être assez fort pour traverser toutes les expériences de la vie.

Le schéma corporel tend à s'inverser par rapport à l'acquisition que l'enfant fait de celui-ci comme il a été expliqué précédemment.

Didier Anzieu¹ décrit huit fonctions du Moi-peau dans son ouvrage du même nom. Il fait alors un parallèle entre la fonction de la peau et les fonctions du Moi, un parallèle entre l'organique et le psychique chez l'enfant.

Ces fonctions peuvent s'adapter à la personne qui vieillit et permet de comprendre ce qu'il y a de différent avec l'enfant.

Tout d'abord la peau permet de maintenir le squelette et les muscles tout comme le Moi-peau permet le maintien du psychisme.

Cette fonction correspond au « holding » de Winnicott, c'est à dire la façon dont la mère soutient son enfant.

Elle permet aussi la contenance des organes ce qui correspond à la contenance des pulsions dans le Moi-peau.

Ceci correspond au « handling » de Winnicott, c'est-à-dire, les réponses apportées par la mère aux sensations du bébé par une enveloppe tactile et auditive.

On peut aussi lui associer l'individuation du Soi.

Le sujet a donc besoin, comme l'enfant, d'être entouré par une enveloppe externe faite de messages qui lui permettent de se restructurer afin de sentir sa capacité d'émettre des signaux entendus par les autres et de contenir les pulsions pour ainsi être Moi.

¹ Didier Anzieu, *Le Moi-Peau*, DUNOD, Collection psychisme, 1995, 291

Cette enveloppe externe peut être l'échange oral ou la médiation toucher, une attention qui permet au sujet de se sentir considéré par l'Autre.

Faire ressentir son enveloppe à une personne vieillissante, c'est l'individualiser à nouveau comme le bébé se sent individualisé par sa mère afin de se sentir solide et différent des autres.

Être un Moi, c'est se sentir unique.

Une autre fonction de la peau est de protéger le soma des agressions de l'extérieur tout comme le Moi-peau sert de pare-excitation.

C'est le rôle du tonus musculaire qui est mis à mal chez la personne âgée du fait des nombreux changements qu'elle subit et qu'elle n'arrive plus à gérer émotionnellement.

Le Moi-peau sert également de fonction d'inter-sensorialité qui aboutit à la constitution d'un sens commun des différents sens localisés à la surface de la peau dont la référence de base est le toucher. C'est pourquoi, celui-ci est si important dans la vie de l'Homme.

Il possède aussi une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles que le toucher permet de raviver dans les séances de psychomotricité et ainsi de mettre le patient en réassurance.

Le vieillissement fragilise autant physiquement que psychiquement.

La « résistance » se met en place à partir de l'inquiétude sur son devenir vieillissant avec la volonté de rester « soi », de préserver son image du corps, l'image positive qu'on veut livrer au regard des autres.

Si la vieillesse est inquiétante, c'est parce qu'elle transforme l'image de soi, faisant apparaître étrange ce qui nous est familier, notre corps dans le miroir.

Cette image est malheureusement en décalage entre ce que la personne vieillissante voit dans le miroir et ce qu'elle ressent à l'intérieur d'elle-même.

Elle entre alors dans le stade du miroir brisé qui permet de mieux comprendre la douleur de vieillir.

Cela explique que le sujet puisse se désintéresser de son image, de son corps, de toute attention portée à son physique.

Le vieillissement est donc à la fois une épreuve narcissique et subjective, il est important de continuer à aimer son image et de conserver sa conscience de soi malgré l'approche de la mort.

L'individu est alors déstabilisé et doit trouver les ressources qu'il a en lui pour pouvoir dépasser cet obstacle.

Il est face à la discontinuité de l'image qu'il s'était construite tout au long des ses années.

Contrairement au stade du miroir vécu par l'enfant, où celui-ci découvre un corps jubilatoire et unifié dans le miroir, la personne âgée voit un corps usé, voire morcelé, une image insupportable dont il se défendrait inconsciemment en ne se reconnaissant plus.

Comme l'illustre le portrait de Dorian Gray d'Oscar Wilde, lorsque la personne vieillit, le miroir reflète le temps qui passe et la mort qui se rapproche.

Nous pouvons nous demander si toutes ces étapes du vieillissement ne préparent pas la personne vieillissante à quitter le monde dans lequel il est, s'il ne le prépare pas à la fin du voyage ?

Le psychomotricien peut alors à travers le toucher, accompagner la personne dans ce passage difficile de la dernière partie de la vie afin de lui permettre de se reconstruire un Moi capable de supporter les difficultés de la fin de vie ainsi que les deuils nécessaires.

4. Comment la psychomotricité peut-elle contribuer à la re-narcissisation de nos aînés ?

Nous avons vu précédemment que l'enfant se construit à travers l'Autre, à travers la mère. Elle le tient dans ses bras pour le contenir, elle met des mots sur ce qu'il ressent, elle intervient régulièrement auprès de lui pour lui apporter la sécurité dont il a besoin pour se construire. Elle le contient physiquement et verbalement.

Tout ceci permet à l'enfant de se sentir, unifié, unique et de se différencier peu à peu.

Pour pouvoir aider la personne âgée à se re-narcissiser, il me semble indispensable de faire le parallèle avec ce qui l'a aidé à devenir Moi, lorsqu'il était enfant. Ce qu'il a ressenti avec sa mère, ses ressentis archaïques.

Pour cela, le corps et le toucher m'ont paru incontournable. Le toucher permet de sentir de nouveau la contenance, de se sentir uni.

Le toucher a les qualités qui répondent, selon moi, aux différentes problématiques de la re-narcissisation.

L'expression « Être touché par quelque chose ou par quelqu'un » montre que le toucher va plus loin que le plaisir de la peau, c'est une voie d'accès au plus profond de l'être.

Il pallie au manque d'attention de l'Autre, le patient est touché dans un but de plaisir et non pour être lavé, habillé comme « une poupée », il retrouve alors son humanité.

De plus, être touché par une personne plus jeune que soi, c'est se sentir considéré comme appartenant à la même communauté.

Cette médiation permet l'expression des maux par le corps ou les mots. Le patient reçoit sans avoir à rendre en retour même si souvent on peut entendre « je suis touché par ce que vous faites pour moi. »

*« Toucher, c'est démontrer
l'intacte dignité de celui ou celle
que l'on touche. »*

Christophe Brèthes¹

¹ Gériatre de l'Hopital Nouvelle de Mont-de-Marsan dans son retour sur le mémoire.

Re-narcissisation et toucher :

1. La relation en psychomotricité :

a. Importance de la relation de confiance :

La psychomotricité est un métier de la relation. Si il n'y a pas de relation de confiance établit entre le patient et le psychomotricien, la prise en soin sera difficile à mettre en place.

La relation est le point de départ essentiel, il faut que le thérapeute et le patient soient en accord l'un envers l'autre. Il est important qu'il y ait une alliance entre le patient et son thérapeute, un engagement l'un envers l'autre.

Celle-ci permet au patient de partager ses souffrances, ses difficultés ainsi que ses états d'âme.

Le patient doit se sentir écouté, compris et respecté pour pouvoir laisser le thérapeute l'amener sur le chemin du bien-être.

Denis Grabot, dans son article « *La fragile naissance de l'alliance thérapeutique* », dit que « le premier entretien et l'alliance thérapeutique sont indissociables ; l'alliance thérapeutique se construit dès le premier entretien de manière partielle et fragile, se basant sur le lien entre le psychothérapeute et le patient. L'alliance thérapeutique ne dépend pas du type de trouble mais de la capacité du clinicien à établir un cadre favorable à cette alliance, et du type de traitement psychothérapeutique. La communication non verbale a une réelle influence sur l'alliance thérapeutique. »

b. La place de la relation dans la séance de toucher thérapeutique :

La relation est d'autant plus importante que le thérapeute touche le corps du patient.

Il est indispensable qu'il y ait une relation de confiance pour que le sujet soit suffisamment à l'aise pour pouvoir se laisser approcher de si près et surtout toucher.

La relation doit être progressive, le thérapeute doit attendre que le patient soit prêt.

La relation débutera par la découverte du patient de manière orale puis le thérapeute pourra alors proposer la médiation « toucher » au patient qui a le choix de l'accepter ou non.

Celle-ci débutera par un toucher des extrémités des membres qui permettra au patient de pouvoir accepter qu'on le touche peu à peu.

Le toucher du corps doit s'installer tout doucement au fur et à mesure que la relation s'installe elle aussi parce que le toucher met dans une distance intime et transmet des émotions que le sujet n'est pas toujours prêt à recevoir.

Cette proximité peut être dérangeante pour le sujet vieillissant qui n'est plus ou n'a pas été habitué aux soins corporels, aux divers touchers amicaux, amoureux, familiaux, etc.

Le thérapeute doit être à l'écoute de ce qu'il se passe à travers ses mains ou de la médiation qu'il utilise ainsi qu'à l'écoute de ce que le patient verbalise en restant toujours bienveillant.

c. Le toucher relationnel :

Chaque toucher porte son propre message qu'il soit un simple contact, un baiser, une caresse ou un massage.

Dans le langage tactile, le signifiant est le geste technique manuel alors que le signifié est l'émotion qui est véhiculée et transmise par ce geste.

Nous pouvons faire ressentir l'émotion à l'autre par l'intensité, la durée, la fréquence, la prégnance, le type de contact et la localisation.

Tout au long de la vie, l'individu se construit une « mémoire » du toucher au fil des expériences tactiles agréables et blessantes.

Le langage tactile est naturel et n'a pas besoin d'apprentissage contrairement au langage verbal, il est universel.

Le patient revit alors des sensations archaïques qu'il a vécu à travers son corps que le thérapeute parvient à lui faire revivre ce qui permet un dialogue entre les peaux du patient et du thérapeute.

Le toucher relationnel peut permettre une meilleure adhésion du patient pour un traitement ou une toilette si celui-ci se sent pris en considération à travers le toucher du soignant.

2. La peau et le toucher :

a. La peau :

La peau est un organe particulier et multifonctionnel qui enveloppe l'ensemble du corps, nécessaire à la survie. C'est une enveloppe résistante et semi-perméable qui protège l'organisme.

Elle est un organe de la communication non verbale ainsi que le plus étendu de notre organisme.

La peau est un médiateur entre le dedans et le dehors.

Elle agit comme un informateur de tous les éléments extérieurs que l'on peut ressentir et qui pourrait nous induire une gêne, un danger ou du plaisir par ses récepteurs sensoriels plus ou moins denses selon les zones.

Cependant, notre lien conscient avec l'ensemble de ces informations est très variable. Nous ne sommes pas tous égaux devant nos ressentis épidermiques.

Certains sont très sensibles au point de ressentir une ambiance au niveau des réactions de leur épiderme, d'autres ne s'apercevront même pas qu'ils se sont blessés.

La peau a plusieurs fonctions comme la protection des agressions extérieures, le maintien de la température, la participation à l'immunité et elle est aussi une réserve sanguine.

N'ayant pas de système de fermeture, comme l'œil ou l'oreille, elle est toujours prête à recevoir les stimulations extérieures.

Elle est donc un organe qui occupe une place centrale dans notre vie biologique, physiologique et sociale.

Pourtant, la peau est souvent négligée tant elle semble évidente.

b. Le toucher : un sens :

Le toucher se définit comme la stimulation de la peau par des stimuli thermiques, mécaniques, chimiques ou électriques.

Tous ces stimuli suscitent des modifications d'où proviennent les sensations comme la pression, la température, la douleur et les vibrations.

Le toucher est le premier sens à se développer chez toutes les espèces animales.

Le toucher est appelé « le père de tous les sens » peut-être parce qu'il est le premier à se développer.

Chez l'Homme, il se développe, dès la huitième semaine de gestation, des récepteurs tactiles sur la bouche du fœtus ; vers la onzième semaine, on en trouve sur le visage, la paume des mains et la plante des pieds et à partir de la vingtième semaine, l'ensemble du corps du fœtus réagirait aux stimuli tactiles.

Il nous donne la notion de profondeur, d'épaisseur, de forme. C'est par notre peau, grâce au toucher, que nous ressentons, aimons, détestons.¹

La peau est une enveloppe extrêmement sensible qui met en contact avec l'extérieur, (c'est tout le corps qui peut toucher).

Elle a une mémoire qui permet de retrouver des sensations chaleureuses et tendres vécus dans la relation à la mère dans les premiers mois de la vie.

Grâce à elle, nous pouvons sentir et reconnaître ce que l'on touche.

Si de nombreux effets positifs du toucher thérapeutiques sont connus (abaissement du stress et de l'anxiété, diminution du rythme cardiaque et augmentation du système immunitaire), le tabou du contact est toujours présent dans notre société. Il serait alors nécessaire de le réhabiliter.

De plus, sans le toucher, nous ne pourrions pas nous mouvoir dans notre environnement. Il est essentiel dans la verticalité, le déplacement, l'orientation, etc.

¹ J. Lionel Taylor, *The Stages of Human Life*, 1921, p. 157 dans *La peau et le toucher* d'Aschley Montagu

c. Le toucher chez les aînés :

Au fil de la vie, les contacts tactiles se font de plus en plus rares.

Très présents dans la toute petite enfance dans le portage, les soins et le jeu avec les parents, les câlins et autres caresses diminuent avec la prise d'autonomie.

À l'adolescence et à l'âge adulte, le toucher revient avec la formation du couple, il s'agit d'un toucher plutôt sexuel et sensuel.

Le toucher chez l'adulte est souvent moins présent parce qu'il est souvent assimilé à la sexualité ce qui l'a rendu tabou.

Au fur et à mesure du vieillissement les caresses et la prise dans les bras par les proches sont de plus en plus rares pour laisser place à un toucher fonctionnel, superficiel et technicisé.

Alors que, tout comme l'enfant, la personne vieillissante est celle qui a plus besoin du toucher.

Tout comme le bébé a besoin d'être touché pour se développer, nos aînés ont besoin du toucher pour sentir leur corps et s'épanouir dans celui-ci ainsi que se sentir reconnus parmi les autres Hommes.

Le toucher est très important dans la communication avec l'autre car il soutient la parole, on parle alors de communication non verbale.

Il permet aussi de montrer à la personne qu'on est à son écoute, ce dont manque souvent la personne vieillissante qui se sent inintéressante et incomprise.

Il est aussi très important pour maintenir la sensibilité de la peau et il apporte de la chaleur.

Le toucher a des effets, entre autres, sur le sentiment de bien-être, sur l'estime de soi, sur l'expression verbale de sentiments, sur le niveau d'anxiété.

Cette anxiété a très souvent un rôle important à jouer dans le ressenti de la douleur.

Il empêche le repli sur soi de l'individu qui se sent pris en considération par son environnement et a envie d'entrer en interaction avec lui.

Le toucher est un moyen non verbal d'entrer en contact et de soulager, d'apporter du bien-être et de la détente.

3. Le toucher thérapeutique:

a. Généralités :

Le toucher thérapeutique est un contact cutané, direct (peau à peau) ou indirect (utilisation d'un médiateur) entre le psychomotricien et le patient.

Cependant, le toucher n'est jamais neutre ni pour le patient ni pour le thérapeute qui ne peut toucher sans être touché. Il y a là une réciprocité inévitable.

Le toucher est une affaire de tact qui doit respecter certaines règles pour ne pas faire intrusion dans le corps de l'autre.

Il est important de garder la bonne distance dans nos actions, de prévenir le sujet lorsqu'on s'apprête à le mobiliser ou le toucher.

Le patient accepte d'autant mieux les soins, que le toucher qui les accompagne est juste, bienveillant, apaisant, habile et serein.

Il existe de nombreux modes d'action tels que :

- Relâchement musculaire
- Stimulations sensorielles (tact, proprioception)
- Dialogue tonico-émotionnel
- Phénomènes psychocorporels (réinvestissement corporel, bien-être, apaisement, ...)

Le toucher thérapeutique est indiqué lors de :

- Repli sur soi
- Angoisse
- Troubles tonico-émotionnels
- Mal-être corporel
- Trouble du schéma corporel et de l'image du corps
- Troubles de l'investissement corporel
- Douleurs chroniques

Cette médiation est à mettre en place avec précaution, par exemple si le sujet vit le toucher comme une intrusion, une menace ou une agression.

Si la personne est sujette aux troubles sensitifs, ce ne sera pas non plus la bonne médiation.

b. Bienfaits du toucher :

Selon Claire Cordié¹, thérapeute corporelle, le toucher se définit comme la création d'un mouvement de balancier dans le corps de l'autre pour faire surgir du plus profond de sa chair les mémoires qui y sont engrammées.

Les bienfaits du toucher sont très nombreux. Le toucher peut apporter beaucoup de réconforts autant physiques que psychiques.

Il permet tout d'abord d'apporter un mieux-être en détournant l'attention de la douleur physique et/ou morale, d'orienter le patient vers une sensation plus positive, de diminuer l'angoisse ainsi que le tonus musculaire qui peut être inconfortable.

Le toucher peut apporter des sensations corporelles re-structurantes (unité corporelle, limites corporelles) par des enveloppements avec les mains ou un drap par exemple.

Ceci permettra de préciser le schéma corporel et l'image du corps.

¹ Cordié Claire, *Passer du corps à l'âme*, Cahiers Jungiens de psychanalyse n°118

Lorsqu'un patient douloureux se replie sur lui-même, le toucher thérapeutique pourra permettre de restaurer la communication entre le patient et son environnement par la rencontre apaisante, rassurante et stimulante du corps et de l'environnement.

Enfin, le toucher favorise le réinvestissement corporel du sujet. Petit à petit, le patient perçoit son corps autrement que négativement, il retrouve l'envie de faire les choses seul il prend soin de lui. Il porte à nouveau de l'attention à son corps.

De plus, au delà du corps, tous ces effets se répercutent sur le psychisme, le patient se sentira mieux psychologiquement.

c. Le toucher et la douleur :

La douleur est un mécanisme important de la protection de l'individu dans son intégrité corporelle. Sans ce signal d'alarme, l'individu peut être détruit.

Elle est de nature subjective, elle s'éprouve, personne ne peut la définir à part le sujet. Elle est aussi immédiate et angoissante.

Cependant, la douleur est difficile à évaluer parce qu'une même cause déclenchera un ressenti douloureux qui sera perçu différemment selon les expériences douloureuses antérieures vécues par le sujet et selon son « éducation à la douleur ».

Remarquons que nos aînés ressentent plus intensément la douleur que les jeunes individus.

Plusieurs raisons sont évoquées, le vieillissement entraîne une baisse des neuromédiateurs et les systèmes de contrôle de la douleur sont moins efficaces ; des personnes apprennent mieux que d'autres à gérer leur douleur ; et, la souffrance psychologique peut interférer avec le ressenti physique.

C'est pourquoi, la douleur est, ici, entendue dans le sens de la douleur physique mais aussi psychique.

La douleur physique chronique entraîne une perte de l'estime de soi et une instabilité des limites de son corps. Réciproquement, une douleur psychique peut entraîner une douleur somatique.

La douleur est donc une affaire, à la fois, physique et psychique.

L'aspect psychologique, émotionnel du toucher laisse entrevoir toute la richesse (à travers les perceptions) et la complexité (à travers l'action) de ce sens qui met en jeu les fonctions vitales du patient (émotionnel et psychique).

Ces fonctions lors du toucher sont à prendre en compte pour une prise en charge optimum de la douleur.

Il est alors intéressant de coupler le toucher thérapeutique au traitement médicamenteux, ce qui est possible en psychomotricité, discipline qui prend l'individu dans sa globalité.

Le toucher apaise les tensions musculaires et permet de modeler le contour du corps de l'individu. Le schéma corporel se délimite de nouveau. Le corps s'ouvre, les résistances s'évanouissent, les douleurs diminuent et les souvenirs reprennent vie dans la personne massée.

Si le toucher diminue les douleurs, elle permet aussi au sujet de retrouver son estime de soi.

d. Re-narcissisation et toucher :

Le massage est un acte thérapeutique contenant, le thérapeute prend l'autre dans ses bras. Le sujet retrouve alors la sécurité de « holding » de Winnicott, la sensation primaire d'être dans les bras de sa mère.

Ce cadre sécurisant permet au patient de se mettre à nu petit à petit pour se mettre à l'écoute de ce qu'il sent dans son corps, et ce que cela entraîne dans son être psychique.

Le thérapeute, quant à lui, entre dans l'intimité du patient avec humilité, il pénètre dans son champ vibratoire et touche son énergie vitale pour lui montrer le chemin de la reconnaissance de soi.

Il n'est pas rare que le massage fasse remonter un souvenir à la surface, autant psychique que corporelle. Le thérapeute est alors à l'écoute, de la parole ou du corps qui s'exprime.

Ce processus peut intervenir dans les deux sens. Le sujet peut nous parler d'une situation qui le fait souffrir, le massage l'apaisera alors dans le soma et dans la psyché mais le massage peut inversement raviver des souvenirs problématiques évacués par le corps ou la parole.

Au-delà de la résolution de la douleur, le corps retrouve ses limites, les mécanismes de défenses disparaissent et le Moi retrouve sa place, l'estime de soi et la confiance reviennent au fil du temps.

La personne réinvestit son corps, celui-ci retrouve son énergie vitale en se libérant du poids du passé.

Les massages aident à apprendre à écouter nos souffrances, vivre nos émotions et exprimer nos sentiments afin de libérer notre corps et faciliter notre capacité à agir dans le monde.

« Le plus grand bien que nous faisons aux autres hommes n'est pas de leur communiquer notre richesse, mais de leur révéler la leur. »

Louis Lavelle¹

¹ L'erreur de Narcisse

Observations cliniques :

1. Présentation de l'EHPAD :

L'établissement qui m'a accueilli pour effectuer mon stage de troisième année est un EHPAD (Établissement et Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes).

Cette institution a une capacité d'accueil de 80 personnes avec 9 chambres doubles meublées de lits doubles pour garantir l'intimité des couples.

Le personnel soignant est composé de :

- Une directrice
- Un médecin coordonnateur
- Une cadre de santé (infirmière)
- Une psychologue
- 4 infirmières diplômées d'état
- 20 aides-soignants
- 15 personnes du service hospitalier

Le service d'animation est composé d'une animatrice et un aide médico-psychologique (AMP). L'animation est assurée tous les jours de la semaine, le week-end compris pour permettre aux résidents, qui n'ont pas de visites le week-end notamment, de ne pas rester seuls sans activité.

Tout le personnel est formé à la philosophie de l'Humanitude créée par Yves Gineste et Rosette Marescotti. Cette philosophie régit la vie de l'établissement pour permettre aux résidents de vivre à leur propre rythme.

a. Humanitude :

« L'humanitude, c'est ce trésor de compréhension, d'émotions et surtout d'exigences, qui n'a d'existence que grâce à nous et sera perdu si nous disparaissions. Les hommes n'ont d'autres tâches que de profiter du trésor d'humanitude déjà accumulé et de continuer à l'enrichir »¹.

L'humanitude est donc une philosophie de soin qui ancre le prendre soin afin de ne jamais provoquer une diminution ou une destruction des facultés et des fonctions des êtres humains.

Elle est basée sur la bienveillance et la bienveillance qui permettent au soignant de s'occuper des personnes avec humanité.

La relation soignant-soigné met en forme concrètement ces liens d'humanitude qui nous relient les uns aux autres.

Ce concept est important dans la protection de l'identité de la personne.

En effet, le soin de l'humanitude s'applique du plus jeune au plus vieil âge de la vie.

En gérontologie, le professionnel soignant quel qu'il soit, doit respecter des droits et des devoirs.

Cependant, il possède un devoir fondamental de vigilance car les personnes âgées sont des individus particulièrement vulnérables.

Il doit donc impérativement connaître les droits des personnes dont il prend soin.

¹ Albert Jacquard, *Cinq milliards d'hommes dans un vaisseau*, Seuil, 1995 dans Yves Gineste et Jérôme Pellissier, *Humanitude*, Armand Colin, 2007, p.277.

Parmi les règles de l'art, on a notamment :

- La fin des soins de force qui provoquent des comportements d'agitation et une négation à l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie.
- Le respect du domicile : la chambre du résident d'institution est un lieu privatif qui appartient à la personne. Il est donc obligatoire de frapper à la porte pour demander l'autorisation ou de prévenir de rentrer dans la chambre.
- Il ne faut jamais s'approcher par surprise, il est important de se faire entendre lorsqu'on arrive et d'établir un contact visuel avant le contact avec son corps, le lit ou le fauteuil.
- Il est important et même essentiel de respecter le sommeil de la personne, plus important que le change par exemple.
- Les contentions doivent être justifiées et rares, sur prescriptions médicales car elles portent atteintes à la liberté de la personne et sont des pratiques à risque.

De plus, prendre en soin ne signifie pas seulement agir sur la pathologie mais aussi agir sur le potentiel de vie.

Il est donc important de favoriser en permanence l'autonomie des personnes et leur donner la possibilité d'agir et de choisir elle-même.

En effet, un être humain a besoin qu'on reconnaisse et respecte son humanité, l'ensemble de ces éléments qui font qu'on se sent humain et reconnu par nos semblables.

Chaque humain est unique, il y a donc autant d'humains que de manières particulières de satisfaire ses désirs et ses besoins. Chacun a besoin qu'on respecte son propre rythme et son propre espace qui fait partie de son identité.

Ne pas respecter sa façon de vivre conduit à sa dépersonnalisation.

Il est important de respecter les goûts, les désirs ainsi que les besoins de chacun, ses habitudes qui participent à son équilibre, ses relations que l'on n'a pas à juger, son rythme et son espace personnel et son histoire.

Si tous ces éléments étaient changés, voire supprimés, cela conduirait la personne à la perte de son identité et son équilibre pouvant aller même jusqu'aux troubles psychiques.

Ces règles ne sont pas toujours évidentes à respecter pour le personnel mais ils essaient d'y adhérer de façon la plus fidèle possible.

L'humanité, c'est aussi faire attention à ce que chaque personne ressent et à ce qu'elle nous dit de son environnement, la façon dont elle perçoit nos actions ;
leur permettre d'accéder au maximum de plaisir et de motivation ;
ainsi qu'être bienveillant, tenir compte de leurs peurs et de leurs désirs, informer et expliquer ce que l'on fait avant chaque action auprès d'eux.

Si toutes ces règles sont respectées, la qualité de vie, le plaisir et la confiance et leur bien-être seront maintenus.

L'humanité est donc une philosophie de soin qui permet aux soins techniques, à l'identité et à la personnalité de chacun de vivre en harmonie.

2. Études de cas :

Ces études de cas concernent deux résidentes de l'EHPAD où je suis actuellement en stage.

Mon but premier dans cet établissement était de faire de la prévention de chute. Ces dames m'ont donc été présentées comme des chuteuses par l'équipe soignante qui m'a aidée à monter un groupe.

J'ai effectué plusieurs séances avec les résidents pour qu'ils puissent s'exprimer sur le vieillissement et la chute qui était mon sujet de départ.

C'est donc dans ce cadre là, au fil des rencontres avec ces deux personnes, que mon objectif est passé de la prévention de chute à la re-narcissisation.

a. Entre Jean-Marie et Jeanine-Marie :

Jeanine est une femme de 86 ans, d'environ 1m55, un peu ronde, des cheveux blancs, très courts et un visage assez rectangulaire ainsi qu'une voix grave et forte. Lors de ses déplacements avec son déambulateur, son allure et son physique lui donne une allure de garçonnette dont elle se qualifie souvent.

Elle est entrée en EHPAD le 21 Janvier 2009 après une hospitalisation pour une opération du genou droit (pose de prothèse). Elle a aussi une prothèse de hanche (2006) et un pace maker.

Cette dame a une histoire de vie compliquée avec une identité pas très bien définie qui la préoccupe plus que la chute dont elle dit « Quand on tombe, on se relève et on repart ».

Cependant, on peut se poser la question de la chute dans le contexte de son histoire et faire l'hypothèse que son équilibre physique approximatif est à l'image de son équilibre identitaire bancal.

- *L'histoire de Jeanine :*

Lorsque la mère de Jeanine tombe enceinte à l'âge de 18 ans, son père qui avait alors 19 ans la quitte. Sa mère se retrouve seule pendant la grossesse.

Le 22 Avril 1927, jour de l'accouchement, la mère de Jeanine est persuadée d'avoir un garçon et la nomme Jean-Marie. Mais incapable de l'élever, Jeanine se trouve placée dans un orphelinat dirigé par des religieuses et renommée Jeanine-Marie à l'âge de 2 ans.

L'enfance de la petite fille est alors très difficile dans cette ambiance religieuse et très sévère. Jeanine sera souvent puni et enfermée dans une pièce étroite car les sœurs la juge comme une petite fille rebelle.

Bonne élève, le directeur de l'école lui demande ce qu'elle désire faire de sa vie future. Elle rêve de devenir infirmière, mais, le directeur lui répond que les études coûtent cher et qu'elle n'a pas de famille pour les lui payer, il lui suggère alors d'être « bonne » dans une ferme.

A l'âge de 12 ans, elle rejoint une famille d'accueil avec laquelle elle s'entend très bien, notamment avec la fille avec laquelle elle a encore des contacts aujourd'hui. Le père était charpentier et Jeanine aimait beaucoup grimper sur les toits avec lui pour l'aider dans son travail.

À l'âge de 14 ans, elle commence à travailler dans différentes familles comme femme à tout faire.

A ses 19 ans, elle reçoit une convocation de l'armée pour faire son service militaire, elle sera très blessée par cet événement.

Elle continuera sa vie de profession en profession, ouvrière d'usine, nounous d'enfants et enfin elle sera employée durant 17 ans, jusqu'à sa retraite, dans la maison de retraite où elle est aujourd'hui résidente.

Avant la guerre d'Algérie, elle rencontre un jeune homme avec lequel elle devait se marier à son retour mais il ne reviendra jamais. Elle a mis très longtemps pour faire le deuil de cet homme et ne se mariera jamais. La plus grande déception de son existence est de ne jamais avoir eu d'enfant.

Aujourd'hui, à 86 ans, Jeanine a besoin de s'occuper constamment des autres résidents. Elle n'hésite pas à parler pour eux, s'immiscer dans leur vie ainsi que celle du personnel. Elle dit souvent que les personnes qui sont atteintes de démence lui font mal au cœur.

Elle a une voix qui porte beaucoup ainsi qu'une tendance à parler fort ce qui ne plaît pas beaucoup aux autres résidents qui la mettent un peu de côté. Elle se vexe facilement.

Elle est en demande permanente qu'on s'occupe d'elle, de se faire entendre. Il est difficile de la faire travailler en groupe mais elle aime beaucoup, malgré tout, être avec les autres résidents.

- **Description clinique :**

Il y a plusieurs problématiques qui ressortent dans le comportement et le caractère de Jeanine.

En effet, elle a un fort **sentiment d'abandon** qui se traduit par une émotion de tristesse, de la dépression.

Tout au long de sa vie, l'expérience de l'abandon s'est répétée d'abord par son père qui ne voudra jamais avoir de quelconque lien avec elle, sa mère qui l'abandonne à l'âge de deux ans et l'homme qu'elle a aimé qui n'est jamais revenu de la guerre.

Sa voix forte et grave lui vaut aussi d'être mise à l'écart par les autres.

De plus, on peut aussi facilement comprendre qu'elle a une grande **faille narcissique** du fait de la **confusion dans son identité sexuée**.

Ce prénom Jean-Marie donné par sa mère qui désirait fortement un garçon et remplacé plus tard (vers 2ans) par Jeanine-Marie. On retrouve cette confusion dans son physique de garçonne.

La construction de l'identité sexuée commence dès la grossesse dans la tête des parents. Les parents élaborent des représentations de leur enfant à venir, à travers l'enfant imaginaire.

Ces représentations peuvent avoir des répercussions à plus ou moins long terme sur les relations parent-enfant

Or, la mère de Jeanine voulait un garçon, et était persuadé que sa fille en était un.

De plus, l'identité est une construction psychique qui comporte des aspects, à la fois, objectifs et subjectifs.

L'identité sociale objective correspond au sexe assigné à l'enfant à la naissance et aux rôles de sexes auxquels il va se conformer au cours de son développement.

L'identité subjective renvoie au sentiment d'appartenir à un sexe et au sentiment d'être masculin ou féminin.

Le développement des bases de l'identité sexuée se fait dans les premières années de vie.

Le prénom a aussi un fort pouvoir sur notre vie, il révèle ce que les parents projettent sur l'enfant et ce, de manière inconsciente. Comme un enfant qui portera le prénom d'un enfant défunt, Jeanine porte le prénom du garçon que sa mère n'aura jamais eu et guidera sa vie avec toujours une confusion entre homme et femme.

« Notre prénom est le premier élément que nous apprenons, tout jeune, à associer à nous-même. Dès lors, on peut se demander à quel point prénoms et noms participent à la construction de notre identité, à la perception que nous avons de nous-même, à notre bien-être physique et psychologique. »¹

Lorsque je discute avec elle, elle dit très souvent qu'elle était un « garçon manqué » lorsqu'elle était enfant et encore aujourd'hui.

On peut donc comprendre les difficultés de Jeanine à trouver sa place dans un groupe où elle ne sait pas très bien se situer entre homme et femme.

De plus, son placement dans la maison de retraite où elle a travaillé, peut accentuer sa difficulté à trouver sa place de résidente même si elle ne l'exprime pas.

¹ Nicolas Guéguen, chercheur en science du comportement.

Son histoire de vie et son physique de jeune fille démontre bien cette ambiguïté qui lui a empêché de s'épanouir en tant que personne définie.

En effet, Jeanine a le corps d'une femme avec des caractéristiques d'homme ce qui lui confère une psychologie unisexe à l'image du dessin du bonhomme qu'elle fait de sexe féminin mais qu'elle décrit avec les caractéristiques morales d'un homme et l'emploi du pronom personnel masculin « il ».

Jeanine présente également une **irritabilité** et une **désinhibition verbale avec une logorrhée** ainsi qu'un problème de **concentration et de persévérance** dans la parole et la réflexion.

La psychologue de l'établissement qui l'a rencontré a conclu à un syndrome frontal.

Il est vrai que lors du bilan j'ai pu remarquer que lorsque Jeanine ne comprenait pas certaines consignes et que je lui réexpliquais elle ne parvenait pas à la compréhension de celle-ci et persistait dans son idée.

- ***Déroulement de la prise en charge :***

J'ai rencontré Jeanine en Octobre 2012. Elle m'a été recommandée par l'équipe soignante de l'EHPAD (infirmières et aides-soignantes) pour le groupe de prévention de chute dont j'ai parlé plus haut car elle avait chuté deux fois avec son déambulateur.

Ma première rencontre avec Jeanine s'est déroulée dans sa chambre. Je me suis présentée, je lui ai expliqué ce que je faisais et ce qu'était la psychomotricité. Elle n'en avait jamais entendu parlé.

Je lui ai aussi présenté mon atelier sur la prévention de chute qu'elle a tout de suite accepté avant même de savoir ce dont il s'agissait.

Les rencontres suivantes se passent dans la salle polyvalente de l'établissement où elle rejoignait toujours les autres participants avec enthousiasme.

Très vite, je me suis rendue compte qu'il est compliqué pour elle d'être spectatrice, elle parlait sans cesse, coupait la parole des autres et cherchait toujours mon attention.

J'avais la sensation que si elle se taisait, elle n'avait plus l'impression d'exister dans le groupe.

J'ai alors essayé à plusieurs reprises de la rassurer, d'acquiescer ses paroles pour la contenir et lui permettre de se sentir plus en sécurité dans la discussion à plusieurs.

Au bout de quelques séances, je décide avec l'équipe soignante de prendre Jeanine en séance individuelle.

Lorsque je suis allée lui annoncer, elle me dit qu'elle est très contente que je m'occupe d'elle. Je lui propose donc de venir la rencontrer dans sa chambre tous les jeudis matins.

Je commence alors par lui faire passer un bilan psychomoteur. Jeanine est attentive, s'amuse à faire ce bilan, elle n'est pas angoissée par la situation. Les exercices sont réussis dans l'ensemble, seul la représentation spatiale est compliquée pour elle.

Je mets alors ça en lien avec sa difficulté de se structurer en tant que femme et même en tant que personne. Il me semble difficile de se représenter l'espace lorsque notre espace corporel n'est pas clairement différencié.

Au fil des séances, un rythme s'est instauré. Chaque séance a le même profil ce qui rassure la patiente.

Lorsque j'arrive dans sa chambre, nous discutons toujours de ce qu'elle a fait dans la semaine.

Elle mène souvent la discussion sur ce qui s'est passé dans la semaine dans l'établissement, dans l'actualité. Ce moment est important pour elle. Elle se plaint souvent de ne pas pouvoir discuter avec les personnes de l'EHPAD parce que les résidents sont de plus en plus déments et que le personnel n'a pas le temps.

Cependant, des thèmes reviennent souvent, les maladies des autres résidents, surtout ceux atteints de maladies cognitivo-mnésiques qui lui font « mal au cœur » comme elle dit, son histoire personnelle, son enfance et sa santé.

Ensuite, on effectue toujours le dessin du bonhomme en début de séance. C'est un moment qu'elle apprécie particulièrement et où elle commente beaucoup ce qu'elle fait.

Nous poursuivons par un massage du corps avec une balle en mousse qui lui permet de se détendre, de sentir son enveloppe et d'atténuer ses douleurs articulaires.

Enfin, nous finissons par le dessin du bonhomme et ses ressentis corporels et psychiques.

Le toucher-massage et le dessin du bonhomme :

Le **dessin du bonhomme** est d'abord utilisé dans le bilan psychomoteur pour les enfants pour observer leur construction du schéma corporel, puis repris dans le bilan psychomoteur des adultes.

Il est devenu peu à peu un outil pour le psychomotricien parce qu'il permet d'observer comment la personne se ressent et donne beaucoup d'indications sur la structuration de la personne et ses difficultés au niveau de ses limites corporelles ainsi que le ressenti à un moment T.

Le dessin du bonhomme est devenu incontournable dans nos rencontres. Il marque le début et la fin de la séance, il représente le cadre temporel de la séance.

Mais il est aussi très important pour la représentation du vécu corporel de Jeanine, il dit tout ce qu'elle ne parvient pas à exprimer. Les jours où le bonhomme est complètement déstructuré en début de séance, il est très souvent le reflet de son humeur.

Ce dessin a beaucoup évolué entre le début et la fin de la prise en soin.

En effet, au début, le bonhomme était morcelé, les traits étaient très hésitants, les parties du corps rarement fermés, les membres très fins et de longueurs différentes. Aujourd'hui, le bonhomme est droit, les membres de la même taille et proportionnés et les courbes sont fermées.

Cependant, Jeanine commente souvent son dessin comme s'il s'agissait d'un homme alors qu'elle dessine un bonhomme féminin et qu'elle confirme elle-même que c'est une « fille ».

Malgré les séances, elle reste comme figée dans cette image d'elle-même c'est-à-dire le corps de femme aux allures d'homme. Ceci peut s'expliquer quand on sait que Jeanine s'est structurée dans cette ambiguïté toute sa vie.

Le **toucher-massage** est un moment qui l'angoissait alors j'ai commencé par le massage des mains qu'elle a beaucoup apprécié pendant plusieurs séances. Petit à petit, je suis passée au massage du dos.

Au cours des premières séances, elle ne cesse de parler et ne peut s'arrêter malgré que je lui propose de le faire.

Au fil des séances, Jeanine se détend de plus en plus facilement et arrive à ne plus parler pendant le massage.

Il est difficile pour les personnes âgées de se laisser toucher parce que l'expérience du toucher est de plus en plus rare.

En effet, lorsqu'ils sont en institution ils n'ont plus de caresses et de toucher relationnel. Le seul toucher présent est celui de la toilette mais il ne correspond pas toujours à la douceur dont a besoin l'homme pour s'épanouir.

Comme il a été précisé précédemment, la peau est une enveloppe très sensible. Le toucher permet l'échange dans la relation et permet de retrouver les sensations chaleureuses et tendres vécus dans les premiers mois avec la figure maternelle.

Chez Jeanine, celui-ci est important car il lui permet de se sentir unifié, et de retrouver son image de femme dans cette confusion des sexes.

Le dessin du bonhomme est le support qui permet d'exprimer les effets du massage.

Il arrive que le bonhomme entre le début et de la fin de la séance soit sexué de manière différente.

Celui de départ peut avoir des traits plus masculins, elle décrit alors son bonhomme comme un garçon et celui de la fin sera plus féminin, également qualifié par Jeanine comme cela.

Il lui permet aussi de diminuer l'angoisse et de se sentir plus en sécurité. On peut le voir dans le dessin du bonhomme quand celui-ci est très déstructuré en début de séance et structuré en fin.

Ces exemples sont illustrés par les dessins de Jeanine en annexe.

La fin de séance :

Avant de partir, je fais toujours un point sur son ressenti après la séance, ce qu'elle a trouvé difficile ou pas ce qu'elle apprécie. Je lui demande ce qu'elle pense de ses dessins, je lui demande toujours celui qu'elle préfère.

Très souvent, le dernier est choisi.

Jeanine a aussi beaucoup de difficultés à me laisser partir à la fin de la séance, elle se met alors à parler sans s'arrêter pour ne pas que je m'en aille. On peut alors penser au sentiment d'abandon qui se rejoue dans ce moment de la séance.

Il est alors très important de lui rappeler qu'on se verra la semaine suivante afin de la rassurer.

Pour la fin de la prise en charge, j'ai décidé de lui installer un calendrier que l'on coche ensemble pour signifier le nombre de séances restantes. Cela lui permet de représenter et anticiper mon départ.

Séparation :

La séparation avec Jeanine a été préparée 4 semaines avant mon départ pour que celle-ci ne soit pas trop compliquée à accepter pour Jeanine.

Chaque séance, je rappelai à Jeanine le nombre de séances qu'il nous restait ensemble. Nous avons aussi mis un calendrier en place pour représenter de façon concrète le temps qu'il nous restait à effectuer ensemble.

Ceci lui a permis d'anticiper mon départ pour que celui-ci se fasse dans les meilleures conditions.

Suite de la prise en charge

Pour la suite de la prise en charge, j'aurais pu proposer des exercices de respiration qui lui aurait permis d'évacuer les tensions et donc diminuer son tonus musculaire. Cela lui aurait aussi permis de vivre une nouvelle expérience de contenance par elle-même.

Les séances de groupe pourraient être aussi intéressantes à long terme pour qu'elle apprenne à prendre sa place dans le groupe de résidents sans avoir à les « étouffer ».

b. De la douleur à la sensation d'être Moi :

Mme D. est une femme de 93 ans, d'environ 1m55 qui se tient assez droite. Elle est de corpulence moyenne avec des jambes fines.

C'est une femme coquette qui prend soin d'elle, elle a les cheveux blancs coupés au carré.

Elle se déplace à l'aide d'un déambulateur, elle marche à petits pas parfois en trainant les pieds, souvent, signe de fatigue.

Elle est aussi douloureuse au niveau de l'ensemble de son corps parce qu'elle souffre d'arthrose depuis l'âge de 30 ans.

Elle porte également des lunettes et un appareillage auditif à l'oreille gauche mais celui-ci ne lui permet pas d'entendre toujours correctement.

Cette dame a eu une vie bien remplie qu'elle a beaucoup aimée même si elle a traversé des moments difficiles comme la guerre 1939-1945.

À 93 ans, Mme D. est une femme encore pleine d'énergie qui voudrait encore profiter de la vie.

Elle est entrée dans l'institution le 21 Octobre 2010 suite au décès de son mari.

- ***Histoire de vie de Madame D. :***

Mme D. est née le 10 Janvier 1920, elle a donc 93 ans.

Elle est née et a grandi à Paris. Ses parents étaient âgés lorsqu'ils l'ont eu (environ 40 ans). Elle avait un frère et une sœur dont elle parle peu, de 9 ans et 12 ans de plus qu'elle.

Ses parents ne voulaient pas qu'elle travaille mais elle leur a tenu tête et est allée travailler dans une usine de textile à 16 ans.

Elle participe aux grandes grèves de 1936. Elle se souvient de tout, jusqu'au prénom du responsable de la CGT.

Elle ne parle jamais de la guerre 1939-1945 dont elle préfère éviter le sujet.

Elle reste célibataire et ne se marie que vers quarante ans « pour rester libre et indépendante » dit-elle.

Elle n'aura pas d'enfant par choix.

Elle aimait s'amuser, danser et flirter jusqu'au jour où elle rencontra son mari.

Elle me raconte que ce n'était pas le coup de foudre mais qu'ils s'aimaient tendrement.

Ils partageaient beaucoup de choses comme le théâtre, danser, les jeux de lettres... et ils ont aussi énormément voyagé en France, notamment en faisant du camping.

D'ailleurs, Mme D. fera du camping pour la dernière fois à l'âge de 86 ans.

Elle habite successivement dans la région parisienne, la Bretagne et l'Aude avant de s'installer dans les Landes.

Mme D. était couturière à son compte, elle créait et employait du personnel.

Avant le placement en institution, elle vivait avec son mari à leur domicile. Son mari décède brutalement à l'âge de 86 ans et elle est placée en EHPAD par son tuteur.

Mme D. est une femme à fort caractère et elle dit souvent que « ça boue à l'intérieur ».

En l'écoutant me raconter les anecdotes de sa vie, je comprends facilement que Mme D. a toujours su affirmer ses choix.

Érudite et autodidacte, elle possède une analyse positive sur la vie malgré une humeur dépressive.

Elle aimerait pouvoir faire tout ce qu'elle faisait avant mais son corps ne suit plus et est très douloureux.

Quand je la rencontre, je constate rapidement une hypertonie et beaucoup de nervosité chez Mme D.

- **Description clinique :**

Comme il a été expliqué plus haut, j'ai rencontré Mme D. au cours des rencontres autour de la chute.

En effet, cette dame a déjà chuté dans l'établissement mais elle exprime surtout qu'elle ne se sent pas bien dans celui-ci. Elle dit avoir l'impression « d'être dans une prison », elle « ne se sent plus identifiée » au milieu de tous ces résidents.

Elle se sent **angoissée** dans cette chambre qui ne lui appartient pas et qui a peu de décorations parce qu'elle ne savait pas qu'elle pouvait la personnifier.

Il aurait été intéressant de lui proposer une activité créative pour décorer et s'approprier son environnement.

Elle m'avoue tout de même que l'on s'occupe très bien d'elle et que tout le personnel est gentil avec elle. Elle sait aussi que si elle était restée à son domicile cela n'aurait pas été mieux.

Cela dit, je prends conscience qu'elle se sent « noyée » dans le groupe des résidents et dans cet établissement où rien ne lui appartient. Elle se sent **dés-identifiée et dépossédée**.

Mme D. a tendance à **se dévaloriser**, par exemple lorsqu'elle parle des mots croisés qu'elle fait tous les jours, elle dit que ce n'est que des forces 4, alors que c'est déjà un très bon niveau. Très cultivée, elle lit énormément mais que des choses tristes et elle s'intéresse beaucoup à la politique, elle reçoit et lit tous les jours « L'humanité ».

De plus, elle se retrouve entourée de gens avec peu d'éducation qui ne s'intéresse pas tellement à la vie politique et actuelle contrairement à elle qui s'enrichit de tout, même si comme eux elle n'a pas fait d'étude.

Elle se retrouve aussi **confrontée à des personnes avec des maladies cognitivo-mnésiques** qui entrent dans son espace de vie personnel (la chambre) et dont elle n'arrive pas à gérer les délires. Ce sont souvent des personnes avec qui elle s'entendait bien à leur arrivée et qui sont progressivement entrées dans la maladie.

Elle s'intéresse à tout et elle est aussi curieuse de tout ce qui l'entoure. À l'EHPAD, elle est entourée de personnes qui sont atteintes de démence et elle m'a posé des questions sur la démence et la maladie d'Alzheimer pour mieux les comprendre.

Elle vit aussi son **corps comme une souffrance**. Depuis qu'elle a une trentaine d'année, Mme D. souffre d'arthrose suite à une chute d'un grenier lorsqu'elle avait 14 ans. Ses parents ne pensant pas que c'était grave ne lui ont pas fait voir de médecin ce qui lui a valu de l'arthrose très jeune

- ***Prise en charge :***

Après discussion et avec l'accord des soignants, je lui propose des séances individuelles.

Je n'ai pas effectué de bilan psychomoteur avec Mme D. mais seulement une observation. Celle-ci m'a permis de m'orienter vers les problématiques évoquées précédemment.

Le projet que je mets en place avec Mme D. est, en premier lieu, de lui permettre de sentir son corps autrement que par la douleur pour retrouver des sensations agréables.

De plus, les séances pourront aussi, à long terme, lui permettre de s'identifier en tant que personne, unique et unifiée.

Je n'ai pas fait d'évaluation psychomotrice mais une observation qui m'a permis de mettre en place des séances liées à ses problèmes physiques et psychiques.

Au cours des premières séances, je passe beaucoup de temps à l'écouter afin de mieux la connaître et mieux comprendre ses difficultés. Petit à petit, on se découvre l'une et l'autre.

Ces premiers moments de discussions sont très importants pour établir le début d'une relation de confiance et me permettent d'identifier ce dont elle a besoin et envie. C'est une étape importante de la prise en charge.

Le psychomotricien est souvent le seul professionnel qui prend le temps d'écouter les patients par rapport aux autres qui sont souvent bousculés par le temps. C'est alors un moment privilégié où le patient peut se confier.

Elle me dit souvent qu'elle est angoissée, je lui propose alors un massage du dos avec une balle en mousse pour essayer de l'apaiser. Elle accepte mais je m'aperçois qu'elle ne parvient pas à se détendre. Elle ne cesse de bouger, de parler et n'arrive pas à fermer les yeux lorsque je lui propose.

Au bout de deux ou trois séances, ne voyant pas d'amélioration, je lui propose de faire une activité dynamique pour qu'elle puisse évacuer son énergie avant un retour au calme avec le massage.

Elle me propose alors spontanément une sortie dehors parce qu'elle n'ose pas y aller toute seule. Je poursuivis donc les séances avec ces deux activités.

Les séances débutent toujours par un moment de discussion sur l'humeur du jour, les actualités et ce dont elle a envie de partager avec moi.

Lorsque le temps le permet et lorsque Mme D. en a envie, nous sortons à l'extérieur et nous terminons par un massage du dos avec la balle en mousse.

Avant de finir par un retour sur les sensations qu'ont apporté ces activités.

Moment de discussion et de confiance :

La séance commence donc toujours par un moment de discussion.

Au début de la prise en soin, Mme D. me rapporte souvent qu'elle est angoissée, qu'elle s'énerve beaucoup pour un oui ou pour un non.

Elle se pose aussi beaucoup de question, me dit qu'elle est pas normale de s'en poser autant et qu'elle pense beaucoup à son passé.

En effet, pour s'évader de cet endroit qu'elle considère comme une prison Mme D. passe beaucoup de son temps à repenser au passé, ce qu'elle a fait, les animaux qu'elle a eu, son mari, ce qu'elle a fait avec lui, elle revit son passé à travers ses souvenirs.

Elle en souffre beaucoup, elle ne parvient pas à faire le deuil de son passé. Nous échangeons alors beaucoup là-dessus.

Puis au fil des semaines, un jour, je suis arrivée dans la chambre et elle m'annonce qu'elle a déchiré toutes les photos de sa famille et ses amis qui appartiennent au passé et qu'elle en a gardé simplement deux, une de son mari et une de son dernier chien.

Je ne comprends pas de suite pourquoi elle a fait un tel geste malgré qu'elle m'explique qu'elle veut que ce soit elle qui le fasse avant de mourir et personne d'autre, elle espère avoir le courage de faire la même chose l'instant avant de mourir avec les deux dernières photos.

En faisant cette action, Mme D. a mis son passé derrière elle et peut enfin se consacrer à elle, à son présent et son corps.

À partir de cette séance, les discussions avec cette dame sont très différentes, elle me parle de l'actualité, de son humeur du jour et de sa forme physique.

Rapidement, le rendez-vous du vendredi est devenu incontournable, elle m'attend dans sa chambre avec impatience, me préparant l'espace de massage.

Puis en milieu de prise en soin, le moment de discussion est passé du début à la fin de la séance.

La promenade à l'extérieur :

Au début de l'instauration de la promenade dehors, celle-ci est très profitable à Mme D.

C'est un petit moment de liberté où elle profite de l'extérieur, du soleil, du changement d'air. Elle se confie beaucoup, ses souvenirs reviennent, elle m'en fait part.

Elle aime observer les oiseaux, les chats du quartier, c'est un moment de plaisir.

J'observe déjà que la tension descend, elle est moins angoissée.

Le massage :

Les ressentis après le massage ont beaucoup évolué.

Au début de la prise en soin, je lui demande ce qu'elle préfère comme position pour faire le massage. Elle choisit la position assise car elle se sent plus à l'aise qu'allongée.

Une seule fois, elle voudra essayer en position allongée mais cette position ne lui conviendra pas, elle ne se sentira pas confortablement installée et ses douleurs seront plus présentes.

Au fur et à mesure des séances, Mme D. se transforme, son tonus est moins important, les promenades à l'extérieur se font de moins en moins souvent.

Les sensations de la balle qui passe sur son dos sont d'abord douloureuses mais on peut quand même observer une diminution de son tonus après quelques minutes de massage.

Elle me dit qu'elle est impatiente de me revoir car cela lui procure « un mieux au niveau du corps ». Les séances se suivent et Mme D. prend de plus en plus de plaisir dans le massage.

A partir du cinquième mois de suivi, elle me dit que pour la première fois, les sensations ont été différentes. Elle les décrit comme « un courant très agréable ».

Pour la première fois, elle sent son corps autrement que par la douleur.

Les maux de tête qu'elle a fréquemment, sont moins présents et elle se sent plus en sécurité dans l'établissement et moins angoissée.

Elle me dit aussi qu'elle prend moins de comprimés pour la douleur.

Cependant, les changements ne se sont pas fait que physiquement mais aussi au niveau psychique.

Au début de la prise en soin, Mme D. me parle beaucoup de son passé et ne semble pas vouloir faire le deuil « des multiples vies » qu'elle a vécu durant toutes ces années. Elle parle de son passé avec beaucoup de tristesse.

Aujourd'hui, Mme D. est souriante et se sent beaucoup moins angoissée, son corps va mieux et son moral aussi.

Elle me confie qu'elle n'y croyait pas trop et que finalement notre rencontre lui a apportée beaucoup de confort.

Les massages sont très agréables pour elle, elle se détend formidablement bien au point de se laisser tomber dans son fauteuil comme une poupée de chiffon et de respirer profondément naturellement. Son visage s'illumine.

Les sensations qu'elle décrit sont de plus en plus agréables, elle les décrit comme « une petite brise qui lui passe sur la peau, une sensation qu'elle ne connaissait plus ».

Aujourd'hui, nous nous retrouvons en fin de prise en charge et c'est très difficile pour Mme D.

Elle l'exprime très clairement, elle me dit souvent qu'elle ne sait pas ce qu'elle va pouvoir faire sans moi.

Séparation :

J'ai alors décidé d'apprendre trois petits exercices que Mme D. pourra réaliser toute seule dans sa chambre quand je ne serai plus là.

Un des exercices lui permettra de se détendre au niveau de la nuque et de ses yeux qu'elle fait beaucoup travailler (mots croisés, scrabble, lecture...), les deux autres lui permettront d'améliorer son sens de l'équilibre.

Chaque semaine je lui apporte un nouvel exercice et lorsqu'elle aura les trois, elle sera autonome et je pourrais alors m'en aller.

Mme D. est très contente de connaître des exercices qu'elle peut faire toute seule. La séparation a été plus facile pour elle puisqu'elle a des outils pour continuer les soins de façon autonome.

Suite de la pris en charge :

La prise en charge avec Mme D. aurait pu continuer vers un massage un peu plus global de tout le corps. Le massage est très bénéfique pour cette dame qui petit à petit vit ses sensations de façon agréable.

Il aurait été également intéressant de travailler en collaboration avec une psychologue qui aurait pu aider de Mme D. de façon plus efficace sur ses émotions et ses souvenirs. Il me semble que les deux disciplines sont complémentaires.

Complément de recherche

Il m'a semblé intéressant de rapporter le cas de Mme C. dans cet ouvrage sur la renarcissisation de la personne âgée car celui-ci correspond au thème même si le travail a été différent des cas précédents.

Mme C. est une dame de 96 ans, qui paraît plus jeune que son âge, elle est fine et de grande taille. Elle est courbée vers l'avant dû à une cyphose importante du haut du dos. Elle est toujours très coquette, elle met du rouge à lèvres tous les jours ainsi que du vernis à ongles.

- ***Histoire de vie :***

Mme C. est née le 19/09/1916 dans les Landes, elle a donc 96 ans.

Elle a rencontré son mari alors qu'elle avait une vingtaine d'année, ils se sont mariés peu de temps après et sont partis vivre dans la région parisienne où madame travaillait dans un bureau de placement ; c'est-à-dire, elle plaçait du personnel de maison dans les familles.

À leur retraite, le couple a acheté une maison dans les Landes où elle a vécu jusqu'à l'arrivée dans la maison de retraite.

Elle est entrée en institution le 12/11/2012 suite à plusieurs chutes à son domicile.

Elle a un fils qui vient la voir régulièrement, environ une à deux fois par semaine, et également beaucoup de visites d'amis. Elle a, en somme, à peu près, tous les jours de la visite.

- *Description clinique*

La prise en charge de Mme C. a débuté suite à une demande des infirmières.

Mme C. ne marche plus depuis une quinzaine de jours. Elle n'a pas chuté mais elle se plaint de douleurs aux genoux.

Malgré un traitement médicamenteux et les séances avec le kinésithérapeute, il n'y a aucune amélioration.

Je suis alors allée à la rencontre de Mme C. pour mieux comprendre les raisons de cette situation.

Je me suis présentée, je lui ai expliqué ce que je fais et ma présence auprès d'elle.

Je lui alors posé plusieurs questions sur sa difficulté de marcher, elle dit que c'est à cause de ses douleurs. Je lui demande si elle peut se lever mais elle refuse.

Au fur et à mesure de la conversation, je comprends qu'elle est dans l'institution depuis peu de temps.

J'ai alors amené la conversation vers cet événement pour en savoir plus sur les circonstances de celui-ci.

Elle m'affirme que c'est sa décision parce qu'elle a chuté plusieurs fois à son domicile et qu'elle ne se sent plus assez en sécurité dans sa maison malgré les aides ménagères.

Il m'a alors fallu cinq semaines pour comprendre la problématique de Mme C.

Au fil des rencontres, je me rend compte que Mme C. oublie certaines choses, qu'elle se trompe dans son âge : qu'**elle ne parvient plus à se situer dans le temps.**

Elle ne peut pas donner la date du jour, ni le jour, ni le mois, ni l'année.

Elle passe souvent du coq à l'âne, il est alors difficile de suivre son raisonnement. Le diagnostic de troubles cognitivo-mnésique n'a pas été posé.

Cependant, on peut se demander la pertinence de poser un tel diagnostic à 97 ans mais cela peut aider le personnel soignant à comprendre certaines de ces difficultés même si on ne met pas un traitement médicamenteux en place.

Elle ne pensait pas que l'EHPAD c'était comme ça, me dit-elle, elle parle des **toilettes qui sont difficiles pour elle** car elle se sent humiliée. Chez elle, Mme C. effectuait sa toilette toute seule alors que dans l'institution c'est une aide-soignante qui lui fait.

Elle me raconte à plusieurs reprises au cours des séances qu'elle a **peur de tomber, peur du vide**. Elle me raconte que la nuit, elle tombe du lit, elle passe au dessus de la barrière du lit et parvient à se rattraper au dernier moment. Ce qui, après vérification auprès du personnel, semble faux.

De plus, **sa maison a été vendue** ce qui l'a beaucoup attristé.

Toutes ces problématiques empêchent donc cette dame de marcher. Elle répète souvent qu'elle remarquera quand elle en aura envie.

J'ai alors simplement verbalisé ce qu'elle m'a rapporté en lui signifiant avec empathie et bienveillance que je comprends ses difficultés et qu'elle peut prendre le temps qu'il lui faut pour accepter la situation et qu'elle se remettra en marche ensuite.

La semaine suivante, j'ai eu la surprise de voir Mme C. remarquer avec le kinésithérapeute.

Elle fait des progrès de semaines en semaines. Je continue d'aller lui rendre une petite visite une fois par semaine pour garder un lien avec elle et l'encourager dans ses progrès.

- **Commentaire :**

Le rôle du psychomotricien est aussi bien l'écoute du sujet mais aussi l'aider à verbaliser ce qui le dérange, ce qui lui pose problème quand cela est nécessaire.

Ici, Mme C. ne veut plus marcher parce qu'il y a trop d'évènements qui entoure son entrée dans l'institution.

La marche est notre moyen de locomotion, notre moyen de nous déplacer de façon autonome. En refusant de marcher, Mme C. entre dans une symbolique, elle refuse d'avancer et donc elle nous signifie qu'elle est trop triste pour cela.

Inconsciemment, cela devient un moyen pour elle de protester contre tout ce qu'il lui arrive.

En lui redonnant confiance en elle ainsi que la possibilité de choisir entre marcher ou non, Mme C. a pu se mettre debout de nouveau.

Malgré qu'elle ait choisi de rentrer dans l'institution, elle n'avait sûrement pas prévu que sa maison, où elle a passé toute sa retraite, allait être vendue ; et que sa toilette serait effectuée par quelqu'un d'autre qu'elle-même.

Lorsque les personnes entrent en institution, cela se fait souvent dans la précipitation, ils n'ont pas le temps de dire au revoir aux choses qu'ils possèdent et à leurs habitudes.

J'aurais pu lui proposer tous les exercices que je voulais ce que Mme C. avait besoin, c'était que quelqu'un comprenne sa situation et remarque sa tristesse pour qu'elle puisse à nouveau se faire confiance et recommencer à marcher.

La psychomotricité est un travail de relation avant tout. Cette expérience montre bien l'utilité de l'écoute et de la verbalisation pour aider le patient à passer un obstacle.

Tout comme la médiation toucher peut rassurer le sujet corporellement et donc psychiquement, la verbalisation permet un « coup de pouce » pour passer un événement que l'individu ne parvient pas à maîtriser ou à comprendre seul.

L'entrée en institution fait partie des événements importants dans la vie d'un Homme, il peut alors comme d'autres événements de la vie le déstructurer.

La poursuite du travail avec cette dame pourrait aller vers un toucher relationnel qui lui permettrait de se sentir un peu plus en sécurité dans son corps, pour l'aider dans la marche ainsi que la soutenir dans ses pertes cognitivo-mnésiques qui lui fait perdre peu à peu des morceaux d'elle-même.

Cependant, une prise en charge ne peut avoir lieu que si le sujet est en demande et pour le moment, cette dame refuse toute activité, je continue alors de lui rendre visite afin de la garder en lien avec la psychomotricité.

Conclusion :

Au terme de cette étude abordant la question du narcissisme au cours du vieillissement, nous pouvons constater que le toucher est un médiateur intéressant dans cette approche.

En effet, le vieillissement entraîne une perte de capacités et oblige le sujet à s'adapter pour pouvoir garder son intégrité et le sentiment d'être soi.

Le parallèle fait avec le développement de l'enfant a permis de comprendre les phénomènes identificatoires qui se rejouent au cours du vieillissement ; ainsi que l'évolution des différentes notions telles que le schéma corporel, l'image du corps ou encore la notion de Moi-peau de Didier Anzieu.

On peut constater que le phénomène identificatoire du stade du miroir de Lacan revient au cours de la vieillesse par le stade du miroir brisé.

Cette étape est le point central de la perte de l'estime de soi chez nos aînés qui se retrouvent face à une image qui ne correspond plus à ce que l'individu ressent à l'intérieur.

Le toucher permet alors à l'individu de se recentrer sur ses sensations, de délimiter les contours du corps, d'abaisser le tonus musculaire ainsi que favoriser le dialogue tonico-émotionnel.

De plus, le toucher permet à nos aînés de retrouver des sensations archaïques vécues dans les premiers mois de la vie dans la relation avec la mère.

C'est pour cela qu'au delà de la médiation, la relation thérapeutique avec le patient tient une place centrale dans le déroulement de la prise en soin et dans la réussite de celle-ci.

En tant que thérapeute, cette médiation m'a permis de comprendre à travers la balle ou mes mains, les paroles du corps qui se détend, se tend ou encore frissonne comme pour exprimer ce que les mots ne peuvent pas encore dire.

Les séances ont amené des paroles fortes, importantes vers le chemin de la confiance en soi ainsi que des comportements qui en disaient plus que les mots et des silences devenus apaisants.

La relation thérapeutique avec le patient tient donc une place centrale dans le déroulement de la prise en soin et dans la réussite de celle-ci.

De ce fait, il serait intéressant d'intégrer le personnel soignant dans ces prises en charge. Le soin en psychomotricité est à la fois centré sur le patient et en collaboration avec l'équipe pour la cohérence dans notre travail.

La population âgée est le miroir de ce que l'on peut devenir, le personnel peut parfois douter des soins qu'il amène au résident. Ceci peut-être compliqué à vivre pour l'équipe qui peut se demander si c'est ce qu'ils aimeraient vivre à leur place dans un EHPAD ?

Le psychomotricien pourrait alors intervenir pour aider l'équipe à prendre conscience de l'importance de son travail afin d'améliorer les relations soignant-soigné.

Enfin, l'image positive de l'équipe soignante se répercuterait sur celle du patient.

ANNEXES



ANNEXE 1 : Début de séance avec Jeanine- Marie.



ANNEXE 2 : Fin de séance après le massage du dos avec une balle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Livres :

Anzieu Didier, *Le moi-peau*, Dunod, psychismes, 1995, 291 p.

Calza A. et Contant M., *Psychomotricité*, Masson, 3^{ème} édition, 2007, 251 p.

Charazac Pierre, *Comprendre la crise de la vieillesse*, Dunod, 2005, 184 p.

Courjou Évelyne, *Comprendre et pratiquer le toucher relationnel*, Interédition, 2007, 223 p.

De Hennezel Marie, *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller*, Robert Laffont, 2008, 252 p.

Dolto Françoise, *L'image inconsciente du corps*, Seuil, 1992, 371 p.

Feillet Raymonde, *Corps, vieillissement et identité : entre préservation et présentation de soi*, Édition Érès, 2012, 196p. (Pratiques gérontologiques)

Gineste Yves et Marescotti Rosette, *Humanitude*, Armand Colin, 2007, 319 p.

Juhel Jean-Charles, *La psychomotricité au service de la personne âgée*, Les Presses de l'Université Laval, 2010, 235 p.

Messy Jack, *La personne âgée n'existe pas*, Payot, 2002, 221 p. (Petite Bibliothèque Payot)

Mishara Brian et Riedel Robert, *Le vieillissement*, Edition PUF, 1984, 268p.

Montagu Ashley, *La peau et le toucher*, Seuil, 1979, 219 p.

Nasio J.-D., *Mon corps et ses images*, Payot & Rivages, 2008, 276 p.

Personne Michel, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Érès, 2011, 136 p.

2. Sites internet :

www.erudit.org/

<http://papidoc.chic-cm.fr/12estimesoi.html> (Les composantes de l'estime de soi)

<http://www.cairn.info>

<http://isabellesamyn.e-monsite.com>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

<http://www.insee.fr>

<http://www.wikipedia.org>

3. Articles :

Aumont Maurice, *Le moi et la personnalité en vieillissant : la contribution de Freud*, Université de Montréal.

Cordié Claire, *Passer du corps à l'âme, Cahiers jungiens de psychanalyse 2/2006 (n° 118)*, p. 55-57.

Ghedighian-Courier Josy- Jeanne, *Le toucher, un sens aux multiples avatars*, Les cahiers jungiens de psychanalyse, 2/2006 (n° 118), p. 17-28.

Messy Jack, *Autour de ma vieillesse*, <http://www.espacesformations.fr>, 2009.

Simard Catherine, *Identité, vieillesse et société*, Santé mentale au Québec, vol. 5, n° 2, 1980, p. 22-32.

Simard Catherine, *Le miroir s'est brisé : Œdipe a vieilli. Amorce d'une réflexion sur le vieillissement et l'altérité*, Santé mentale au Québec, vol. 12, n°1, 1987, p.47-54.

Table des matières

Remerciements	2
Avant-propos	3
Introduction :	6
Viellir : Qu'est ce que c'est ?	10
1. <i>Quand vieillissement et vieillesse perdent leur identité :</i>	<i>10</i>
a. Le vieillissement :	10
b. La vieillesse :	11
c. La personne âgée dans tout ça :	12
2. <i>Comment nos aînés se perçoivent-ils ?</i>	<i>13</i>
3. <i>Les changements liés au vieillissement de l'Homme :</i>	<i>15</i>
a. Sur le plan physique :	15
b. Sur le plan cognitif :	18
c. Sur le plan affectif :	18
d. Sur le plan social :	19
e. Liens entre les plans physique, cognitif et affectif :	20
4. <i>Les pressions sociales liées à l'âge et ses représentations :</i>	<i>20</i>

Identité de la personne âgée :	22
1. <i>Construction identitaire de l'enfant :</i>	23
a. Le schéma corporel :	23
b. Image du corps :	25
c. Le stade du miroir :	27
d. Construction du Moi :	28
2. <i>Qu'en est-il chez nos aînés ?</i>	30
a. Schéma corporel :	30
b. L'image du corps :	31
c. Le miroir brisé :	33
d. La solitude :	34
e. Le deuil :	35
f. La mort :	36
3. <i>Identité de l'enfant et de la personne âgée : quel lien ?</i>	38
4. <i>Comment la psychomotricité peut-elle contribuer à la re-narcissisation de nos aînés ?</i>	41
Re-narcissisation et toucher :	43
1. <i>La relation en psychomotricité :</i>	43
a. Importance de la relation de confiance :	43
b. La place de la relation dans la séance de toucher thérapeutique :	44
c. Le toucher relationnel :	45
2. <i>La peau et le toucher :</i>	46
a. La peau :	46
b. Le toucher : un sens :	47
c. Le toucher chez les aînés :	48
3. <i>Le toucher thérapeutique:</i>	49
a. Généralités :	49
b. Bienfaits du toucher :	50
c. Le toucher et la douleur :	51
d. Re-narcissisation et toucher :	52

Observations cliniques :	55
1. <i>Présentation de l'EHPAD :</i>	55
a. Humanitude :	56
2. <i>Études de cas :</i>	59
a. Entre Jean-Marie et Jeanine-Marie :	59
• L'histoire de Jeanine :	60
• Description clinique :	61
• Déroulement de la prise en charge :	63
b. De la douleur à la sensation d'être Moi :	69
• Histoire de vie de Madame D. :	69
• Description clinique :	71
• Prise en charge :	72
Complément de recherche	78
• Histoire de vie :	78
• Description clinique	79
• Commentaire :	80
Conclusion :	82
ANNEXES	84
ANNEXE 1 : Début de séance avec Jeanine- Marie.	85
ANNEXE 2 : Fin de séance après le massage du dos avec une balle.	86
BIBLIOGRAPHIE	87
1. Livres :	87
2. Sites internet :	88
3. Articles :	88