



HAL
open science

L'eau, berceau de verticalité. Étude théorico-clinique du redressement chez les personnes âgées dans un bassin thérapeutique

Audrey Costemale

► To cite this version:

Audrey Costemale. L'eau, berceau de verticalité. Étude théorico-clinique du redressement chez les personnes âgées dans un bassin thérapeutique. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00865834

HAL Id: dumas-00865834

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00865834>

Submitted on 27 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.

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

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

L'eau, berceau de verticalité

**Etude théorico-clinique du redressement chez les
personnes âgées dans un bassin thérapeutique.**

**COSTEMALE Audrey
Née le 9 Février 1989 à Pau
Juin 2013**

Remerciements

Agnès, maître de ce mémoire, m'a mise sur le chemin de la psychomotricité. Je la remercie pour sa présence, son soutien et le temps qu'elle m'a accordé.

Elisabeth, maître de stage exemplaire, disponible, à l'écoute et toujours souriante et de bonne humeur. Elle m'a transmis sa passion pour la gériatrie et un savoir-être très précieux. Je la remercie pour ses conseils, son implication dans ce mémoire et pour sa transmission de savoirs psychomoteurs.

Ma famille, présente et bienveillante. Je les remercie pour leurs encouragements et leur affection.

Un grand **MERCI** à tous ces aînés qui sont nos racines, notre histoire et qui m'ont fait vivre des instants remplis de vie et d'humanité.

Sommaire

INTRODUCTION	4
<u>PARTIE I : VERTICALITÉ : CONSTRUCTION DE L'AXE CORPOREL AU REDRESSEMENT</u>	6
I. L'ÉVOLUTION DE L'ESPÈCE HUMAINE	6
II. UNE ANNÉE POUR SE METTRE DEBOUT : LE REDRESSEMENT CHEZ LE NOURRISSON	12
III. RESTER DEBOUT : LA VERTICALITÉ CHEZ LE SUJET AGÉ	18
IV. VERTICALITÉ ET CONSCIENCE CORPORELLE	24
<u>PARTIE II : UN ÉLÉMENT, UNE MÉDIATION : L'EAU</u>	27
I. L'EAU, UN ÉLÉMENT VITAL.	27
II. LA MÉDIATION EAU	29
<u>PARTIE III : VERTICALITÉ, EAU, PSYCHOMOTRICITÉ</u>	39
I. LA PSYCHOMOTRICITÉ : UNE MÉDIATION DE LA RELATION	39
II. LA VERTICALITÉ DU POINT DE VUE PSYCHOMOTEUR	41
III. OBJECTIFS DE TRAVAIL DE VERTICALITÉ DANS L'EAU EN SEANCE PSYCHOMOTRICE AVEC UN SUJET ÂGÉ	43
<u>PARTIE IV : ÉTUDE DE CAS</u>	50
I. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	50
II. UNE SÉANCE DE BALNÉOTHÉRAPIE	52
III. PRÉSENTATION DES ÉTUDES DE CAS	54
CONCLUSION	73
TABLE DES MATIÈRES	75
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES	80

Introduction

Cette année, j'ai effectué mon stage durant 5 mois au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui dispose d'un bassin thérapeutique. La prise en soin de la personne âgée en milieu aquatique est une démarche de soin dont je n'avais pas connaissance, et j'ai de suite trouvé cela très intéressant. Ainsi ce mémoire sera bâti autour de mes réflexions psychomotrices dans le domaine de la gériatrie avec pour thème « la verticalité » et plus particulièrement le redressement. Il s'appuiera aussi sur mon questionnement quant à la pertinence de la médiation « eau » avec ce public.

L'eau est un élément ubiquitaire que l'on retrouve tout au long de notre vie, qui compose l'être humain à 65% et recouvre la terre à 72%. Le milieu aquatique est un élément familier qui peut renvoyer à des sensations archaïques de la vie intra-utérine. Plus tard il pourra être pour certains un espace de liberté où l'eau aura une fonction d'enveloppement contenant, sécurisante et apaisante. Pour d'autres le milieu aquatique pourra être vécu de manière anxiogène. De ces constats a émergé un grand nombre d'observations psychomotrices : l'eau permet un vécu corporel basé sur l'expérience sensori-motrice.

Le corps est l'outil premier de la psychomotricité : on dit que c'est une thérapie à médiation corporelle. Elle étudie l'homme dans sa globalité, dans son entité corporelle. Le corps est une charpente, il est le support de ce que nous sommes, un lieu d'échanges. Le rôle du psychomotricien est de soutenir l'harmonisation entre les fonctions motrices, psychiques et affectives du sujet.

Ce corps-charpente signifie aussi que le sujet peut tenir debout. Durant toute sa vie il est amené à lutter contre l'attraction terrestre qui l'ancre au sol. De par sa structure osseuse et sa musculature, l'homme arrive à lutter contre ce phénomène et à se redresser. L'homme devient Homme. La construction de l'axe corporel est primordiale. Pour cela, des schèmes moteurs sont mis en place qui permettent à l'homme d'acquérir son équilibre à travers l'expérience sensori-motrice, le tonus musculaire et l'interaction avec l'environnement. Être debout, en équilibre de la tête aux pieds, du corps à la psyché. Puis le temps passe, l'homme vieillit, et a de plus en plus de mal à faire face à cette attraction. Son corps se voûte, son squelette s'affaiblit et ses muscles se fatiguent, ce qui peut favoriser l'apparition de chutes.

Ce sont ces « hommes vieux » qui viendront nourrir mon mémoire. Ces hommes dont l'histoire de vie est inscrite dans leur corps et dont la charpente se modifie au fil des ans.

Tout ceci m'amène à m'interroger sur le travail de la verticalité et du redressement en psychomotricité avec la médiation eau. De ce fait je me suis demandé **en quoi le travail de la verticalité en psychomotricité, dans un bassin thérapeutique, pouvait amener la personne âgée vers un redressement psychocorporel.**

C'est alors que plusieurs questions sont apparues : Pourquoi utiliser la médiation « eau » avec ce public ? En quoi est-il intéressant d'introduire un tiers dans la relation entre le psychomotricien et son patient ? En quoi le fait de se redresser, d'être debout, peut-il réveiller notre « être » ?

C'est pourquoi, en me référant à des théories, je traiterai du processus de verticalisation dans sa genèse et son impact sur l'homme. Puis, j'aborderai les caractéristiques de l'eau et les raisons pour lesquelles je l'utilise comme médiateur thérapeutique en psychomotricité. Pour finir, j'exposerai mon travail sur le redressement et l'équilibration auprès de personnes âgées en EHPAD dans un bassin thérapeutique.

PARTIE I : VERTICALITÉ : CONSTRUCTION DE L'AXE CORPOREL AU REDRESSEMENT

I. L'ÉVOLUTION DE L'ESPÈCE HUMAINE

La psychomotricité est une science qui étudie l'Homme dans sa globalité. L'Homme est un être vivant, faisant partie de la famille des primates. Il évolue au cours des années en s'adaptant à son environnement et aux lois universelles de la nature. La gravité est une de ces lois. Afin de lutter contre cette dernière, l'Homme, par ses caractéristiques physiques et physiologiques, va s'extraire du sol. Ce redressement lui permettra d'acquérir la marche, mais aussi d'entrer en relation avec le monde et les autres.

L'apparition de la verticalité et de la marche bipède va entraîner de nombreux changements anatomiques et psychiques chez l'Homme. L'Homme interagit avec son environnement, sa pensée devient consciente et donc il devient un être pensant.

1.1. Être Debout

1.1.1. La bipédie

L'homme se tient debout et se déplace plus vite dans la position redressée. La marche humaine doit se dérouler de l'appui du talon à la pointe des orteils. Elle est symboliquement un signe d'appartenance identitaire. En effet, si on observe les manières de marcher en fonction des ethnies, on remarque des différences. Par exemple¹ en Afrique, les populations vivent la plupart du temps pieds nus. On a pu constater que par rapport aux populations des pays développés qui marchent avec des chaussures, les populations africaines n'avaient pas la même attaque au sol. Leur posture et motricité sont plus fluides et plus posées que dans les pays industrialisés car l'environnement n'est pas soumis à l'urgence et la rapidité de l'action.

Cependant, l'homme n'est pas le seul à se tenir debout. Certains animaux peuvent se redresser et avoir un déplacement bipède. Des études ont montré que cette position érigée engendrait chez l'homme de nombreuses modifications anatomiques. Comment l'Homme arrive-t-il à tenir debout ? D'où lui vient cet équilibre ?

¹ PONTON.G, Ateliers du Cami Salie, Pau 2013.

1.1.2. Le centre de gravité

En statique, le centre de gravité est le point d'application du poids. Le poids est semblable à une force s'appliquant en un point unique.

« La gravité est la force la plus immédiatement perceptible à l'observateur humain¹ ».

La gravité universelle soumet notre corps à des forces qui attirent notre poids vers le centre de la terre. Chez le singe, le centre de gravité qui lui permet de résister à cette force se situe en avant du bassin et de la colonne vertébrale. Lorsque l'homme se redresse, son centre se place au niveau de son ventre. On constate donc que le centre de gravité varie en fonction de la position du corps dans l'espace. C'est lui qui permet à l'homme de rester en équilibre lors de ses mouvements. L'appui plantaire est équilibré sur toute la surface du pied et le bassin est correctement placé en suspension.

L'équilibre des forces nous permet de tenir debout en mouvement.

Le bassin est une pièce maîtresse de l'équilibre de l'homme, il s'ajuste en fonction des mouvements et permet à l'homme de maintenir un certain équilibre dans cette station érigée.

De plus, ce centre de gravité détermine l'empreinte plantaire que chaque homme laisse sur la terre. Elle n'est pas figée et se transforme tout au long de la vie au contact de l'environnement.

1.2. Une architecture humaine au service du mouvement

1.2.1. L'architecture osseuse

Nous tenons debout parce que notre squelette nous le permet. Il ne suffit pas à un quadrupède de se redresser pour devenir bipède : toute l'architecture du squelette est modifiée.

Commençons par exemple par le trou occipital. C'est l'orifice par lequel passe notamment la moelle épinière. De la position de ce trou dépend la position générale du corps. Chez les quadrupèdes, il est en arrière de la tête, dans le prolongement de la colonne vertébrale. Alors que chez le bipède, il se trouve au centre. L'homme est le seul être à posséder une colonne vertébrale formant un angle droit avec la base du crâne.

¹ REEVES.H, Oiseaux, merveilleux oiseaux, p. 74.

L'axe de redressement chez l'homme réside dans la colonne vertébrale. Celle-ci a subi de nombreuses modifications lors du redressement. Par rapport aux autres primates, la colonne vertébrale présente chez le bipède humain une cambrure spécifique : on peut y déceler quatre courbures au lieu de deux.

Ce positionnement permet de mieux amortir les chocs et les tensions dus à la bipédie. On peut distinguer : une lordose cervicale et lombaire ainsi qu'une cyphose dorsale et sacrale. Ces quatre courbures placent la tête en équilibre au sommet de l'axe vertical.

De plus la colonne vertébrale, de par sa position centrale dans le volume du tronc, possède plusieurs fonctions :

- **Fonction statique** : la colonne vertébrale est comme un mât ancré dans le sacrum. Dans l'évolution de la station bipède, il y a une amélioration de la stabilité par allongement et élargissement du sacrum et par réduction du nombre de vertèbres lombaires. Cela ne signifie pas que la colonne est figée, au contraire elle s'adapte au changement de position du sujet.
- **Fonction d'amortissement** : elle joue un rôle de ressort qui va supporter et répartir les contraintes dues à la pesanteur. Les disques intervertébraux, les plateaux cartilagineux et les corps vertébraux vont jouer un rôle dans cet amortissement.
- **Fonction dynamique** : elle peut être assimilée à un flexible avec des possibilités de déplacement selon trois plans de l'espace (vertical / horizontal / sagittal).
- **Fonction de protection** : c'est une gaine protectrice pour la moelle épinière et les racines nerveuses.

Le support de notre redressement est donc notre colonne vertébrale. Aligné entre terre et ciel, notre dos est un axe de relation nous ouvrant aux autres dans toutes les directions de l'espace.

Plus robuste, plus large et plus bas, le bassin permet de soutenir les viscères et le poids du tronc. Le détroit supérieur du petit bassin s'agrandit et permet le passage d'une tête plus grosse. Le bassin donne le poids du corps sur la terre par les systèmes osseux. Le bassin osseux, appelé aussi pelvis, est constitué de deux os coxaux latéraux, le coccyx et le sacrum en arrière. Cette ceinture pelvienne constitue la jonction entre la colonne vertébrale mobile (axe du tronc) et les membres inférieurs. Le bassin est considéré comme la pièce maîtresse du redressement.

Le bassin et la colonne vertébrale sont les acteurs principaux de ce redressement. Toutefois, ils ne seraient rien sans leur structuration musculaire.

1.2.2. L'architecture musculaire

« Tel un grand vêtement enveloppant le squelette, les muscles tissent autour de la charpente des chaînes qui se superposent, s'entrecroisent »¹.

Les chaînes musculaires constituent le haubanage permettant au squelette de tenir. Elles l'animent, le dynamisent et lui permettent de se redresser dans l'espace, en luttant contre la force de la pesanteur. Elles sont donc en lien avec le mouvement.

En effet par ses fibres, ses tendons et ses enveloppes, la musculature réagit et transmet les messages du mouvement en maintenant la posture et l'équilibre.

Jacques GARROS² distingue cinq chaînes musculaires pour la posture et le mouvement :

- Deux chaînes dites « d'auto-grandissement » qui auront pour objectif d'étirer tout le corps dans la verticale.
- Une chaîne dite « en huit » qui assure la position dressée debout, sans rigidité.
- Deux chaînes dites « croisées » qui participent à la coordination des mouvements.

Pour d'autres auteurs, certains muscles, comme le psoas iliaque, jouent un rôle important dans le maintien du centre de gravité, de l'équilibre et de la marche du sujet.

En effet, on peut observer que la réunion des deux psoas iliaques forme un triangle qui aura pour fonction d'ajuster et d'axer la ligne de gravité. Les muscles pelvis-trochantériens et fessiers viennent renforcer ce triangle dont la base est en appui sur le sol et la pointe s'enracine dans le bassin.

De plus, le psoas agit en synergie avec le diaphragme, le muscle transverse de l'abdomen et le carré des lombes pour nourrir une sensation de concavité. L'équilibre tonique de cet ensemble fait ressentir la sensation de stabilité en dedans de soi.

¹ GARROS. J, corporellement, p 57

² GARROS. J, corporellement, p 57 - 63

1.3. Des pieds à la tête

1.3.1. L'évolution du cerveau et les neurones miroirs

Avec l'apparition de la bipédie, le cerveau de l'homme lui aussi a subi des modifications au fil des millénaires. Avant de se redresser pour marcher, l'homme avait le cerveau de la taille de celui d'un singe. La verticalité a permis au corps d'augmenter le volume du cerveau en développant certaines zones, ce qui nous a permis de raisonner.

En effet avec la bipédie, on a pu observer que la boîte crânienne s'était agrandie et ouverte dans sa partie frontale. Les aires de la pensée consciente sont apparues chez l'homme. L'homme, par cette station debout, a pu interagir avec son environnement. Il a pu manipuler et expérimenter de nouveaux mouvements, de nouveaux comportements qui ont eu comme conséquence la création de nouveaux réseaux neuronaux. Les zones du cerveau se sont étoffées, l'homme est devenu plus opérant, sa pensée s'est affirmée et est devenue symbolique.

Notre cerveau actuel est le résultat de cette longue évolution dont on aperçoit encore les différentes strates : ce sont les trois cerveaux décrits par le neurologue Paul Mac LEAN¹.

Ces trois cerveaux sont :

- Le reptilien : qui est le plus primitif et à l'origine des réflexes.
- Le mammifère : celui des automatismes.
- L'humain : qui permet la réflexion.

De nos jours, l'homme interagit activement avec son environnement. Cette interaction permet sans doute encore aujourd'hui de construire de nouvelles zones du cerveau.

Effectivement, dans les années 90, Giacomo RIZZOLATTI² et son équipe ont découvert l'existence des neurones miroirs.

¹ G.PONTON, module gériatrique, 3^{ème} année IFP Bordeaux.

² Médecin et biologiste de nationalité italienne

Les neurones¹ miroirs désignent une catégorie de neurones du cerveau qui présentent une activité aussi bien lorsqu'un individu (humain ou animal) exécute une action que lorsqu'il observe un autre individu (en particulier de son espèce) exécuter la même action, ou même lorsqu'il imagine une telle action, d'où le terme miroir.

On peut se questionner sur le rôle des neurones miroirs dans le redressement. Sans doute ont-ils un rôle à jouer dans le maintien de la verticalité de la personne âgée ?

Allumer la télévision pour montrer des personnes debout à des personnes grabataires, alitées, permet peut-être de maintenir le sentiment d'être vertical, d'être debout. L'idée est d'entretenir le sens de la verticalité en sollicitant les neurones miroirs.

Vignette clinique :

*Tous les mercredis après-midi, la psychomotricienne propose des ateliers de « Gym douce » aux résidents de l'EHPAD. On accueille les personnes désirant participer à l'atelier et étant en capacité physique de le faire, mais aussi celles pour qui la participation à l'atelier est plus difficile du fait de leur pathologie ou de leur handicap. Par exemple **Mme D**, grande femme hémiplegique et de forte corpulence, aux cheveux coupés au carré, vient tous les mercredis après-midi à l'atelier avec son fauteuil électrique. L'objectif avec **Mme D** est qu'elle mobilise son membre valide lors des exercices de mobilisation articulaire, mais aussi de stimuler ses neurones miroirs. Le fait d'être là parmi les autres, et de les voir effectuer certains exercices debout, lui permet de garder en mémoire la station érigée et peut-être aussi de stimuler en elle le souvenir de la sensation d'être debout. **Mme D** est très heureuse de venir à cet atelier malgré ses difficultés. Elle n'hésite pas à encourager les autres résidents lorsque ceux-ci effectuent des parcours psychomoteurs.*

1.3.2. Les appuis au sol

Une fois debout, le seul contact que nous avons avec la terre passe par nos pieds.

Nos pieds sont dotés de capteurs sensoriels qui nous indiquent sur quoi nous marchons et qui nous permettent aussi de rester en équilibre.

¹Cours de physiologie 2^{ème} année de Psychomotricité.

L'appui plantaire permet d'ajuster le poids du corps afin de tenir debout, de trouver la juste posture et de rester en équilibre. Cet ajustement se fait aussi grâce à des mécanismes réflexes comme le réflexe plantaire ou le réflexe myotatique qui instinctivement assurent l'équilibre.

Exemple : J'ai pu remarquer lors de mes stages que si on soulève trop une personne en voulant la soutenir, elle s'effondre car on fausse la perception du poids du corps par les pieds. C'est pourquoi il est toujours très important de proposer à la personne un soutien souple tout en lui laissant son poids afin de favoriser l'appui plantaire et le repoussé du sol.

Le pied permet donc de renvoyer des informations de bas en haut dans le squelette, la musculature et le cerveau afin de favoriser cette verticalité.

II. UNE ANNÉE POUR SE METTRE DEBOUT : LE REDRESSEMENT CHEZ LE NOURRISSON

2.1. Construction de l'axe corporel

La vie intra-utérine tient une place importante dans le développement de l'axe corporel. Dans les quinze premiers jours, l'embryon est orienté en un pôle céphalique et un pôle caudal. Le positionnement et le développement de ses organes se fait selon cet axe céphalo-caudal.

Dans l'utérus, le fœtus est rassemblé en flexion autour de son centre. Son dos est collé à la face interne de l'utérus et constitue une surface de contact autour de l'axe vertébral. On peut dire que le fœtus vit sa première expérience avec l'eau, car il baigne et est bercé par le liquide amniotique qui est une première forme de portage, comme un véritable « holding utérin ». On peut voir l'utérus comme un berceau maternel pour le bébé.

Vers le 3^{ème} mois, le fœtus bouge ses bras et ses jambes, il expérimente le repoussé avec ses pieds contre la paroi utérine et s'en sert aussi pour changer de position.

Puis l'heure de la naissance arrive et avec elle la découverte de la pesanteur. Ce passage du milieu intra-utérin au milieu aérien constitue pour le nouveau-né la première expérience d'extension de tout le corps qui jusque-là était rassemblé en position fœtale.

Les réflexes archaïques présents à la naissance, comme la marche automatique, attestent de l'existence du mécanisme de repoussé.

Dès qu'il vient au monde le bébé doit assumer ce corps, trouver son équilibre. Pour arriver à cela le bébé va découvrir que son corps possède des capacités extraordinaires qui lui permettront de tenir debout.

2.2. Construction de l'axe corporel chez l'enfant

2.2.1. La genèse de l'axe corporel selon André BULLINGER

A la naissance on peut observer chez le bébé une hypotonie du tronc et une hypertonie des membres. En position assise, la cyphose du bébé est prononcée. On a l'impression qu'il est enroulé sur lui-même.

André BULLINGER¹ dit que dans cette position, l'équilibre est précaire. Puis la musculature flexion/extension s'équilibre, diminuant ainsi la cyphose. En même temps que le redressement s'effectue, des mouvements de rotation apparaissent. Quand le redressement du buste est possible, on peut observer des changements de position avec une bascule latérale. Les courbures de la colonne vertébrale s'inversent. L'axe devient plus tonique et les extrémités équilibrent leur tonus.

Le maintien des postures est un point d'équilibre qui permet au bébé d'être présent au monde, et de pouvoir interagir avec son environnement.

C'est ce travail d'équilibration que je vais mettre en avant dans ma prise en soin en balnéothérapie avec les personnes âgées, car l'équilibre est souvent défaillant et handicapant pour ces personnes. En effet, on observera par la suite que le vieillissement, qu'il soit pathologique ou normal, entraîne souvent une précarité de l'équilibre, ce qui empêche la personne d'interagir normalement avec son environnement et par là même, de faire du lien. La régression psychomotrice chez la personne âgée passera par les mêmes stades de développement psychomoteur que celui de l'enfant, mais en sens inverse.

2.2.2. L'acquisition de la station debout et de la marche

Chaque enfant suit les mêmes stades de développement psychomoteur mais pas au même rythme. Ainsi certains enfants marcheront à 9 mois et d'autres à 14 mois, voire plus...

Pour se mettre debout, l'enfant va passer par plusieurs étapes.

¹ A.BULLINGER, le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, p 139.

Au départ, la motricité du nouveau-né est spontanée, involontaire, diffuse, anarchique, bilatérale. C'est l'état d'hypertonie des membres et d'hypotonie de la tête et du tronc qui prédomine à la naissance.

A 2 mois, la motricité du bébé est encore anarchique, les réflexes archaïques tendent à disparaître. Le dos est toujours hypotonique.

Puis certains réflexes archaïques disparaissent, ce qui traduit une maturation cérébrale. Le bébé commence à s'intéresser à son corps, c'est l'âge du « regard de la main ».

Le contrôle de ses muscles abdominaux augmente, ce qui lui permet de rouler du dos sur le côté et de retrouver la position fœtale d'**enroulement**. Sur le ventre il **relève** sa tête à 90°, **redresse** son thorax, s'appuie sur les coudes.

Sur le ventre, le bébé porte son poids sur ses avant-bras en se redressant. Les avant-bras sont en hyper-extension vers l'avant, les mains reposent à plat sur le sol. Il essaie de **se retourner** du ventre sur le dos. Il fait beaucoup de mouvements de pédalage.

Peu à peu, sa motricité est de plus en plus explosive. Sur le dos il peut se soulever en position assise, en **prenant appui** sur un côté et en s'aidant du bras. Pour se déplacer il utilise **les retournements** : c'est son premier mode de locomotion.

Sur le ventre il apprend à ramper, et les mouvements commencent à reculer. Il se met debout en se tenant aux meubles et à son parc. Il tient quelques instants puis tombe. De plus il arrive à passer d'une position où il est sur le dos à une position assise grâce à **l'appui** des mains.

A dix mois, il marche à quatre pattes. Il se met debout seul, en position « chevalier servant » en se tenant aux meubles, fait quelques pas et tombe souvent.

Puis la marche à quatre pattes devient plus assurée, sur les mains et les pieds. C'est l'âge où l'on assiste aux premiers pas de l'enfant. Sa marche est soutenue par les mains de l'adulte. Le bébé marche seul en **prenant appui** aux meubles : il cabote. Le bébé est debout.

En se redressant, le bébé fait en un an ce que l'homme a mis des millions d'années à faire. Le corps au fil des années va devenir de plus en plus compétent.

Nous verrons par la suite qu'après une chute, la personne âgée passera par les mêmes étapes de repoussé du sol et de redressement que le bébé.

2.3. Les acteurs du redressement

2.3.1. Les réflexes archaïques

Les réflexes archaïques sont la marque d'un fonctionnement cérébral sous-corticospinal. Leur présence indique l'absence de dépression du Système Nerveux Central et un tronc cérébral intact.

En fait ce n'est que vers l'âge de 3 ou 4 mois que ces réflexes se transforment progressivement en mouvements volontaires.

Ces réflexes¹ sont nombreux. On peut distinguer parmi eux :

- *Le réflexe de la marche automatique :*

L'enfant est tenu en position verticale, une seule main placée sur le ventre. On observe d'abord le redressement des membres inférieurs et du tronc, de telle sorte que l'enfant soutient pendant quelques secondes une grande partie du poids du corps. L'enfant est ensuite légèrement penché en avant, et une succession de pas est observée. La marche automatique implique une contraction rythmique des muscles antigravitaires déclenchée par le contact cutané de la plante du pied. L'absence de marche automatique n'est pas une anomalie importante au cours des premiers jours de la vie, car la posture très fléchie in-utéro peut rendre pendant quelques jours l'extension difficile et douloureuse.

- *Le réflexe d'agrippement ou de grasping :*

Lorsque l'on place un index dans la paume de l'enfant, cette simulation entraîne une forte flexion des doigts. Cette manœuvre peut être faite simultanément des deux côtés et la flexion forte des doigts permet de soulever l'enfant et de l'amener en position assise.

- *Le réflexe plantaire ou signe de Babinski:*

La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, le pied reposant sur le lit. La recherche se fera par excitation de la plante, partie externe, au moyen d'un objet mousse (non piquant), que l'on promènera d'arrière en avant, du talon vers les orteils. Dans un développement normal, les orteils se fléchissent.

¹ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/POLY.Chp.3.html>

2.3.2. Le tonus musculaire

Le tonus musculaire, par définition, est l'état de légère tension des muscles striés au repos. Il s'agit donc d'un état actif qui règle l'agencement postural de nos segments et s'oppose à leur dérangement.

Chez le nouveau-né, le tonus est le premier mode de communication qu'il a avec sa mère et son environnement.

En effet, Henri WALLON¹ a mis en évidence le lien entre le tonus et l'émotion et souligne son importance dans les interactions mère-nourrisson. Il parle d'une relation tonico-affective.

Julian DE AJURIAGUERRA père fondateur de la psychomotricité, reprenant la démonstration de Wallon, parle de dialogue tonique, et met en exergue la fonction du tonus dans la communication interhumaine :

« L'enfant dès sa naissance s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend »².

On sait que lorsque le bébé se verticalise, il opère un croisement des plans toniques, puisqu'il passe d'une hypotonie centrale / hypertonie périphérique à une tonicité axiale / relâchement périphérique.

Le tonus, en s'équilibrant, va donc jouer un rôle important dans le maintien de l'équilibre et donc dans la station debout.

2.3.3. Les schèmes moteurs

Durant son développement, le bébé va mettre en place des schèmes moteurs qu'il va apprendre et assimiler pour lui permettre de s'organiser et de se coordonner. Ces schèmes moteurs s'inscrivent en nous depuis la petite enfance, se réactualisent à tout âge, et nous positionnent dans les trois dimensions de l'espace.

¹ Cours de première année de psychomotricité.

² Julian DE AJURIAGUERRA, 1960.

L'axialité, l'enroulement et la coordination sont les trois critères de la motricité humaine, qu'elle soit primaire ou adulte. C'est ce que l'on appelle les schèmes moteurs de base¹.

- Le schème **d'enroulement / déroulement** est présent dès la vie intra-utérine. Il a pour objectif le rapprochement main-bouche et pied-tête, mais aussi pour but de se réunir et se rassurer. Chez la personne grabataire, la position enroulée ou fœtale a les mêmes fonctions de réassurance et de maintien de la température par un contact peau à peau. La position enroulée donne le sentiment d'exister, elle forme une base narcissique vitale en gériatrie. Le schème d'enroulement est essentiel pour toutes nos activités motrices.

Après 6 mois, les schèmes d'enroulement vont amener à une torsion du buste, pour commencer à explorer les côtés, l'arrière. Elle permet des mouvements d'ouverture sur l'espace, sur le monde. L'enroulement serait une phase narcissique, l'enfant se rassemble, devient unifié.

- Le schème **d'axialité** organise la motricité. L'axe permet une construction de la symétrie et donc de l'espace. Etre dans son axe permet de se situer par rapport à l'autre. C'est la période des 6 mois qui est alors prépondérante, puisque c'est le stade du développement de l'extension de l'axe (l'enfant se tient assis). C'est le premier stade de la position verticale, ce qui amène chez l'enfant une jubilation. La main qui peut se libérer permet d'explorer l'espace environnant. Cela engendre chez l'enfant une capacité à penser et à agir par lui-même. L'axialité serait une phase de construction de l'identité (se construire face à l'autre).

- La **coordination** serait ce qui donnerait du sens. C'est coordonner entre la main et la bouche, mais c'est aussi coordonner des sensations pour aller vers une représentation. L'enfant construit sa base narcissique psychomotrice si tout se passe bien.

¹ Cours de Mme REVEL, première année de psychomotricité.

III. RESTER DEBOUT : LA VERTICALITÉ CHEZ LE SUJET AGÉ

Tenir debout est l'expression de nos forces de vie. Dans sa vie d'adulte, l'homme doit toujours lutter contre cette pesanteur et tenir debout. Cependant avec l'âge, nos forces de redressement déclinent, pouvant amener le corps à se voûter.

3.1. Le vieillissement

Le vieillissement est le cours logique et inévitable du cycle de la vie humaine. Avec les progrès de la médecine, les populations sont de plus en plus vieillissantes. Vieillir n'est pas sans incidence sur l'acceptation de ce corps que je ne reconnais plus, qui me trahit, ou qui ne répond plus. Ainsi, vieillir n'est pas quelque chose de si facile. Parfois, des pathologies peuvent venir accélérer ce processus de vieillissement.

Exemple : Mme A, diagnostiquée avec un syndrome Parkinson, me dit souvent que ce sont ses jambes qui ne veulent pas bouger, et non elle.

3.1.1. Le vieillissement normal

Le vieillissement normal touche tout le monde, même si c'est plus ou moins tard et de façon plus ou moins marquée.

C'est un processus au cours duquel on observe un déclin progressif des structures et des fonctions perceptives. Ce déclin peut jouer un rôle dans la détérioration des fonctions motrices, psychomotrices et cognitives.

Ici, nous traiterons plus spécifiquement des fonctions motrices et psychomotrices liées à la verticalité.

- L'équilibre et la posture

Chez le sujet vieillissant, la perte d'équilibre est une réalité du fait d'un affaiblissement de l'ancrage au sol. Vieillir apporte un sentiment de manque de stabilité, de vertige, d'insécurité lors des déplacements. L'étiologie du manque de stabilité apparaît multifactorielle.

En effet, l'amointrissement des capacités sensorielles du sujet âgé et l'augmentation de son temps de réaction participent à la précarité de son équilibre. Au niveau cérébral, la personne âgée a de plus en plus de difficultés à intégrer les informations du système nerveux central. Au niveau de son architecture osseuse et musculaire, on peut constater une diminution de la force musculaire et une perte de la mobilité articulaire.

Tous ces mécanismes sont modifiés au cours du vieillissement, obligeant la personne âgée à une réorganisation stratégique de sa capacité à maintenir son équilibre et sa posture (glisser les pieds au sol). Des outils substitutifs peuvent de plus être proposés à la personne pour l'aider à maintenir ces postures, cet équilibre. Ainsi, les cannes ou les déambulateurs apparaissent comme de véritables tuteurs pour la personne vieillissante.

- La marche

Au cours du vieillissement, on peut aussi observer des changements de la locomotion.

Les défaillances musculaires et articulaires et une diminution de l'activité neurologique peuvent expliquer ces modifications. Mais elles ne sont pas les seules.

Les effets du vieillissement sur la marche se retrouvent au niveau de :

- La vitesse de déplacement
- Les enjambées
- Les appuis
- La cadence des pas
- La coordination haut/bas du corps

3.1.2. Le vieillissement pathologique

Bien que plus fréquent avec l'âge, le vieillissement pathologique ne touche pas tout le monde.

L'état pathologique est une altération de la santé. Il se manifeste par un ensemble de signes et de symptômes qui peuvent correspondre à des troubles généraux ou localisés, physiques ou cognitifs, ayant des conséquences fonctionnelles et psychosociales.

De ce fait, la perte d'équilibre et la perte d'autonomie dans les déplacements seront plus ou moins accentuées selon les caractéristiques de la maladie.

- La maladie d'Alzheimer :

Cette maladie est découverte en 1906 par Aloïs Alzheimer. Il s'agit d'une affection du cerveau dite « neuro-dégénérative », c'est-à-dire qu'on observe une disparition progressive des neurones servant à programmer un certain nombre d'actions.

La disparition des neurones entraîne une altération des facultés cognitives : mémoire, langage, raisonnement, etc. La progression de ces lésions cérébrales cause d'autres troubles qui vont réduire progressivement l'autonomie de la personne.

La maladie d'Alzheimer apparaît plus souvent chez les personnes âgées, mais elle n'est pas une conséquence normale du vieillissement.

« Le monde est inondé de saints, je veux dire : de martyrs, car je ne distingue pas ces deux mots. Ils se multiplient, chaque jour plus nombreux. On les appelle « malades d'Alzheimer » [...] Leurs yeux sont craintivement ouverts sur l'insondable. Ils sont la proie d'une maladie métaphysique qui dissout le monde. Nous devrions les regarder comme des trésors vivants »¹.

D'un point de vue scientifique, la maladie d'Alzheimer résulte d'un processus pathologique spécifique qui entraîne le développement de deux types de lésions² au niveau du système nerveux central :

- dégénérescences neurofibrillaires : anomalies de la protéine Tau au sein des neurones
- plaques amyloïdes ou « plaques séniles » : dépôt de la protéine Béta amyloïde en dehors du neurone.

¹ BOBIN. C, L'homme-joie, p.133.

² <http://www.francealzheimer.org/la-maladie-d-alzheimer/d%C3%A9finition-de-la-maladie-d-alzheimer/104>

Ces lésions sont longtemps silencieuses, puis elles entraînent des manifestations visibles au fur et à mesure qu'elles se multiplient, touchant des zones importantes pour le fonctionnement cérébral.

Les répercussions psychologiques de cette maladie sont nombreuses et concernent à la fois la personne malade et sa famille. Chacun doit vivre et s'adapter à ce bouleversement majeur.

A l'heure actuelle, c'est l'une des premières causes de dépendance lourde chez le sujet âgé.

*« La maladie d'Alzheimer enlève ce que l'éducation a mis dans la personne, et fait remonter le cœur en surface ».*¹

- L'accident vasculaire cérébral :

L'accident vasculaire cérébral (AVC) désigne l'obstruction ou la rupture d'un vaisseau transportant le sang dans le cerveau. Il en résulte un manque d'apport d'oxygène mettant en danger le fonctionnement d'une ou plusieurs zones du cerveau.

Il existe deux types d'AVC² :

- *L'AVC ischémique:*

L'artère est bouchée soit par une plaque riche en cholestérol (athérosclérose), on parle alors de thrombose cérébrale (40 à 50 % des AVC) ; soit par un caillot de sang venu obstruer l'artère. Il s'agit alors d'une embolie cérébrale (30 % des AVC).

- *L'AVC hémorragique :*

Il est dû le plus souvent à une rupture d'anévrisme. Les tumeurs, les crises d'hypertension et divers troubles de la coagulation peuvent eux aussi entraîner des hémorragies cérébrales.

L'AVC va entraîner le plus souvent une hémiparésie du côté opposé de l'atteinte cérébrale (si c'est le cerveau gauche qui est atteint, alors l'hémiparésie sera du côté droit).

¹ BOBIN.C, La présence pure, p.142.

² <http://www.sante.gouv.fr/qu-est-ce-qu-un-avc.html>

L'AVC touche environ 150.000 personnes en France. Bien que tous les âges soient concernés, sa fréquence augmente avec l'âge. En effet, 75% des personnes ayant fait un AVC ont plus de 75 ans, c'est donc un facteur de risque important.

De plus il entraîne de nombreuses perturbations, tant au niveau moteur que psychique, qui sont difficiles à rééduquer.

Nous verrons dans la partie clinique comment nous pouvons en psychomotricité, travailler avec une personne atteinte d'un AVC en bassin thérapeutique.

- La maladie de Parkinson :

La maladie de Parkinson est une maladie neurologique chronique dégénérative (perte progressive des neurones) affectant le système nerveux central, responsable de troubles essentiellement moteurs d'évolution progressive.

On repère trois caractéristiques de cette maladie :

- L'akinésie : difficulté ou incapacité à initier un mouvement.
- La rigidité : le patient est hypertonique, il ne peut pas se relâcher.
- Le tremblement : c'est l'élément sémiologique caractéristique des syndromes extrapyramidaux. Il s'agit d'une oscillation rythmique relativement lente se produisant alors que le membre est au repos.

Ces trois caractéristiques auront une influence sur la qualité de l'équilibre et de la marche chez les personnes atteintes.

En effet, l'akinésie touche principalement les mouvements nécessitant une préparation et donc une adaptation posturale. Ainsi, la marche du sujet parkinsonien se caractérise par des pas traînants, le poids du corps souvent sur la pointe des pieds. De plus les tremblements accentueront la précarité de l'équilibre.

Qu'il soit normal ou pathologique, le vieillissement est un processus qui touche donc le sujet dans ses capacités à se maintenir debout du fait des modifications des fonctions perceptives, sensorielles et cognitives.

L'équilibre étant touché, le sujet âgé se retrouve face à une situation qu'il redoute : la chute.

3.2. La chute

Les chutes sont fréquentes : plus on vieillit, plus on augmente le risque de chute.

3.2.1. **Étiologie et symbolisation de la chute**

L'étiologie de la chute est multifactorielle. Elle est liée à l'âge qui affecte la qualité et l'intégration des informations venant des différents capteurs de l'équilibration. Il y a aussi la maladie et l'effet iatrogène des médicaments qui représentent 10% des chutes.

La peur de tomber est présente chez 48% des chuteurs. Le fait d'avoir peur de tomber entraîne de mauvais positionnements lors des transferts par exemple du lit, du fauteuil, ce qui provoque des chutes. Le défaut de jugement (hauteur du chariot, glissade, déplacement dans la nuit...) augmente aussi les risques de chutes.

Voici à présent quelques résultats d'un sondage effectué auprès des personnes âgées de l'EHPAD où je suis en stage le vendredi :

Qu'est-ce que la chute représente pour vous ?

- « *Si je tombe, je suis morte.* » **Marie 90 ans.**
- « *Il vaut mieux ne pas tomber, sinon je ne pourrai vraiment plus bouger. Donc je dirais l'immobilité* » **Cathy 86 ans.**
- « *Ne me parlez pas de chute, sinon ça va m'arriver !* » **Paulette 82 ans**

La chute a de multiples représentations pour le sujet âgé. Elle peut être synonyme de peur, associée à un sentiment d'insécurité, d'inquiétude, d'angoisse. Il peut s'agir de la fin de quelque chose, comme la mort par exemple qui renvoie à une sensation d'impuissance. Ceci amène à la symbolique de la mise en terre (la tombe), tomber sur le sol, tomber dans la terre.

Tomber peut signifier repartir en enfance, ne plus pouvoir tenir debout. Elle peut aussi représenter un état de dépression qui aggrave la régression psychomotrice.

3.2.2. La chute du point de vue de la verticalité

Les chuteurs, pour se relever du sol, réactivent les schèmes psychomoteurs du redressement acquis dans leur enfance. Cette actualisation est sous-tendue par un travail proprioceptif éveillant la conscience sensorielle.

Les trois schèmes du redressement¹ sont :

- **S'enrouler** : Nous nous sommes développés dans la sécurité de l'enroulement contre l'appui de la paroi utérine. A tous les âges de la vie, se rassembler est un moyen d'unification. Quand nous nous enroulons, nous recentrons nos forces pour diminuer l'effort, comme peuvent l'expérimenter les personnes âgées que nous invitons à se mettre dans une position d'enroulement. L'enroulement permet une détente du dos, prépare aussi à s'asseoir. De plus, on peut se mettre debout par l'enroulement.
- **Se retourner** : La colonne vertébrale met en relation le bassin et le crâne. Le retournement permet la coordination des épaules et des hanches vers un mouvement spiralé. Faire ce mouvement aide à accéder à la position debout. Si on demande à la personne âgée de se lever ainsi, c'est plus facile pour elle car plus naturel. Ce sont l'œil et la main qui commandent le mouvement, la main devient le guide.
- **S'appuyer** : Pour se redresser et se mettre debout. Le repoussé participe au redressement.

Pour se relever ou se mettre debout, la personne âgée reprend les mêmes étapes que celles par lesquelles passe le jeune enfant. Elle devra réactiver ce qu'elle avait engrangé petite.

IV. VERTICALITÉ ET CONSCIENCE CORPORELLE

*« J'aime appuyer ma main sur le tronc d'un arbre devant lequel je passe, non pour m'assurer de l'existence de l'arbre, dont je ne doute pas, mais de la mienne ».*²

¹ G.PONTON, ateliers du cami-salie, Pau.

² C.BOBIN, la présence pure, p 133.

« Enfin, debout.¹ ... Pour la première fois debout : j'entamerai ma longue marche... Celle qui annonce tous les hommes. Tous les hommes. J'ai dit: tous! Ceux d'ici, ceux d'ailleurs, ceux de chaque lendemain. Ceux qui espèrent que je devienne pour devenir. Ceux qui attendent pour exister que j'existe... [...] Debout mes bras libérés du sol, mes mains affranchies éveilleront, peu à peu, ce cerveau somnolent, jusqu'à l'amorce d'une pensée continue, créatrice ».

Synthèse partie I :

Le travail de la verticalité et du redressement apparaît comme un axe thérapeutique important dans le domaine de la gériatrie. Bien que notre corps soit conçu pour tenir debout, vieillir n'est pas sans conséquences sur cette position. Ainsi chez le sujet vieillissant, tenir debout semble compromis et peut être même source de chute. L'intégrité psychocorporelle du sujet âgé est alors touchée.

De ce fait, le psychomotricien devra trouver la médiation psychomotrice adaptée pour un travail autour de la verticalité et de l'axe corporel auprès des aînés, en évitant de les mettre en situation d'échec.

¹ A.CHEDID, Lucy la femme verticale

« Ma canne est mon tuteur, comme le tuteur des tomates qui rougissent au soleil. Si je ne l'ai pas, je tombe et je ne pourrai plus aller là où je souhaite. Je deviendrai l'emmerdeuse du monde ».

Cathy, 86 ans, résidente en EHPAD.

PARTIE II : UN ÉLÉMENT, UNE MÉDIATION : L'EAU

I. L'EAU, UN ÉLÉMENT VITAL

L'eau est un constituant essentiel, aussi bien pour les végétaux que pour les hommes. Elle alimente la sève des plantes qui transporte les éléments nutritifs indispensables à leur croissance. Chez les hommes, elle irrigue chaque cellule. Elle leur apporte des substances nutritives et les débarrasse des déchets et des toxines. Privés d'eau, une plante ou un homme ne peuvent survivre très longtemps.

1.1. La part de l'eau dans le corps humain

Un homme peut survivre plusieurs semaines sans manger. Privé d'eau, il est condamné au bout de deux jours seulement.

Élément vital au même titre que l'air que nous respirons, l'eau nous est donc indispensable, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'elle est le principal constituant du corps humain. La teneur en eau est de 75% chez le nourrisson, de 60% pour un adulte et passe à 55% pour les personnes âgées.

1.1.1. L'eau source d'apports en sel minéraux

C'est aussi dans l'eau que notre corps puise une partie des sels minéraux et des oligo-éléments qui interviennent dans le métabolisme et le bon fonctionnement de notre corps.

A ce titre, l'eau contribue directement à notre bien-être et à notre santé. Les vertus thérapeutiques de certaines eaux minéralisées sont connues depuis l'Antiquité.

Chaque fois que nous éliminons de l'eau notamment par la transpiration et la miction, nous perdons aussi une partie de ces sels minéraux et de ces oligo-éléments. Notre organisme étant incapable de synthétiser ces différentes substances, nous devons donc compenser ces pertes par l'alimentation et la boisson.

1.1.2. Les fonctions de l'eau dans notre organisme

Notre vie commence dans l'eau. Par la suite, l'eau diversifie ses fonctions. Elle nous aide à respirer et à nous protéger des microbes.

L'eau est à la fois un élément :

- **Transporteur** : Dans la respiration par exemple, l'eau transporte des globules rouges et dissout les gaz.
- **Energéticien** : rôle considérable dans le fonctionnement de notre corps. Elle intervient dans la régulation thermique et aide au maintien d'une température constante à l'intérieur du corps par le biais de la transpiration.
- **Penseur et messager** : Elle fabrique les ions nécessaires au système nerveux. 82 % de notre cerveau est composé d'eau, cette dernière transmet les influx nerveux et les hormones.
- **Architecte** : L'eau fabrique les nutriments, globules, cellules nécessaires à l'irrigation de la peau. Elle structure la matière vivante grâce aux mécanismes hydrophiles et hydrophobes. Elle nous donne forme.

1.2. La symbolique de l'eau

Nous sommes nés dans l'eau, nous sommes faits d'eau, nous baignons dans l'eau. Le cycle de l'eau est cycle de vie. L'eau remémore en nous des sensations enfouies et permet un retour à nos racines, à notre origine.

1.2.1. L'eau destructrice

L'eau prend cet aspect-à lors des inondations et tsunamis. Dans ces circonstances, l'eau est souvent cause de mort et de destruction, génératrice d'angoisses. Cette notion ne sera pas à négliger lors de la prise en charge en balnéothérapie et demandera une grande vigilance.

1.2.2. L'eau curative et/ou sacrée

Du point de vue de la science, les propriétés curatives de l'eau ont été démontrées puisqu'aujourd'hui l'hydrothérapie est courante dans les soins de certaines maladies (cures thermales...). A noter aussi dans certaines croyances, le caractère sacré de l'eau (Baptême...), voire même source de guérison (pèlerinages à Lourdes).

II. LA MÉDIATION EAU

2.1. La médiation : un champ d'intervention en psychomotricité

2.1.1. Définition d'une médiation :

La médiation est une pratique qui permet l'intervention d'un tiers pour faciliter la communication dans les relations. Ce tiers neutre, indépendant et impartial, est appelé médiateur. Ce médiateur est présent pour faciliter la relation ou la compréhension d'une situation. C'est un moyen d'expression pour le patient.

2.1.2. Objectifs

Les objectifs d'une médiation sont nombreux :

- Favoriser l'expression, la créativité, un vécu corporel
- Proposer un espace de sensations, de perceptions, un sentiment d'être présent à soi
- Investir un plaisir du corps et du mouvement
- Encourager la sensibilité sensorielle et l'émotion, engageant la globalité de la personne
- Proposer des jeux propices à la structuration de soi

2.1.3. La médiation « eau » en psychomotricité.

L'eau est devenue l'une de nos alliées thérapeutiques les plus fidèles en psychomotricité.

Selon Catherine POTEL¹, l'eau peut être :

- Un espace transitionnel privilégiant la relation, un lieu déterminant un objet d'investissement intermédiaire
- Une aire de jeux permettant des explorations psychomotrices structurantes
- Un lieu de rencontre dans un autre monde plus proche et plus intime
- Un travail rééducatif permettant un réengagement fonctionnel du corps

Denis GRABOT² dira que « *l'espace transitionnel va devenir le lit des thérapies à médiation corporelle menées par les psychomotriciens* ».

¹ C.POTEL, le corps et l'eau, p.39

² Denis GRABOT, Être psychomotricien de Catherine POTEL p.39

La médiation « EAU » est donc une aide pour le psychomotricien qui va l'utiliser à des fins thérapeutiques ou rééducatives, en ayant toujours pour objectif l'expression et la créativité corporelle du patient. Dans l'eau, le corps du patient comme celui du thérapeute est engagé. Un lien se crée qui participe fortement au processus thérapeutique, selon la capacité à écouter les émotions liées aux vécus et éprouvés corporels. Tous les effets de l'eau entraînent une modification des référentiels neurologiques, une (re)mobilisation des fonctions psychomotrices, une réorganisation de la conscience corporelle de soi. La rencontre reste alors un temps à créer à deux, un temps inscrit dans une recherche de plaisir, mais aussi une façon pour la personne accompagnée de rester acteur de sa propre histoire.

2.2. Les caractéristiques de l'eau

2.2.1. Résistance et fluidité

Il est dit qu'un corps en mouvement dans un liquide subit une résistance qui s'oppose à son déplacement. Cette résistance engendre la contraction musculaire pour que le corps s'ajuste. De ce fait, l'eau va jouer un rôle dans l'équilibre et le déséquilibre du corps, réactivant les schèmes moteurs de la marche, la marche étant une succession de déséquilibres et rééquilibrages.

L'ambivalence de l'eau est ici visible : si l'eau offre une certaine résistance, elle est aussi très fluide.

2.2.2. Pression et allègement

L'eau exerce une pression sur la surface du corps qui est en immersion : il s'agit de la pression hydrostatique. L'intérêt de cette pression est de venir stimuler toutes les parties du corps immergées, permettant ainsi de ressentir les contours de la peau et les limites du corps.

Un autre paradoxe de l'eau est que, bien qu'exerçant une pression sur le corps immergé, l'eau allège le poids du corps, amenant une modification des informations proprioceptives données par les muscles et les articulations. Dans l'eau, le patient peut ainsi faire des mouvements qu'il ne peut pas faire à l'air libre. L'eau lui donne une plus grande liberté d'action et de mouvement. Certaines personnes ne pouvant se déplacer « à l'air libre » pourront marcher dans l'eau, prendre les escaliers plus facilement. Cela peut apporter une plus grande confiance en soi et déboucher sur une prise d'initiative d'autant plus rassurante que l'eau amortit la chute.

2.2.3. Contenance et enveloppement

L'eau contient, enveloppe et s'ajuste au corps de l'individu, lui permettant de percevoir ses propres limites corporelles. Elle permet de délimiter le dedans et le dehors du corps, de former comme une deuxième enveloppe soulignant ainsi les qualités de contenance du corps.

En s'adaptant à la morphologie du corps, l'eau permet au patient d'éprouver une certaine unité corporelle dynamique et solide.

Remarque :

En balnéothérapie, cette notion d'enveloppement est à nouveau vécue en fin de séance : quand la personne sort de l'eau, elle apprécie de se sentir enveloppée, mais cette fois-ci dans une grande serviette de bain.

« L'eau est contenante pour le corps, porteuse maternelle, vectrice d'illusions et de transitionnel. Elle est propice aux échanges et à la communication entre soi et les autres. Elle détermine un espace de communication où les conflits peuvent se jouer de manière forte, intense, où toute la dimension ambivalente de la relation va pouvoir s'exprimer ».¹

2.2.4. Subjectivité de l'eau

Chaque individu a son histoire personnelle et subjective avec l'eau car les expériences vécues sont ancrées en nous. Cet aspect subjectif joue un rôle dans la relation avec l'élément « eau », et chaque ressenti est unique. Néanmoins cette subjectivité est en perpétuel remaniement. L'eau peut être vécue comme support au jeu et à l'expérimentation ou, à l'inverse, comme une angoisse avec menace d'intrusion ou de destruction.

Vignette clinique :

*Cet aspect de l'eau me fait penser à **Mme G**, paraplégique, que je rencontre en balnéothérapie tous les mercredis matin. **Mme G** a vécu au Liban une expérience traumatisante en mer. A l'âge de huit ans, son père la laisse un peu loin du rivage et lui demande de revenir à la nage. Depuis **Mme G** a développé une phobie de l'eau. Malgré cela, désireuse de remarcher, elle acceptera une prise en soin en bassin thérapeutique et prendra même du plaisir à remarcher avec la psychomotricienne et moi-même. Elle va apprendre à nous faire confiance et attendra avec impatience chaque séance.*

¹ C.POTEL, le corps et l'eau, p.55-56

2.2.5. Malléabilité et Indestructibilité

L'eau est un élément malléable et transformable à l'infini avec cinq qualités spécifiques : une capacité à se transformer indéfiniment, une extrême sensibilité, une indestructibilité, une disponibilité inconditionnelle, et enfin une capacité d'animation propre.

Cette malléabilité permet d'expérimenter une liberté de mouvements, amenant la personne âgée à investir son corps autrement.

2.2.6. Variabilité de la température

La température de l'eau participe ou non à la détente du patient. En effet, l'eau du bassin thérapeutique est d'environ 35° degrés, soit la température approximative du corps humain (33° en externe et 37° en interne).

2.2.7. Effet « écho »

Lorsqu'on travaille dans l'eau, qu'on impulse un mouvement dans l'eau, l'eau vient faire écho à ce mouvement. Elle l'accompagne et permet de le renforcer sans effort. L'effet écho soutient le mouvement, il l'accompagne et donne l'impression que le corps est en résonance avec l'eau.

Tous les effets de l'eau entraînent une modification des référentiels neurologiques, une (re)mobilisation des fonctions psychomotrices, et une réorganisation de la conscience corporelle de soi.

2.3. Les modalités psychomotrices de l'eau

2.3.1. Sensorialité

L'être humain possède 5 sens qui sont les médiateurs entre nous, notre intérieur et l'environnement. Les organes sensoriels que sont les yeux, les oreilles, la bouche, le nez et la peau, donnent des informations sur ce que l'individu ressent lors de ses expériences. Grâce à des récepteurs spécifiques, il peut s'approprier la sensation, la percevoir et dire si elle est bonne, plaisante ou désagréable.

Dans l'eau, ces organes des sens sont en éveil. L'eau est un lieu de corps vécu où les sensations sont plus riches que dans le milieu aérien.

Dans un premier temps, la température de l'eau sera la première chose que nos capteurs sensoriels perçoivent lorsque l'on rentre dans un bassin thérapeutique. L'eau à température ambiante du corps permet la détente. Quand l'eau n'est pas assez chaude, la personne âgée s'en rend compte immédiatement. C'est ainsi que **Mme A** me dira souvent que l'eau est froide (33°) et qu'elle va « *attraper mal* ». C'est pourquoi il est important de maintenir la température de l'eau à environ 35°.

Dans un deuxième temps, en immersion, l'eau participe à la délimitation du corps entre le dedans et le dehors, permettant par ce contact de retrouver une part de son identité. En effet, le toucher de l'eau peut renvoyer aux gestes de soins que la mère prodiguait à son bébé. Cependant pour certains, le toucher peut être vécu comme angoissant voire mortifère. C'est le cas de **Mme G** que nous retrouverons en étude de cas.

2.3.2. Unité et conscience corporelle

Comme énoncé précédemment, l'eau contient, enveloppe et participe à délimiter les frontières de notre corps. De par sa matière fluide, l'eau est en contact direct avec la peau, ce qui amène à un sentiment d'unité. Cela peut faire référence au premier temps de la vie du bébé, où le contact peau à peau mère/bébé permet peu à peu d'intégrer la conscience d'une limite moi/autrui. De ce fait, l'eau peut permettre au patient âgé de percevoir son corps comme existant et unifié, et d'avoir conscience que c'est lui qui agit. En effet, c'est par le mouvement que la personne se sent exister et se différencie de ce qui l'entoure.

Chez la personne âgée, cette sensation d'unité corporelle est souvent déficiente car ayant souvent une position quasi-statique toute la journée, la sensation d'unité s'en trouve diminuée.

Les séances en bassin thérapeutique vont permettre à certains patients de se détacher de ce « corps fauteuil » pour retrouver une conscience corporelle propre.

2.3.3. Appuis et Verticalité

La verticalité en milieu aquatique entraîne des sensations très différentes de celles éprouvées à l'air libre, car l'eau déstabilise par sa résistance et son effet "écho". Les fonctions d'équilibration sont ainsi sollicitées.

En réponse à cette pression de l'eau, des variations de la posture et des rééquilibrages seront mis au travail pour renforcer la perception de l'axe vertébral, de la ceinture abdominale et du centre de gravité. Les déséquilibres dans l'eau permettent aussi de mieux ressentir la voûte plantaire et de retrouver de bons appuis. La marche à reculons sera ici utilisée pour essayer de ressentir toute la zone dorsale.

La verticalité et les déplacements deviennent possibles grâce aux propriétés d'apesanteur de l'eau. Le contact au sol assure alors un sentiment de sécurité et de maîtrise du corps, d'autant plus que la personne est pieds nus dans l'eau.

2.3.4. Le corps en mouvement

La psychomotricité est une discipline du mouvement. Elle observe comment le corps est engagé dans l'action et comment l'individu investit son corps. De par ses propriétés physiques, l'eau est facilitateur de mouvements et offre au corps une certaine liberté d'action.

Chez la personne âgée pour qui la mobilité est réduite, l'eau devient une aire d'expérimentation motrice, vecteur de bien-être et de renarcissisation. Dans un contexte ludique, elle permet aussi d'observer la spontanéité de l'engagement du corps dans l'action.

Vignette clinique :

Mme P, âgée de 84 ans, est perclue d'arthrose, ce qui l'empêche de bouger, de marcher, de tourner la tête, de lever les bras et même de bouger les doigts des mains. Elle est donc toute la journée assise en fauteuil roulant. Je la rencontre pour la première fois lors d'un atelier "Gym douce" et je me rends compte alors de ses difficultés à réaliser des mouvements simples comme par exemple décoller le pied du sol. Le mercredi suivant, je retrouve Mme P lors d'une séance en bassin thérapeutique. Elle ne désire pas utiliser la chaise hydraulique pour descendre dans l'eau. Elle choisit de descendre par l'escalier (7 marches) avec l'aide de la psychomotricienne. Une fois dans l'eau, à ma grande surprise, elle marche seule et sans aucun soutien. Tout en s'aidant par des mouvements de brasse, Mme P se déplace en marche avant/arrière/latérale et son visage rayonne.

L'eau a donc la faculté de mettre le corps en mouvement, Catherine POTEL¹ dira que « l'eau transmet tout ce qui est mouvement ».

¹ C.POTEL, le corps et l'eau, p.55

2.3.5. Variations toniques

Des états d'hypertonie ou d'hypotonie sont repérables dans l'eau. La température à 35° favorise un relâchement musculaire, tandis que l'anxiété liée à l'eau peut amener certaines personnes à une contraction musculaire involontaire.

Ainsi le tonus et ses variations se font le porte-parole de nos états émotionnels.

2.4. Quelques indications thérapeutiques en gériatrie

- Recherche de plaisir et de mieux être chez la personne douloureuse :

Par le toucher et le porter de l'eau, la notion de plaisir et de bien-être est le premier objectif pour des personnes ayant investi un vécu corporel douloureux. Pour exemple, **Mme P** souffre de douleurs arthrosiques très invalidantes : elle pourra se déplacer dans l'eau car ses douleurs seront atténuées par la chaleur de l'eau et l'allègement du poids de son corps.

- Détente musculaire chez les personnes rétractées :

Offrir un portage sécurisant et contenant en eau tiède permet d'éveiller le corps à de nouvelles sensations. Pour favoriser une détente globale, la personne (en décubitus dorsal) est soutenue généralement sous les aisselles, tête reposant sur l'épaule du psychomotricien. Cette détente permettra à des personnes "en position fœtale" une ouverture corporelle voire psychique.

- Rééducation à la marche :

Troubles de l'équilibre, surcharge pondérale, syndrome post-chute, suivi post-fracture... Marcher en milieu aquatique permet souvent de lever l'appréhension de la chute et de retrouver une certaine autonomie.

- Réappropriation du corps pour les personnes hémiplegiques :

En sollicitant le côté hémi-négligent, les déplacements en semi-apesanteur vont mettre au travail l'axe vertébral, les appuis, le repoussé du sol. L'eau aide à se réapproprier son corps et favorise l'unification des perceptions corporelles. La transparence de l'eau est un atout visuel majeur.

- Accompagnement et valorisation pour les personnes en perte de repères :

Le cadre de soin est déjà en lui-même un repère, un lieu bien délimité (salle, le contour du bassin, l'espace de l'eau dedans/dehors...). L'eau permet de rejoindre la personne désorientée ou démente là où elle en est.

Dans ses effets d'enveloppement, l'eau permet que se rejouent d'une autre façon des relations de portage, de contenance, de perceptions et limites corporelles, de confiance en soi et en l'autre. Ces effets auront peut-être un impact sur la (re)construction de l'image du corps, et sur la (re)valorisation de soi.

Le contact visuel est ici un élément réassurant du soin psychomoteur. Il favorise l'échange, l'écoute et le dialogue, en verbalisant le travail effectué ou en reformulant des émotions émergentes, nommées ou non par la personne accompagnée.

2.5. Les limites de cette médiation

Les limites à cette médiation amènent de réelles contraintes.

2.5.1. Limites physiologiques

L'incontinence serait la première limite de cette médiation et les contre-indications médicales en sont une autre (dermatoses, infections urinaires, problèmes cardiaques, syndromes infectieux, troubles confusionnels majeurs, plaies importantes...).

A noter aussi que la profondeur du bassin, 1m30, rend difficile le travail d'ancrage au sol surtout pour les personnes de petites tailles.

2.5.2. Limites humaines et institutionnelles

La médiation exige toute une organisation impliquant divers professionnels (aides-soignants, agents techniques, psychomotriciens) dépendants les uns des autres. De plus, la préparation des résidents avant et surtout "après" la séance demande du temps, d'autant qu'il n'y a pas de soignant détachable pour le rhabillage. Ce manque d'aide se fait aussi ressentir lors des transferts fauteuil/chaise hydraulique.

Vignette clinique :

M. F est un homme corpulent pour qui les séances de balnéothérapie sont très bénéfiques. Il a de plus en plus de mal à effectuer les transferts de son fauteuil roulant au fauteuil hydraulique. La psychomotricienne ne peut effectuer seule ce transfert. Pour l'instant elle est aidée par Thomas (kinésithérapeute libéral) qui participe à cette prise en soin. Mais sur le long terme Thomas ne sera plus là. Se posera alors la question de poursuivre ou d'interrompre cette médiation pour M. F ?

2.5.3. Limites techniques

Le bassin thérapeutique est très réglementé avec des normes à respecter (taux de Ph et chlore). Or ces taux dépendent de pompes et autres moyens techniques et mécaniques qui peuvent tomber en panne, interrompant alors la prise en soin.

J'ai pu expérimenter cette limite à plusieurs reprises durant mon stage : un défaut de Ph trop élevé, mais aussi une panne de pompe juste avant les vacances de fin d'année.

Synthèse partie II :

De par ses spécificités, la médiation EAU apparaît comme un outil thérapeutique très intéressant pour le psychomotricien, venant ainsi potentialiser notre travail. Cependant, nombreuses sont les limites qui peuvent compromettre la régularité des séances et donc réduire le bénéfice de ce type de prise en soin. La patience est une des qualités premières du psychomotricien.

**« J'aime être dans l'eau,
juste pour me reposer et me sentir flotter ».**

Raymonde, 94 ans, résidente en EHPAD

PARTIE III : VERTICALITÉ, EAU, PSYCHOMOTRICITÉ

I. LA PSYCHOMOTRICITÉ : UNE MÉDIATION DE LA RELATION

1.1. Le lien patient / thérapeute en psychomotricité

La psychomotricité est avant tout une rencontre. Une rencontre entre deux êtres qui ont leur propre affect et fonctionnement. Lors de cette rencontre, les sentiments, les émotions et l'engagement physique, vont se croiser et chacun devra composer avec ce qu'il reçoit et perçoit de l'autre.

De cet échange émotionnel et corporel naîtra une relation entre le patient et le psychomotricien. Il est primordial pour une prise en soin en balnéothérapie que cette relation patient / psychomotricien soit basée sur la confiance.

Le psychomotricien doit établir une relation sécurisée car si l'eau est source d'anxiété pour le patient, le psychomotricien sera présent pour repérer et gérer ses états émotionnels. Sans confiance, la prise en charge semble compromise.

Lors des séances en balnéothérapie, la psychomotricienne demandera toujours aux patients si ma présence ne les dérange pas et s'ils sont d'accord pour m'inclure dans cet espace de relation. A ce jour, aucun patient n'a refusé.

1.2. La question du portage et du holding psychomoteur

La question du portage renvoie à la fonction « *phorique*¹ » décrite par Pierre DELION pour parler du cadre thérapeutique en psychomotricité. Cette fonction vise à porter le patient sur ses épaules tant qu'il ne peut pas se porter lui-même. L'eau participe à cette fonction. Ceci fait référence à la notion de holding de D.WINNICOTT², qui vise à maintenir dans la durée et le temps une expérience vivable et donc intégrable pour le bébé.

Dans l'eau, le psychomotricien doit avoir cette fonction de holding, en portant parfois la personne pour lui faire ressentir des sensations qu'elle ne peut pas expérimenter seule.

¹ Cours de 3^{ème} année de Madame Anne-Marie LATOUR

² Cours de 1^{ère} année à l'IFP Bordeaux.

Dans l'eau le patient est doublement porté, d'une part par l'eau, d'autre part par le psychomotricien. Le patient est porté par le psychomotricien qui doit être d'abord présent à lui-même pour être présent à l'autre.

Chez la personne âgée, la notion de holding est d'autant plus importante que celle-ci n'a plus aucune confiance dans son corps qui se dégrade et qu'elle ne reconnaît plus comme le sien.

1.3. Le dialogue tonico-émotionnel

A la naissance, l'enfant perçoit les variations de l'état affectif ou de la disponibilité physique et psychique de sa mère. Et dans le même temps, celle-ci constate les modifications tonico-émotionnelles de son enfant : H.WALLON¹ parle alors de dialogue tonico-émotionnel. De véritables adaptations toniques et posturales se mettent en place entre les deux partenaires permettant une régulation émotionnelle.

Les émotions essentiellement fonction d'expression et fonction plastique ont une formation d'origine posturale et pour étoffe le tonus musculaire. La diversité des émotions est liée à l'hyper ou l'hypotension du tonus, et à son libre écoulement en gestes et en actions.

Ces réactions posturales, qui constituent les émotions, peuvent se révéler aussi dans l'eau. On est à la fois spectateur de ses propres émotions et sensible à l'effet communicatif chez les autres. L'eau multiplie par deux nos affects car elle possède la caractéristique de refléter ce que l'on est.

Le sujet âgé dépendant est particulièrement sensible au dialogue tonico-émotionnel. Ce langage universel est le premier et dernier mode de communication.

Dans les séances de balnéothérapie, ce mode de communication est très utilisé, surtout avec des personnes âgées ayant été victimes d'un AVC du côté gauche du cerveau et qui a donc atteint les aires du langage verbal.

¹ <http://psychomotortho.forumpro.fr/t41-theories-psychologiques-et-psychanalytiques>

II. LA VERTICALITÉ DU POINT DE VUE PSYCHOMOTEUR

2.1. La respiration

La respiration est habituellement automatique, mais elle peut aussi être conduite de façon contrôlée. Elle est donc une activité à l'interface entre la spontanéité et la volonté, entre le dedans et le dehors, avec toute la coloration psychoaffective qu'induit cette idée. Lors de l'inspiration, le diaphragme et les muscles thoraciques sont sollicités, ainsi que les muscles inspireurs accessoires qui vont permettre l'ouverture de la cage thoracique.

La respiration est directement concernée par les manifestations d'ordre émotionnel, les émotions laissant leur empreinte dans la manière de respirer. Il n'y a pas de bonne façon de respirer. Il s'agit plutôt d'accorder au mieux la respiration à la situation.

La respiration est essentielle pour aider le patient âgé dans un travail autour du redressement. En effet, l'ouverture thoracique participe automatiquement au redressement du tronc, et permet à la personne âgée d'avoir une perception de son dos en accentuant la lordose lombaire. L'expiration, quant à elle, permet au corps de retrouver une sensation d'enroulement de toute la colonne vertébrale. En inspirant, nous nous ouvrons. En soufflant, nous rassemblons nos forces.

Au cours des années, la respiration façonne le corps, en lien avec le développement tonico-postural. Notre manière de respirer donne des indications sur notre manière d'être au monde.

A noter que la respiration peut avoir une incidence sur l'état tonique de la personne.

2.2. L'enroulement

L'enroulement nous replace dans la position de fermeture autour du centre, en rassemblant nos membres vers l'intérieur de nous-mêmes. Nous percevons alors la sensation d'unité par le rassemblement des extrémités. C'est le premier schème dans le déroulement normal de l'enfant. A partir de cet enroulement, l'enfant va s'appuyer pour se redresser. S'enrouler et se dérouler permet de construire la conscience de l'axe corporel et permet d'en faire son intégration. Cela permet aussi de percevoir une structure solide, un support fiable favorisant la station debout.

Chez les personnes âgées cette notion d'enroulement est à travailler car elle est souvent négligée. S'enrouler lorsqu'on est âgé, c'est se réunifier, reprendre conscience de son centre et de son unité. Ce retour sur soi est une étape fondamentale car elle est à la base du redressement.

2.3. L'appui visuel

D'après Alain BERTHOZ¹, le mouvement spiralé place les yeux à la fin de la chaîne musculaire de la torsion. Notre regard permet d'anticiper nos déplacements dans l'espace et d'adapter nos postures à notre action.

Chez les personnes âgées, on se servira du regard comme point d'appui au redressement. En effet, le fait de faire regarder vers le haut impulsera automatiquement un redressement.

Ainsi lors des déplacements dans le bassin, je demanderai systématiquement à la personne de me regarder pour engendrer dans un premier temps un redressement de la tête, puis du buste.

De plus on remarque que chez les sujets âgés, l'appui du regard offre un véritable pont de sécurité, surtout lorsque l'eau est source d'anxiété.

2.4. Le retournement

L'être humain est organisé autour de son axe qui est un axe de rotation. Cet axe va permettre des mouvements unificateurs de l'avant et de l'arrière du corps comme dans l'enroulement, mais aussi des mouvements de gauche et de droite dans le retournement.

Le retournement s'appuie sur la conscience d'un centre. Il permet d'expérimenter un espace plus grand et de découvrir ce qu'il y a autour de nous. Ce mouvement de retournement n'est possible que par dissociation des parties du corps et des différentes directions, comme le bas/haut et droite/gauche.

Chez les sujets âgés, cette dissociation est déficiente. C'est pourquoi un travail autour de la dissociation des sphères du corps est important pour que la personne puisse se retourner et éventuellement intégrer cette dissociation.

Il est important d'inviter le patient à se retourner avant de se lever et avant de s'asseoir.

2.5. Le repoussé du sol

L'homme s'extrait du sol en prenant appui et en repoussant, réactivant ainsi les schèmes moteurs du redressement. En offrant stabilité et résistance le sol devient un nouvel élément organisateur de notre motricité.

¹ BERTHOZ, A. « le sens du mouvement. »

Tenir debout n'est possible que si le sol offre une résistance à notre poids, et s'il permet de prendre appui pour un ancrage au sol. Cet ancrage est d'autant plus important pour le sujet âgé, car il lui confère un sentiment de sécurité. Le patient aura besoin d'expérimenter la solidité du sol pour organiser son tonus musculaire qui gèrera son équilibre debout et lui redonnera confiance.

Face à la diminution de ses forces de redressement, la personne âgée s'accroche et s'agrippe par peur de la chute. Ainsi, le réflexe du grasping va devenir réflexe en gériatrie.

Les exercices de repoussé du sol sont essentiels lors des séances de balnéothérapie, d'autant plus que marcher est souvent un désir récurrent chez la personne dépendante. Dans l'eau le repoussé est facilité par la pesanteur ce qui amène à une sensation d'aisance et de liberté.

III. OBJECTIFS DE TRAVAIL DE VERTICALITÉ DANS L'EAU EN SÉANCE PSYCHOMOTRICE AVEC UN SUJET ÂGÉ

3.1. Le redressement physique

3.1.1. Marcher : Un jeu d'équilibres et de déséquilibres

La marche est la fonction la plus sollicitée dans l'eau. En effet le premier souhait des personnes âgées dépendantes est de pouvoir continuer à marcher.

Dans l'eau, le travail de la marche est facilité par l'aspect malléable de l'eau. Le poids du corps est allégé et devient plus facile à mobiliser. L'objectif est de permettre à la personne d'expérimenter les différentes marches et de retrouver du plaisir à se déplacer par elle-même.

La personne pourra expérimenter la marche en se tenant à la barre de maintien le long du bassin. On va ensuite l'inviter à lâcher la barre en lui proposant un soutien humain ou matériel (flotteurs) pour se déplacer. Elle va ainsi éprouver différents appuis et trouver des stratégies d'équilibration sollicitant ses fonctions cognitives.

A noter que l'état émotionnel engendré par la marche sera différent si la personne est au bord ou au milieu du bassin. Être loin du bord est source d'anxiété pour certaines personnes. Pour les rassurer, on pourra mettre dans l'eau des objets (tapis flottant, balles...) qui meubleront la surface de l'eau.

Certaines personnes peuvent se déplacer dans le bassin sans aucune aide alors que hors de l'eau, elles ne peuvent quitter leur fauteuil roulant ou leur déambulateur sans chuter.

Ces outils substitutifs se retrouvent dans l'énigme du Sphinx : « *Qui a quatre pattes au début de sa vie, a 2 pattes lors de sa plénitude, a 3 pattes sur son déclin* » ? Au même titre que la canne, l'eau pourrait être cette 3^{ème} patte qui survient lors du déclin.

C'est ainsi que l'eau apparaît comme un outil majeur dans le maintien de la marche et de l'équilibre chez la personne âgée. De plus, marcher améliore l'image de soi et préserve l'autonomie. On retrouve ici la notion de plaisir dans l'agir.

A noter que marcher est un facteur de prévention¹ en EHPAD, notamment pour éviter les phlébites. Marcher joue aussi un rôle sur la fonction respiratoire, sur le système nerveux central et périphérique, ainsi que sur les nerfs moteurs.

3.1.2. Travail des appuis plantaires

Dans l'eau, les appuis plantaires peuvent être utilisés dans un plan horizontal, contre la paroi du bassin thérapeutique ou encore contre le psychomotricien.

Ils peuvent aussi être mis en œuvre en position verticale. A noter que leur composante statique est alors beaucoup moins ancrée qu'en milieu aérien (allègement du poids du corps).

En position debout, on peut repérer plusieurs appuis : stables permanents, stables complémentaire, instables².

Les appuis stables permanents

Ce sont les pieds au fond du bassin qui nous permettent d'être debout dans l'eau, équivalant à la station debout aérienne. Cependant, dans l'eau, on observe un élargissement du polygone de sustentation et de nombreux réajustements posturaux permettant de tenir de façon stable.

En position debout, c'est par des appuis stables que la personne âgée va garder une sensation de sécurité. En touchant le sol, les pieds donnent des repères et permettent de maintenir les organes sensoriels et respiratoires hors de l'eau.

Ces appuis sont la référence posturale et psycho-sensorielle du sujet âgé, lui redonnant un sentiment d'appartenance à la lignée humaine. Il n'est plus assis dans son fauteuil roulant ni agrippé à sa canne, mais simplement debout sur ses deux pieds.

¹ Y.Gineste et J.Pellissier, Humanitude, p234-235.

² Appuis décrits par M.BOUTON, psychomotricien.

Au fur et à mesure des séances, la qualité de ses appuis plantaires évolue. Si ces appuis lui font défaut, il se saisira d'appuis complémentaires tels que les bords du bassin.

Toutefois, des positions comme à genoux ou assis dans l'eau pourront aussi être considérées par la personne comme stables car elles offrent une sensation statique verticale suffisamment stable et sécurisante.

Les appuis stables complémentaires

Ayant vécu une expérience traumatisante avec l'eau lorsqu'elle était jeune, Mme G angoisse lorsqu'elle marche seule dans le bassin. C'est pourquoi elle s'agrippe à la barre le long du bassin et n'arrivera pas à s'en détacher.

On remarque ici que la barre ou les appuis complémentaires sont recherchés lors des moments d'insécurité et de peur, en complément des appuis plantaires. Quand ceux-ci ne sont plus possibles, ce sont des appuis/accrochages des membres supérieurs sur les bords du bassin qui rassurent **Mme G**.

Souvent on retrouve ces appuis complémentaires en position verticale, mais aussi à l'horizontale. Ils accompagnent le déplacement et sont souvent le signe, s'ils persistent, des difficultés qu'a la personne à lâcher prise. Ces appuis complémentaires sont à comprendre comme le signe fort d'une peur, dès que la personne se raidit, *ce qui est le cas chez Mme G*.

Lorsque le sujet s'agrippe dans l'eau, il est généralement difficile de faire évoluer cette situation. Mieux vaut l'aider à retrouver des appuis stables permanents qui renforceront le sentiment de verticalité et diminueront l'angoisse du patient.

Les appuis instables

Ce sont tous les objets variés pouvant aider à l'équilibration et à la flottaison.

Pour autonomiser la personne âgée dans ses actions dans l'eau, ces appuis instables sont proposés et mis à disposition. Les frites et flotteurs sont généralement placés dans l'eau avant le début de la séance, pour rendre dans un premier temps le bassin moins angoissant, mais aussi pour les proposer sans intrusion.

Cependant ces objets qui semblent faciliter la flottaison vont parfois se montrer perturbateurs de l'équilibre du patient. Ils donnent en effet l'illusion d'une sécurité et d'une aisance, mais souvent, ils limitent le sujet dans ses découvertes et son autonomie.

Ces appuis instables représentent une transition possible entre les ancrages au sol et la flottaison, où l'eau est le seul appui. Ils apparaissent aussi comme une alternative à des possibilités de déplacement, donnant une composante dynamique à l'espace EAU.

Ils apportent au sujet âgé le sentiment et la sensation de se tenir à quelque chose et de choisir son mode de tenue, sans être dépendant de la proximité d'un bord ou du fond.

De plus, ces appuis instables vont mettre à l'épreuve l'équilibre de la personne âgée l'amenant à un réajustement tonico-postural pour ne pas tomber.

3.1.3. Prévention des chutes

Avec l'âge, nos forces de vie peuvent décliner, la station debout semble difficile à maintenir et parfois, c'est la chute.

La peur de chuter chez la personne âgée est très fréquente et des signes cliniques attestent de sa présence.

Par exemple Mme G se tient debout le long de la barre et sera systématiquement en position de rétropulsion, cherchant un appui arrière avec la tête.

Le chuteur a tendance à se tracter et non à s'appuyer.

Dans l'eau, le travail autour de la prévention des chutes est facilité parce que l'eau ne blesse pas et ne fait pas mal, même si on tombe. De ce fait, la personne peut expérimenter des situations complexes où son équilibre est mis à mal. Elle va travailler autour de son ajustement tonique pour parer à un risque de chutes.

Ce travail dans l'eau peut amener la personne âgée à reprendre confiance en elle et en ses capacités, et lutter contre sa peur de tomber.

Plus de la moitié de la population en EHPAD a déjà chuté au moins une fois. Un travail psychomoteur autour de la prévention des chutes s'avère donc plus que pertinent en gériatrie.

3.2. Le redressement psychique

3.2.1. Sensorialité et conscience de soi

Les premières racines de la conscience de soi et de notre identité sont corporelles. En favorisant la mise en mouvement, l'eau participe à la construction du schéma corporel et à l'image du corps. L'un des objectifs en balnéothérapie, et en psychomotricité en général, sera d'amener la personne à une prise de conscience de soi, par un réinvestissement de son corps. Cette conscience se construit aussi par le regard de l'autre et par l'image qu'il renvoie à la personne d'elle-même.

Chez le sujet âgé, le schéma corporel est souvent déstructuré. Le toucher de l'eau et la mise en mouvement de la personne vont réactiver sa conscience corporelle autour de laquelle s'est construite son identité. La personne se reconnaît dans sa prise d'initiative.

La sensorialité joue donc un rôle important dans la construction et le maintien du processus identitaire. En étant sollicitée, la sensorialité participe à la restauration de la conscience de soi.

3.2.2. La relation à l'autre, créatrice du "JE"

L'homme est un être de relation qui interagit avec autrui. De cette confrontation va naître le sentiment d'exister, d'être quelqu'un. Il est étonnant de voir comment la personne âgée s'éveille et se révèle dès qu'on lui témoigne de l'attention et de la considération.

Vignette clinique :

M. L a fait un AVC massif ayant entraîné une dégradation mentale d'allure démentielle et des troubles majeurs du comportement. Lors des séances dans l'eau avec un autre résident, M. L retrouve une certaine cohérence : il est à nouveau le policier qu'il était et va même demander à M. F s'il a bien son permis de piscine ! Quant à M. F, il est heureux de discuter de son métier de comptable.

En psychomotricité, la prise en charge en balnéothérapie se fait souvent sur un mode individuel, mais parfois avec un petit groupe de 2-3 personnes. C'est donc une relation vraiment privilégiée qui s'instaure dans l'eau entre le psychomotricien et le patient et qui va renforcer le sentiment d'être.

3.2.3. Notions de dignité et d'humanité

Selon le philosophe Paul Ricœur¹, la notion de dignité renvoie à l'idée que « *quelque chose est dû à l'être humain, du fait qu'il est humain* ».

La bipédie est une des potentialités humaines qui ont permis à l'homme de se différencier du règne animal et de devenir un être pensant. Ainsi, en encourageant la verticalisation et la marche chez le sujet âgé, on participe au maintien d'un sentiment d'appartenance à la lignée humaine. La balnéothérapie va répondre à ce besoin, en proposant à des personnes dépendantes de se remobiliser lorsque ce n'est plus possible pour elles de le faire "à l'air libre". La personne âgée étant en perte d'estime d'elle-même, le fait d'être "encore capable de" et la notion de "prendre plaisir à" va être un élément moteur de renarcissisation.

¹ Cours de Mr CARRERA, 3^{ème} année de Psychomotricité.

C'est ainsi que durant certaines séances, j'ai entendu **Mme A** dire : « *C'est moi qui fais* », **Mme P** : « *Je peux marcher seule comme vous* », et **Mme G** : « *Je ne suis pas si empotée* ».

L'eau peut ainsi redonner à la personne âgée toute sa dimension humaine, en lui donnant la possibilité de se (re)verticaliser.

Synthèse partie III :

En dehors de toute contre-indication, l'eau apparaît ici comme étant un excellent moyen pour amener un travail autour du redressement psychocorporel de la personne âgée. Compagnon de Marche, d'Équilibre et de Prévention de chute, l'eau permet à la personne de réinvestir son corps, ce qui contribue à une renarcissisation et amélioration de l'estime de soi.

**« La motricité, c'est important pour la tête. Plus je bouge,
plus je réfléchis. Ça m'entretient ».**

Cathy, 86 ans, résidente en EHPAD.

PARTIE IV : ÉTUDES DE CAS

I. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1. La structure

Il s'agit d'un EHPAD territorial édifié en 2005, qui dispose des moyens techniques les plus récents. Sa situation géographique offre une exposition et une vue exceptionnelle sur la chaîne des Pyrénées. Elle est habilitée au titre d'aide sociale par le département et conventionnée pour l'aide au logement.

L'établissement emploie 50 salariés, répartis en cinq services :

- Le service administratif composé d'un directeur, d'une adjointe de direction et d'une secrétaire.
- Le service médical et paramédical composé d'un médecin coordonateur et d'une psychomotricienne.
- Le service de soin composé d'une infirmière coordonatrice, de 4 infirmières, de 15 aides-soignantes et de 4 aides médico-psychologiques.
- Le service d'animation composé d'une animatrice
- Le service d'entretien composé d'un responsable technique, d'une lingère et de 17 agents sociaux.

En ce qui concerne ses locaux, l'établissement se compose :

- D'un pavillon d'accueil regroupant les services administratifs, l'infirmerie, la pharmacie, une salle de psychomotricité et un bassin thérapeutique.
- D'une grande galerie sur deux niveaux, servant de salle d'exposition aux artistes et donnant accès aux ascenseurs où sont aménagés deux tisaneries, le bureau du médecin coordonateur, une petite salle restaurant, des espaces de détente et d'activités, et un salon de coiffure.
- 4 pavillons desservis par la galerie où sont répartis les chambres, des commodités (salles de bain et WC) et le restaurant principal.
- 2 patios aménagés entre les pavillons
- D'un jardin sécurisé pour les personnes désorientées.

Au total, l'établissement propose 70 chambres individuelles (de 21 m²) dont 3 en hébergements temporaires, et une unité de 10 lits appelée Unité de Vie Protégée accueillant des personnes désorientées. Il dispose également de 6 places d'accueil de jour permettant à des personnes âgées d'être accueillies du matin au soir, et ce plusieurs fois par semaine si nécessaire.

L'établissement autorise la présence d'animaux domestiques et respecte la liberté de culte.

1.2. Projet de Soins de l'établissement

Le Projet de Soins est un outil qui doit être simple, fiable et accessible à tous. Il fait partie du projet institutionnel de l'établissement. Il s'oriente dans trois directions :

- Le but :
 - Revoir chacun des objectifs prédéfinis et réfléchir en équipe à une organisation optimale de fonctionnement au sein de l'établissement et à une meilleure prise en soins du résident.
 - Elaborer le Projet de Soins Individuels avec l'accord du résident et de son médecin et avec la participation de la famille (histoire de vie)

- La prévention :
 - Des chutes et maintien de l'autonomie
 - De l'incontinence
 - De la constipation
 - Des escarres
 - De la dénutrition et de la déshydratation
 - De la maltraitance (bienveillance et contention)
 - Des infections et de la gestion des risques

- La prise en charge :
 - De la douleur
 - Des personnes souffrant de troubles du comportement, de troubles cognitifs ou de démence
 - De l'accompagnement des personnes en fin de vie

1.3. La psychomotricité au sein de l'établissement

Au sein de l'établissement, la psychomotricienne a pour rôle :

- Un éclairage spécifique :

Contribuer au diagnostic médical et participer à l'élaboration du plan de soin ; évaluer l'opportunité d'une intervention en psychomotricité ; apporter un éclairage original et spécifique, celui du corps en relation.

- Un rôle préventif :

Prévenir les risques de chute ; consolider et maintenir les acquis psychomoteurs pour préserver l'autonomie ; freiner l'évolution des troubles dans la démence.

- Un rôle thérapeutique :

Prendre en charge les troubles de l'équilibre, les syndromes post-chute, les troubles du tonus musculaire, les troubles du schéma corporel et de l'image du corps, la perte des repères spatio-temporels.

- Un rôle palliatif :

Favoriser le bien-être ou un mieux-être, le confort et l'apaisement.

- La mise en œuvre des projets à visée préventive ou thérapeutique :

Par le biais de bilans, de prises en soin individuelles, d'ateliers autour de la prévention des chutes, d'ateliers d'expression et de balnéothérapie.

II. UNE SÉANCE DE BALNÉOTHÉRAPIE

2.1. Cadre thérapeutique

Le bassin thérapeutique se situe dans une pièce attenante à la salle de psychomotricité. Pour y accéder, il faut donc traverser cette salle. Quand le patient s'y trouve, il peut apercevoir le bassin car la séparation est faite par des baies vitrées permettant au patient de voir le lieu où va se dérouler la séance.

2.2. Déroulement général d'une séance en balnéothérapie

Suite à une prescription médicale et après consultation de l'équipe soignante, la psychomotricienne rencontre le résident pour lui expliquer ce que permet la balnéothérapie et obtenir son accord. Pour certains, la réponse positive est immédiate.

Pour d'autres, la réponse demandera un temps de réflexion, selon les craintes et appréhensions liées à des expériences aquatiques anciennes et négatives.

Le résident est alors inclus dans le planning de balnéothérapie, selon ses jours de douche (pas plus de 2 résidents par matinée par manque de personnel). Le matin même, le résident est douché et revêtu de son maillot de bain et peignoir par l'équipe soignante, qui l'amène ensuite avec des vêtements de rechange en salle de psychomotricité (attendant au bassin thérapeutique). Des culottes étanches pour piscine sont mises à la disposition des personnes incontinentes.

Selon l'état général du résident (fatigue, pathologie, douleurs...), ce dernier accède à l'eau soit par un escalier de 7 marches (équipé d'une rampe de chaque côté), soit par un siège immersible. La température de l'eau est de 34-35° pour favoriser la détente chez les personnes à mobilité réduite. Les vannes des jets de massage peuvent être ouvertes ou fermées.

Chaque séance dure entre 20 et 30 minutes, avec en plus un temps d'acclimatation à l'air chaud ambiant. L'accompagnement est individualisé, exceptionnellement avec deux résidents relativement autonomes, ce qui leur permet de s'encourager mutuellement.

En cas de malaise et par mesure de sécurité, la psychomotricienne a un médaillon d'appel d'urgence accessible dans l'eau, en plus un bouton d'urgence en salle de psychomotricité.

Actuellement, la psychomotricienne douche et rhabille elle-même le résident en cabine, aucune auxiliaire de douche n'étant à ce jour détachée pour cette tâche. Pour les personnes grabataires, le rhabillage se fait dans la salle de psychomotricité (sur le plan Bobath), avec l'aide ponctuelle d'une aide-soignante appelée sur le moment.

La psychomotricienne rend compte de l'évolution des résidents par le biais du PSI (logiciel informatique) et de la grille d'évaluation, ou durant les transmissions si nécessaire.

L'adjoint technique assure l'entretien et le suivi du bassin (hygiène, stabilité des paramétrages thermiques et chimiques...). En son absence, le bassin est fermé.

III. PRÉSENTATION DES ÉTUDES DE CAS

Madame G et Monsieur L sont deux résidents que j'ai choisi de présenter parmi les 4 patients que j'ai pu rencontrer en séance de balnéothérapie.

3.1. Monsieur L

- **Informations générales et histoire de vie**

Monsieur L est né le 27 Mai 1950, il a 62 ans quand je le rencontre. A 57 ans, il a été victime d'un AVC hémorragique massif avec hémiplégié gauche et a intégré l'EHPAD le 12 Février 2009. Il avait alors 58 ans.

M. L est un homme de grande taille, maigre, aux cheveux courts grisonnants. Quand je le croise dans l'institution, je le vois souvent « avachi » dans un fauteuil gériatrique, salivant, tapant du pied ou du poing son fauteuil. On l'entend parfois crier ou grommeler. Il n'entre pas véritablement en relation avec les autres, bien qu'il interpelle parfois les résidents ou le personnel soignant selon son état d'agitation. Il peut alors retirer ses chaussures et les envoyer à la tête de l'un ou de l'autre. Il ne participe donc pas souvent aux ateliers proposés par l'animatrice car son comportement peut être gênant pour les autres.

M. L est fils d'agriculteur et l'aîné d'une fratrie de trois garçons. A son entrée dans l'EHPAD, son père vivait encore dans la maison familiale et sa mère en foyer logement.

Durant son enfance, M. L a participé aux travaux de la ferme, son père étant désireux qu'il lui succède. Mais M. L a décidé de passer le concours de la Police et c'est ainsi qu'il est devenu CRS à 18 ans.

En 1975, M. L a épousé Mlle M, salariée de la Maison de l'Agriculture. Mais au fil des ans, les disputes ont été de plus en plus fréquentes et le couple s'est séparé 10 ans plus tard après avoir eu 2 enfants.

Les enfants, alors âgés de 8 et 4 ans, sont restés avec leur mère et ont vécu cette séparation comme un abandon. Sa fille renouera des liens avec son père pour lui présenter ses enfants mais son fils lui en veut toujours et refuse de le voir. M. L souffre beaucoup de cette situation.

M. L s'est remarié avec Mlle V, elle aussi dans la Police. Mais le couple a divorcé.

Depuis 1995, M. L vit avec une nouvelle compagne : Mlle J, fonctionnaire de Police. Les relations entre cette dernière et les enfants de M. L ne sont pas toujours simples.

M. L est décrit par sa famille comme ayant été un bon vivant, quelqu'un qui appréciait les plaisirs de la vie, les repas bien arrosés et les fêtes entre amis. C'était un grand fumeur, en moyenne deux paquets par jour. Il ne surveillait pas sa santé qui s'est dégradée brutalement.

- **Anamnèse**

En effet, le 13 mars 2008 alors qu'il a 57 ans, M. L fait un AVC : rupture d'anévrisme avec hémorragie. Il est hospitalisé d'urgence pour une rupture de la carotide externe, puis transféré dans un autre hôpital en réanimation où il est opéré. Il y restera 15 jours puis quand il sortira du coma, il sera hospitalisé en polyclinique puis dans un centre de rééducation.

L'AVC a entraîné une hémiparésie sensitivo-motrice gauche massive (pas de motricité du membre supérieur et inférieur) avec triple retrait du membre inférieur gauche. On note aussi une hémiparésie gauche avec désorientation, délires et fausses reconnaissances, ainsi que des troubles majeurs du comportement avec phases d'agitation et somnolence. M. L peut être très perturbé et ses propos sont souvent incohérents. Par ailleurs, il n'a pas de troubles de la déglutition.

En 2008, M. L somnole beaucoup la journée, ce qui empêche la mise en place de rééducation. L'atrophie fronto-temporo-pariétale et les séquelles d'ischémie laissent envisager un pronostic lourd : de graves séquelles physiques, mais aussi et surtout des séquelles mentales et neurocomportementales.

On observe une dégradation mentale entre 2008 et 2009.

Au centre, il bénéficie d'une rééducation pour son hémiparésie gauche. Mais des douleurs neuropathiques sur le côté gauche apparaissent alors.

En août 2008, une dégradation mentale d'allure démentielle est observée. En décembre 2008, sa fille devient sa tutrice et les relations se compliquent de plus en plus entre elle et la compagne de M.L.

M. L entre donc à la maison de retraite le 12 Février 2009, il a alors 58 ans.

En 2009, il fera deux malaises cardiaques et en décembre 2009, il sera hospitalisé pour une hypotonie de l'hémiface droite.

- **M. L dans l'EHPAD**

M. L fait partie des personnes les plus dépendantes de l'EHPAD (GIR 2), c'est pour cela qu'une aide totale a été installée autour de lui pour les actes de sa vie quotidienne : transferts, toilette, repas...

De plus il est important d'assurer sa sécurité et celle des autres résidents, car M. L peut être violent envers les autres ou se mettre en danger en chutant de son fauteuil par exemple. Il n'est pas en capacité de se faire comprendre ou de formuler clairement ses pensées.

Le matin, il est installé vers neuf heures en salle commune puis en salle à manger pour le déjeuner. Il est ensuite remonté dans sa chambre à 15 h et il y reste jusqu'au lendemain matin. S'il est remonté si tôt en chambre, c'est pour deux raisons : tout d'abord, parce que M. L n'est pas couché à la sieste car il y aurait trop de manipulations avec le lève-personne. Il est donc recouché tôt dans l'après-midi pour le soulager ; ensuite parce qu'il dérange les activités par ses cris et ses agitations motrices. Cependant, j'ai pu remarquer que lors de certaines activités comme par exemple les spectacles, M. L peut être attentif et calme et il semble apprécier ces moments-là. Il reconnaît sa compagne, qui vient souvent le soir pour l'aider à manger, et sa fille qui vient parfois le dimanche.

La journée, M. L est placé dans son fauteuil gériatrique et reste dans la galerie où il est convié aux ateliers proposés par l'animatrice. Il est pris en charge en kinésithérapie 3 fois par semaine en salle et un matin par semaine en psychomotricité dans l'eau. Les séances se déroulent alors en binôme kiné/psychomotricienne par le biais d'un bassin thérapeutique.

- **Projet d'accompagnement de M. L dans l'établissement :**

OBJECTIFS	ACTIONS A METTRE EN PLACE	MOYENS	POINTS DE VIGILANCE
Lutter contre l'ennui, la désocialisation et le désœuvrement.	Privilégier des animations calmes.	Lecture du journal, peinture, jardinage	Risque d'agitation
Maintenir son attention en éveil et stimuler son imaginaire.	L'inviter aux animations exceptionnelles, L'installer près d'un adulte contenant.	Spectacles clown, cirque, musique, danse...	Risque de fatigue
Maintenir l'appui au sol, la mobilisation des membres et la verticalisation.	Balnéothérapie le jeudi matin.	Psychomotricienne Kinésithérapeute	

- **Axes thérapeutiques visés par son médecin traitant en Avril 2010 :**

- Entretien des quatre membres et verticalisation
- Médiation BALNÉOTHÉRAPIE

- **Bilan psychomoteur de M. L**

Calme et présent par le regard le jour du bilan psychomoteur, M. L s'est prêté volontiers aux diverses épreuves et n'a pas manifesté de signe d'impatience.

L'évaluation a porté sur plusieurs domaines :

- Compréhension / Exécution / Communication / Cohérence :

Il comprend et exécute des consignes simples, avec un MMS à 12/30 le 25 Février 2013.

Il répond aux questions mais parle peu et de manière inarticulée. La salivation n'est pas contenue. La cohérence est fluctuante et il peut tenir des propos incohérents, selon le contexte et son état de fatigue et/ou d'agitation. Il répète très fréquemment :« MamanMamanMaman ».

- Son orientation spatio-temporelle :

M. L est totalement désorienté dans le temps, mais se repère encore un peu dans l'espace.

- Attention / Concentration :

M. L étant très fatigable, son attention est très labile et les apprentissages ne sont plus possibles.

- Mobilité active / passive :

Tête : mobilité très réduite au niveau du cou, M. L ne peut plus tourner ni relever la tête.

Membres Supérieurs : Epaule : mobilité réduite à Droite et absente à Gauche

Coude, poignet, doigts : bonne mobilité à D et absente à G

Membres Inférieurs : Hanche, genou, cheville : bonne mobilité à D et absente à G

Mobilisation passive du côté D : Relâchement musculaire possible.

Mobilisation passive côté G : Douleurs lors des mouvements d'abduction de l'épaule. Quelques spasmes du bras à la mobilisation et spasmes fréquents de la jambe en flexion.

- Coordination motrice :

La marche est impossible, M. L ne tient pas en équilibre sur sa jambe D. Il est en rétropulsion en position assise.

- Transferts :

L'appui unipodal étant pour ainsi dire inexistant, les transferts sont difficiles, vu la grande taille de M. L et son manque de coopération. D'où la nécessité d'utiliser le verticalisateur ou le lève-personne pour les transferts. A ce jour, seul son kiné arrive encore à le transférer seul.

- Tonus / Posture :

Fin 2012, les troubles de la régulation tonique et le manque de maintien au fauteuil ont nécessité l'installation de M. L en fauteuil gériatrique. Lors de ses fréquents états d'agitation, il se met en travers du fauteuil (jambe droite sur l'accoudoir D). Il peut glisser ou tomber du fauteuil (ou du lit malgré les barrières de contention). A noter qu'en 2009, il était « régulièrement sanglé au fauteuil pour empêcher les chutes » aux dires de l'ancienne psychomotricienne.

- Schéma corporel :

Bien que la connaissance des parties du corps existe, la représentation du corps est altérée et le schéma corporel n'est plus intégré.

- Praxies idéomotrices :

Elles ne sont pas atteintes et M. L a pris plaisir à les exécuter.

- Graphie / Praxies visuo constructives :

Le graphisme et les praxies visuo-constructives sont largement altérés chez M. L.

En conclusion, la mobilité étant absente à gauche, M. L penche constamment du côté atteint lorsqu'il est en position assise. Bien que la mobilité du côté droit soit globalement bonne, il n'est plus en capacité de se redresser par lui-même (contrairement en 2009).

Les lourdes séquelles physiques, mentales et neuro-comportementales, ainsi que ses douleurs neuropathiques importantes, rendent difficiles un travail psychomoteur en salle.

Par contre, la prise en soin BALNEOTHERAPIE est encore actuellement une excellente indication et doit être poursuivie avec pour objectifs thérapeutiques :

- Offrir une liberté de mouvements dans un cadre contenant
- Favoriser la détente neuromusculaire
- Mettre conjointement au travail les ressentis et sensations corporelles agréables, les notions de portage, repoussés et redressement postural, et retrouver une certaine verticalité.
- Proposer une relation duelle favorisant la renarcissisation et l'échange avec l'autre.

Les séances ont lieu le jeudi matin, avec le kiné et un autre patient, afin d'avoir une aide aux transferts et permettre à M. L de vivre une relation privilégiée avec un autre.

- **Les séances en bassin thérapeutique avec M. L**

Je rencontre pour la première fois M. L dans le bassin le 10 janvier 2013 et c'est aussi la première séance pour moi dans ce milieu. Je suis très impatiente de commencer car, mon stage ayant débuté en Novembre, je n'ai pas pu aller en bassin plus tôt pour des raisons techniques (panne de pompe à eau, la 1^{ère} en 3 ans !). C'est ainsi que je rencontre M. L après 3 mois d'arrêt de piscine pour celui-ci.

Le cadre thérapeutique dans l'eau est très important car l'eau est une médiation d'une grande ambivalence. Il faut donc toujours verbaliser, mettre des mots sur ce que l'on va faire et sur ce que l'on fait, pour que la relation entre le patient et le thérapeute s'appuie sur la confiance : la confiance est une qualité primordiale dans ce type de prise en soin.

Avec M. L, nos interventions oscillent entre des moments de travail sur la verticalité et le redressement, grâce à un travail d'appui au sol et de repoussé, et des moments de détente avec portage et échanges verbaux. De par son handicap, M. L sera toujours soutenu ou porté.

Lorsque M. L arrive, je suis déjà dans l'eau avec un autre patient et la psychomotricienne. C'est le kinésithérapeute qui le descend dans la piscine. M. L n'est alors plus du tout l'homme que j'ai croisé le matin même dans les couloirs de l'EHPAD, salivant, le visage sombre et le corps avachi dans son fauteuil. Son regard est vif et, quand il se tient debout à la barre qui court le long du bassin, son corps est droit. Le plus impressionnant pour moi est d'entendre M. L parler et constater qu'il comprend ce qu'on lui dit. Il est capable de répondre à une question et de formuler ses états. A un moment il nous dira : « *Merci de vous occuper de moi. Ici je ne suis rien, je ne compte pour rien* ».

Pendant la séance il se retrouve avec M. F qui travaille avec le kiné. Ils s'entendent bien et se saluent à chaque séance. M. L est très taquin envers eux et cherche à attirer leur attention en leur lançant des balles ou en les éclaboussant. On constate alors que dans un espace contenant et en relation presque duelle, M. L est capable de communiquer avec les autres, chose qu'il ne ferait pas spontanément à l'extérieur du cadre. Il est à l'initiative de ce jeu de lancer car c'est lui qui va chercher les balles à la surface de l'eau, qui les attrape et les lance sur la personne qu'il vise. Il va même jusqu'à « feinter » ses adversaires quant à la direction de ses tirs.

Remarques : M. L lance ses chaussures sur les autres résidents, lance des balles à M. F. On peut se demander si le lancer n'est pas, pour M. L, un moyen d'entrer en relation avec l'autre.

Dans l'eau, M. L ne salive plus, il est calme, sans agitation ni agressivité. Il est respectueux des autres et cherche le contact de la psychomotricienne, de moi-même ou du kiné. Lors des portages dans l'eau, M. L est sensible au contact peau à peau qui reste très délicat.

Ainsi M. L intègre un vécu corporel et sensori-moteur essentiel à la reconstruction de sa conscience psychocorporelle.

Au niveau du travail psychomoteur avec M. L, nous travaillons autour de la thématique du redressement, de la station debout. Pour cela, nous commençons par une mobilisation des membres à laquelle M. L participe. La psychomotricienne se place derrière lui et le porte en décubitus dorsal pour lui donner le temps de retrouver et se réapproprier le milieu aquatique. Une fois allongé, M. L agite le bras et la jambe droite, comme s'il faisait des mouvements de brasse. Lentement, la psychomotricienne le déplace horizontalement dans le bassin. Ce travail permet certes la mobilisation des membres valides mais permet aussi une meilleure prise de conscience de l'axe corporel. En effet, la pression qu'exerce l'eau sur le corps engendre une sensation différente. Ainsi, ressentir sa colonne vertébrale peut permettre de renforcer la station debout et de prendre conscience de sa verticalité : nous sommes nés pour être debout, l'homme est un être vertical.

Toujours dans une position horizontale, la psychomotricienne va se servir des contours du bassin pour travailler le repoussé. Elle va demander à M. L de venir mettre ses pieds contre le mur et de le repousser avec le plus de force possible. La psychomotricienne émet une légère résistance afin que M. L intensifie son appui. M. L arrive à poser le pied droit contre le mur et à repousser. Cet exercice permet de stimuler le réflexe du repoussé, de retrouver des appuis plantaires en vue d'un redressement.

Ensuite on passe de la position horizontale à la position verticale assise dans l'eau. M. L se tient aux épaules de la psychomotricienne. Celle-ci impulse des petits sauts. Le pied droit de M. L participe mais son pied gauche ne touche pas le sol, la jambe gauche est rétractée. Lorsqu'on croise M. F et le kiné, la psychomotricienne aide M. L à se redresser pour aller les saluer. M. L apparaît comme un homme très sociable, heureux de communiquer avec son partenaire de piscine.

Dans la position debout, M. L est en appui unipodal. Sa jambe droite est tendue et le pied droit touche le sol alors que la jambe gauche est toujours rétractée. Soutenu par la psychomotricienne, il tient quelques secondes debout, puis se laisse retomber dans l'eau. Son côté gauche est en triple flexion : hanche, genou et cheville fléchis.

Lorsque vient mon tour de soutenir M. L, je me place face à lui, passe mes bras sous ses aisselles pour venir placer mes mains sur ses omoplates. Il est toujours en appui unipodal et impulse des petits "sauts". Redressé, il est très grand (1m90). Sa nuque est raide et sa tête est penchée en avant vers moi. On peut voir dans cette position une forme d'enroulement. Celui-ci va permettre un retour sur soi, une prise de conscience de l'axe.

M. L cherche le contact par le regard et communique verbalement avec moi. Il me demandera comment je suis dans l'eau, si je suis bien et si je n'ai pas trop froid. Le regard est un élément important. Il est un échange entre le thérapeute et son patient, il exprime les sentiments de ce dernier et témoigne d'un climat de confiance. C'est à travers le regard que s'échangent de multiples messages mais surtout que s'élabore un vécu partagé.

Avant de sortir de l'eau, nous terminons toujours par un temps de détente sur le dos où la psychomotricienne ou moi-même soutenons M. L, lui permettant de flotter, de laisser aller ses membres et de relâcher son tonus. Nous le soutenons dans l'eau au rythme de la musique et le ramenons ensuite près de la chaise hydraulique qui le remontera.

La fin de la séance n'est pas anxiogène pour M. L : il retrouve son fauteuil gériatrique et c'est la psychomotricienne qui se charge de le rhabiller avec l'aide du kiné et de le ramener en salle-à-manger avec les autres résidents.

Après les séances de piscine, M. L est calme sur son fauteuil gériatrique, il semble plus présent et salive beaucoup moins. Néanmoins, ces améliorations ne sont que temporaires.

Durant mon stage, j'ai eu l'occasion d'entendre les aides-soignantes parler de M. L pendant les transmissions. J'ai été un peu étonnée car j'ai eu l'impression que nous avions affaire à deux personnes différentes. Elles décrivaient M. L comme un homme souvent agressif, tenant des propos très souvent incohérents. N'ayant pas du tout posé le même regard sur M. L, j'ai demandé aux aides-soignantes si je pouvais participer à sa toilette un matin et voir par moi-même cette autre réalité de M. L.

Me voilà donc un jeudi matin, jour de douche de M. L car jour de balnéothérapie, dans la chambre de celui-ci, pour assister à sa toilette. Je constate avec étonnement le visage fermé de cet homme, qui ne supporte pas le contact des jets de la douche sur sa peau, donnant des coups de pieds aux aides-soignantes et tenant des propos totalement incohérents.

Il me dira que je suis une incapable, que je ne suis même pas capable de venir l'aider, que je ne sers à rien, et d'aller chercher son frère. L'image de son frère revient souvent.

De cette expérience, j'en déduis que M. L est sensible aux « trop » de stimulations, et que la prise en soins en balnéothérapie offrant un cadre sécurisant et contenant lui permet d'être lui-même. Je fais l'hypothèse qu'un travail dans la relation duelle lui est bénéfique car elle limiterait ce « trop » de stimulation. L'eau lui offre un lieu d'expression de lui-même, d'où une cohérence dans ses propos.

Au fil des séances en balnéothérapie s'installe entre M. L et moi une véritable relation de confiance. Il manifeste toujours autant de plaisir à venir dans l'eau.

M. L a subi un AVC massif, il est donc difficile d'évaluer sa progression sur une courte période.

A noter qu'il y a 3 ans, lorsqu'il a commencé la prise en soin en balnéothérapie avec la psychomotricienne, M. L se laissait couler dans l'eau et n'avait même plus le réflexe du repoussé du sol pour se maintenir la tête hors de l'eau. Quelques mois après, les aides-soignantes arrivaient à le mobiliser avec le verticalisateur et non plus avec le lève-personne.

D'autres limites surviennent face à cette prise en soin. Par exemple, des limites techniques comme les contraintes qu'impose un bassin au niveau du Ph de l'eau ou du taux de chlore. On observe également des limites humaines, avec l'obligation d'avoir la présence du kinésithérapeute pour pouvoir faire les transferts de M. L car seule, la psychomotricienne n'y arrive pas ; et donc des limites institutionnelles avec des équipements non adaptés aux pathologies, ce qui restreint la possibilité pour certains patients d'avoir une prise en soin en balnéothérapie.

De ce fait, mon suivi en balnéothérapie de M. L n'a pas été assez long pour que je puisse observer de réels progrès. Cependant, ce temps passé dans l'eau est un moment à part, où M. L retrouve une certaine aisance corporelle et une liberté de mouvements, sans entrave ni contention. Cette médiation reste très bénéfique pour M. L qui retrouve des sensations corporelles agréables, une conscience corporelle autre, un sentiment d'être.

Pour finir ma réflexion autour du cas de M. L, je voudrais évoquer un questionnement que j'ai eu durant mon stage. Je me suis demandé à plusieurs reprises, vu l'âge auquel M.L est entré dans l'établissement (58 ans), si l'EHPAD était l'endroit adapté pour ce type de personne avec cette pathologie.

L'âge minimal pour entrer en EHPAD est de 60 ans. A l'époque, il a eu une dérogation car son état cognitif et mental après l'AVC ne lui permettait plus de rester en Centre de Réadaptation (vu le manque de progrès apparents).

Que faire dans un cas comme celui-ci ? Créer d'autres centres plus spécialisés ? Donner plus de moyens aux EHPAD pour cette prise en soin spécifique ?

M. L peut être paisible et cohérent en balnéothérapie et lors des activités qui lui sont présentées. Il peut aussi se montrer agité, agressif et incohérent au cours de la journée ou lors des toilettes. Cette attitude paradoxale m'a laissé supposer que M. L s'ennuyait au sein de l'EHPAD.

Peut-être la création d'un nouvel établissement réservé à ce profil de patient pourrait émerger dans les années à venir, permettant ainsi une prise en soin adaptée à la personne et à sa pathologie.

Synthèse de l'étude de cas de M. L :

La médiation EAU apparaît, pour M. L et plus généralement en gériatrie, comme un moyen efficace dans le travail du redressement et de la prise de conscience de l'axe corporel. Elle joue également un rôle dans la renarcissisation du sujet vieillissant, en favorisant la réappropriation et le réinvestissement de son corps. L'eau vient réveiller et révéler l'être qu'est réellement M. L.

3.2. Madame G

- **Informations générales et histoire de vie** (recueillies auprès de Mme G en Février 2013 par la psychomotricienne et moi-même).

Mme G est née le 22 Novembre 1929 à PARIS 14^{ème}, elle a 83 ans quand je la rencontre. Ses antécédents médicaux sont multiples. Le plus handicapant est une paraparésie suite à une fracture ostéoporotique T8, qui l'empêche aujourd'hui de se déplacer toute seule.

Assise dans un fauteuil roulant, Mme G est une femme assez corpulente aux cheveux blancs mi-longs, avec des lunettes modernes. Elle porte des vêtements souples et confortables. Elle sort de sa chambre uniquement pour aller manger ou pour les prises en soin en balnéothérapie. C'est une femme assez isolée car Mme G présente un syndrome de Korsakoff qui l'a fait rester en chambre du fait de son alcoolodépendance.

Les parents de Mme G étaient originaires du PAS-DE-CALAIS dans le Nord de la France. Elle nous dit : « *Mon père était militaire, issu d'une famille de 10 enfants. A sa retraite militaire, il a travaillé dans les Assurances. Ma mère était mère au foyer, car on était trois filles* ».

Mme G est issue d'une fratrie de 3 filles :

- Claire : Aujourd'hui décédée, elle était mère au foyer de 3 enfants (2 filles et un fils).
- Mme G
- Josiane : « *Je ne sais pas où elle habite aujourd'hui. Elle tenait un café avec son mari. Mais ils ont déménagé et je ne sais pas où elle est aujourd'hui car on ne s'entendait pas plus que ça. Elle a 3 enfants* ».

En 1929, Mme G vivait à Paris où elle a passé sa petite enfance. Elle nous dit :

« *J'ai vécu mes premières années en banlieue parisienne, avec un père extrêmement sévère. Très gentil mais très dur, tout comme sa propre mère d'ailleurs. Ma mère, elle aussi, était très dure, pas tendre pour un sou ! Il n'y avait pas de tendresse chez nous et je ne me suis jamais vraiment entendue avec mes sœurs. Heureusement que j'avais ma grand-mère maternelle ! Elle avait un heureux caractère et chantait tout le temps. Elle éclatait souvent de rire et c'est d'elle que je tiens cette gaieté : j'aimais beaucoup rire et faire des blagues* ».

En 1935, Mme G a passé 5 années de sa vie au Liban. Elle nous raconte :

« J'avais 6-7 ans quand mon père a été muté au LIBAN. On y est resté cinq ans. On allait souvent à la mer et à l'époque je ne savais pas nager. Un jour mon père m'a lâchée un peu loin du rivage alors que je n'avais pas pied et il m'a dit de revenir à la nage. J'ai eu la peur de ma vie ! J'ai cru que j'allais me noyer et, depuis, je panique dès que je dois aller dans l'eau... C'était un amour d'homme, mais avec la rudesse militaire ! ».

En 1940, retour de Mme G en France où elle passera son certificat d'étude.

« J'avais 11-12 ans quand on est revenu en région parisienne puis à Salon-de-Provence. Plus tard mon père a été muté au TCHAD, mais je suis restée en France car j'étais fiancée ».

En Septembre 1949, Mme G se marie à M. R, elle n'a pas tout à fait 20 ans. Ils ont eu une fille ensemble, Régine, qui est le seul et unique enfant de Mme G. Le couple a divorcé après 14 ans de mariage en 1964, elle avait alors 35 ans.

Aujourd'hui, sa fille Régine vient voir très régulièrement Mme G, elles entretiennent une relation très fusionnelle.

« Ma fille est une vraie perle, je l'adore ! Elle est mariée, un fils unique : Luke. Luke est père et m'a donné une merveilleuse petite fille Charlotte. »

En Avril 1964, Mme G perd son père. *« Cela a été une année très difficile ».*

La vie professionnelle de Mme G était riche : elle fut vendeuse : *« Aux Galeries Lafayette puis au Printemps, j'ai été vendeuse en Parfumerie puis démonstratrice en lingerie. Là, j'y ai rencontré Monsieur G »* puis, placeuse à l'Opéra : *« Le soir je travaillais à l'opéra : je plaçais les gens et en fin de soirée, je leur redonnais leur vestiaire ».*

Le 19 Février 1966, Mme G se remarie avec M. G.

« A 36 ans, je me suis remariée avec M. G, 40 ans, lui aussi divorcé. Il travaillait avec moi, la journée comme vendeur et le soir à l'opéra. Puis il a travaillé dans les assurances UAP. On a ensuite pris notre retraite dans les Pyrénées-Orientales ».

En Janvier 2000, la mère de Mme G décède et, le 18 juillet de la même année, M. G décède à l'âge de 75ans.

Elle quitte alors les Pyrénées-Orientales et achète une maison dans les Pyrénées-Atlantiques près de sa fille.

Mme G se décrit comme une femme pleine de vie et d'humour, aimant croquer la vie. « *Je suis d'un tempérament très gai... beaucoup moins qu'avant c'est vrai, mais encore un peu quand même. J'ai mon caractère bien sûr, mais je suis facile à vivre, je pense. Je suis "du bois dont on fait les flûtes", comme on dit* ».

- **L'anamnèse**

En Juin 2010, à 80 ans, Mme G fait des bronchites chroniques post-tabagiques car elle était une « grosse » fumeuse. De ceci découle une insuffisance respiratoire qui amène Mme G à être régulièrement sous oxygène.

En 2011, elle est sevrée au tabagisme sur les recommandations de son médecin traitant. Cependant la consommation de vin rosé sera pour elle un substitut au sevrage tabagique et un palliatif aux douleurs du rachis.

En effet, Mme G souffre d'ostéoporose et se plaint de lombalgies et douleurs intercostales à cause de tassement.

Puis le 03 Février 2012, sans doute suite à une chute, Mme G, alors âgée de 82 ans, se fracture la 8^{ème} vertèbre thoracique. Hospitalisée à la polyclinique pour une paraplégie avec compression médullaire grave par fracture ostéoporotique T8, elle subit une intervention chirurgicale.

Du 12 Mars au 16 Avril 2012, après un mois de convalescence à l'hôpital, on note une récupération motrice progressive des membres inférieurs, mais la marche n'est pas récupérée. Elle gardera des troubles neurologiques des membres inférieurs sous forme de paraparésie. Elle souffrira également d'incontinence urinaire et fécale ainsi que de douleurs chroniques d'ordre digestif.

De plus, Mme G souffre de troubles mnésiques non étiquetés (la maladie d'Alzheimer a été écartée) et elle ne présente pas de trouble du langage. Le MMS est à 26/30 en Juillet 2012.

- **L'entrée en EHPAD et son projet d'accompagnement**

Mme G, alors âgée de 82 ans, intègre l'EHPAD le 16 Avril 2012 suite à sa paraparésie et à la perte d'autonomie qui en découle (GIR 2). Il n'y a pas de mesure de protection juridique mise en place.

En Novembre 2012, à 83 ans, Mme G souffre de vives douleurs dorsales et lombaires correspondant à une tentative de sevrage (alcool). La radio du rachis au 30-11-12 révèle un tassement L2 et L4 absent en Août 2010.

Suite à ses douleurs lombaires, Mme G est aujourd'hui installée en fauteuil roulant gériatrique et ne peut donc se déplacer seule, ce qui augmente sa dépendance. A sa demande, elle passe ses journées dans sa chambre à regarder la télévision. Elle descend pour les repas de midi et du soir et pour quelques animations exceptionnelles.

Le 19 Novembre 2012, son projet d'accompagnement a été réalisé.

« J'en ai ras le bol d'être en fauteuil. Mon plus grand désir est de sortir de ce fauteuil. C'est pour ça que je fais de la kiné et de la balnéo ».

De ce projet ont découlé plusieurs objectifs dans la prise en charge de Mme G au sein de l'établissement :

1. Restaurer son autonomie dans les déplacements :
 - Kiné (3 fois/semaine),
 - Psychomotricité (balnéothérapie mercredi matin, danse mardi et gym douce mercredi).
 2. Maintenir son autonomie dans les AVQ (actes de la vie quotidienne) :
 - L'encourager à participer à sa toilette et à l'habillage
 3. Favoriser un mieux-être psychocorporel :
 - Toucher-massage (avec la psychomotricienne)
 - Atelier d'expression créative (avec la psychomotricienne et la psychologue)
- **Axes thérapeutiques visés par son médecin traitant**
 - Rééducation psychomotrice des membres inférieurs en bassin thérapeutique.
 - Prise en soin des troubles anxieux, mnésiques et confusionnels.

- **Bilan psychomoteur de Mme G**

Enthousiaste et d'humeur joyeuse le jour du bilan psychomoteur, Mme G se prête volontiers aux diverses épreuves.

L'évaluation portera sur plusieurs domaines :

- Compréhension / Exécution / Communication / Cohérence :

Au MMS, Mme G se montre cohérente et bien orientée avec un résultat à 26/30, le 30 Juillet 2012.

Elle comprend toutes les consignes et les exécute lorsque ses capacités physiques le lui permettent.

- Son orientation spatio-temporelle :

Mme G est parfaitement orientée dans le temps et l'espace. Elle se repère bien au sein de l'EHPAD ainsi que dans sa chambre ou encore dans la salle de psychomotricité.

- Attention / Concentration :

Mme G étant fatigable, son attention est très labile car parasitée par son addiction et son désir de retourner dans sa chambre, mettant en avant sa fatigue.

- Mobilité / Coordination motrice :

Ne pouvant pas marcher seule sans appui car le risque de chute est important, Mme G est en fauteuil roulant. Son kiné la fait marcher en déambulateur lorsque les douleurs lombaires ne sont pas trop invalidantes. Lorsqu'elle a un appui, elle peut plier les genoux pour s'accroupir et se redresser ou marcher à reculons sur une très courte distance. Cependant sa motricité est perturbée par de vives douleurs lombaires récurrentes, d'où une suppression de son périmètre de marche.

- Transferts :

Mme G fait ses transferts latéraux seule, avec appui des mains sur les accoudoirs. Elle peut donc se lever seule pour aller jusqu'au petit frigo dans sa chambre.

- Tonus / Posture :

Sa dépendance à l'alcool entraîne chez Mme G des états d'hypertonie, avec une gestualité saccadée et brusque. Assise sur son fauteuil, Mme G glisse souvent vers l'avant et, en station debout, on observe une posture en rétropulsion. Son centre de gravité venant se placer sur les talons indique que Mme G recherche la sécurité dans l'appui de la cyphose thoracique. Pour corriger cela, il suffira de lui donner un appui occipital avec la main.

- Schéma corporel :

La représentation et la connaissance des parties du corps sont bien intégrées par Mme G. A noter qu'elle agit en miroir dans l'imitation de geste.

- Praxies idéomotrices :

Elles sont intactes et Mme G a eu plaisir à les exécuter.

- Graphie / Praxies visuo constructives :

Lors de l'acte graphique, Mme G est appliquée et l'espace de la feuille bien investi. On constate des tremblements au niveau des traits, du fait de son hypertonie et de son impulsivité.

- Autres observations :

Mme G s'est montrée soucieuse des résultats et de ses performances. Elle manifeste un besoin d'être rassurée dans ses compétences.

En conclusion, la mobilité de Mme G est réduite du fait de sa paraparésie et de ses douleurs lombaires chroniques. Son attitude en rétropulsion témoigne de son anxiété en lien avec un risque important de chute.

La prise en soin en salle se trouve compromise du fait de ses douleurs invalidantes.

C'est pourquoi la prise en soin en milieu aquatique semble une bonne indication et doit être poursuivie avec pour objectifs thérapeutiques :

- Proposer un cadre sécurisé, sécurisant et rassurant, tenant compte de sa phobie de l'eau.
- Favoriser un mieux-être psycho-corporel en retrouvant du plaisir à se mobiliser dans l'eau.
- Maintenir les schèmes moteurs à la marche et la mobilité articulaire.
- Proposer une relation duelle favorisant la renarcissisation et l'échange avec l'autre.

Les séances ont lieu le mercredi matin, Mme G étant seule avec la psychomotricienne et moi-même.

- **Prise en charge en balnéothérapie**

Avant chaque séance avec Mme G, nous adaptons le cadre, en mettant des objets dans l'eau (frites, balles, tapis ...) pour que la masse de l'eau paraisse moins angoissante.

La séance se déroule sur fond sonore, la musique permettant de faire diversion et de créer une atmosphère contenant.

Lorsqu'elle descend dans l'eau à l'aide de la chaise hydraulique, Mme G a souvent l'air angoissé, son visage est crispé, les bras sont tendus en appui sur la chaise. Une fois les jambes en contact avec l'eau, son visage s'apaise, les traits sont moins tirés et la respiration est plus profonde. Parfois, lors du passage de la chaise à l'eau, Mme G émet des gémissements de douleur qui proviennent du bas du dos. Ces gémissements peuvent s'expliquer du fait de sa fracture en T8 et de son tassement lombaire.

Cependant ces douleurs apparaissent uniquement lors de ce transfert et sont quasi-absentes lors de la séance. Une fois dans l'eau, Mme G fait le tour du bassin seule, en se tenant à la barre. Ses pieds sont en appui au sol et se déplacent facilement. Le poids de son corps n'étant plus un problème, Mme G peut mobiliser davantage son corps. C'est ainsi qu'elle prendra plaisir à faire des mouvements de gymnastique, comme rester en appui sur un pied et l'autre pied tendu devant ou derrière elle.

Toutes les mobilisations articulaires sont possibles, tant qu'elle se tient à la barre qui court le long du bassin. Son dos semble alors ne plus la faire souffrir. A noter que lorsqu'elle se tient à la barre, Mme G est en hypertonie des bras et hypotonie des jambes.

Mme G est capable de tenir sur la pointe des pieds, de lever et fléchir ses genoux. Toutes ces actions sont irréalisables pour elle hors de l'eau. Ces exercices de stimulation plantaire ou mobilisation articulaire sont des moyens pour prévenir la grabatisation et maintenir le plus longtemps possible l'autonomie de Mme G. Le maintien de ses appuis au sol lui permet de participer et d'aider les soignants lors des soins ou des transferts.

Dans l'eau, Mme G travaille beaucoup la marche : marche avant, arrière, sur le côté. La marche est une faculté que Mme G aimerait bien retrouver. Elle dit souvent : « *Moi tout ce que je veux, c'est me sortir de ce fauteuil et remarcher* ».

Pendant la marche, Mme G est souvent en rétropulsion, son corps est en extension vers l'arrière comme si la tête cherchait un appui. Cette position est typique chez les personnes ayant chuté, ce qui est le cas de Mme G. Cette recherche d'appui sécurisant et contenant marque aussi l'angoisse de Mme G dans l'eau.

Le travail de la marche permet aussi à Mme G de mobiliser le tonus de son bassin. En effet, la musculature de son bassin est très faible, ce qui l'empêche entre autre de marcher hors de l'eau. Plus le bassin est hypotonique, plus le mouvement des mains est anarchique, ce qui entraîne des déséquilibres arrières sources d'anxiété.

On peut parfois remarquer que son bassin « lâche », mais comme l'eau la porte, elle ne s'en rend pas compte alors que dans le milieu aérien, la chute serait immédiate. De ce fait, il est important dans l'eau de mobiliser son tonus musculaire, notamment au niveau du bassin pour pouvoir mieux soutenir son corps.

Dans l'eau, Mme G est debout : « *Dans l'eau je peux marcher comme tout le monde, je redeviens Paulette* ».

Cependant, autour de Mme G oscille une problématique : sa peur de l'eau. Mme G nous raconte souvent l'épisode de son enfance qui l'a traumatisée, épisode raconté dans son histoire de vie. Depuis cet incident, elle n'est pas à l'aise dans l'eau et cette peur s'observe dans sa respiration qui est courte et saccadée. Ainsi en entrant dans l'eau du bassin thérapeutique, la sensation de perte d'équilibre et de non-contrôle que perçoit Mme G vient réactiver cette peur : respiration haute et saccadée, agrippement, hyper-extension axiale, tête projetée en arrière. On va donc lui donner le temps de s'adapter à l'élément eau dans lequel elle perd ses repères proprioceptifs habituels, où ses mouvements sont plus lents, et dans lequel la gravité est en compétition avec la poussée. Dans un premier temps, l'objectif sera de retrouver une position debout la plus stable possible.

Au début de ma prise en soin avec Mme G, celle-ci arrivait à lâcher la barre de maintien du bassin pour venir marcher au milieu de l'eau, avec l'aide de la psychomotricienne, ou même d'un flotteur. Puis Mme G a éprouvé de plus en plus de difficultés à quitter le bord du bassin. Elle a eu besoin d'un flotteur, du soutien de la psychomotricienne devant elle, et du mien derrière elle pour pouvoir s'éloigner du bord. Parfois, Mme G n'est pas parvenue à se détacher de la barre, dominée par des moments de « panique ». Ceci illustre bien que nos affects jouent un rôle dans nos capacités motrices, ils peuvent les améliorer ou les détériorer.

Sa dépendance à l'alcool et sa peur de l'eau sont venues altérer la qualité de la prise en soins psychomotrice. De plus, le manque de régularité des séances lié à des indisponibilités de Mme G, (bronchite, infection urinaire, douleurs lombaires) peut venir expliquer ses difficultés.

Ceci dit, malgré sa peur de l'eau, Mme G apprécie de venir en séance de balnéothérapie. Elle est heureuse et fière de voir qu'elle peut se déplacer de manière relativement autonome dans l'eau. Elle dit souvent : « *Ma fille serait fière de me voir !* ».

Synthèse de l'étude de cas de Mme G :

Le cas de Mme G illustre que la médiation EAU est bel et bien un atout auprès de la population vieillissante. Le fait de marcher et d'investir son corps rend Mme G heureuse et fière d'elle, ce qui la valorise et entretient son estime.

Réflexions en lien avec les études de cas :

Pour finir sur ces études de cas, j'insisterai sur le fait qu'en gériatrie, c'est la Psychomotricité du Présent qui est appliquée. En effet avec la population vieillissante, l'avenir reste rempli d'incertitude.

Le 24 Mars 2013 à 14h, **Mme G** décède suite à une hospitalisation pour insuffisance respiratoire. Rien ne laissait présager qu'elle allait subitement nous quitter et pourtant, la réalité est là. Ma prise en soin avec Mme G s'arrête donc brusquement ce jour-là, non sans émotions pour moi.

Durant ce stage, j'ai réalisé à quel point cette population était fragile, vulnérable et dépendante. J'ai conscience que le travail effectué auprès des personnes âgées engage le présent, l'instant T de leur vie. Pour autant, il est essentiel de continuer à se projeter dans un futur proche, tout en accueillant ce que la vie peut réserver comme imprévu, comme cela a été le cas pour Mme G.

De cette expérience humaine, je retiens combien il est important que le psychomotricien soit à l'écoute de lui-même, en capacité d'accueillir et canaliser ses émotions. Il devra rechercher sa propre stabilité, vivante et non figée, pour offrir un étayage et accompagner le patient avec une plus grande justesse. Cette justesse est nécessaire pour ceux dont les corps qui chavirent ont besoin d'un appui sûr.

La gériatrie est une discipline du présent, à laquelle le psychomotricien doit s'adapter :

*« Chaque rencontre est une fuite. A peine l'embrassons-nous qu'elle se dissipe. Elle était juste un souffle... nous restons les mains vides. Alors, les portes de la perception s'entrouvrent et apparaît l'autre temps, le vrai, celui que nous cherchions sans le savoir : le Présent, la Présence ».*¹

¹ Octavio PAZ, le discours de Stockholm, (extrait de Jacques GARROS, Corporellement, p 34).

CONCLUSION

Travailler la verticalité renvoie l'homme à ses racines, à son histoire corporelle qui le distingue des autres espèces. Les notions d'identité et d'appartenance à un groupe sont mises en jeu. L'identité est ancrée dans le corporel.

Le déclin de la verticalité joue un rôle dans la perte d'autonomie et le repli affectif et psychologique de la personne âgée. Il convient donc d'axer un travail psychomoteur autour des thématiques de l'axe et du redressement pour favoriser l'équilibre psychocorporel.

L'eau est une excellente médiation pour travailler autour de ces thématiques. Les personnes âgées apprécient cette médiation et sont en demande d'une prise en soin en balnéothérapie. J'ai pu constater que l'eau, par ses caractéristiques physiques et physiologiques, participait activement à renforcer la verticalité et à impulser un redressement physique chez la personne. L'eau est un berceau de verticalité.

J'ai aussi observé qu'en réinvestissant et se réappropriant son corps, le sujet âgé réinvestit son identité et réassure son estime. Dans l'eau je suis MOI, vivant et interagissant avec le monde.

Cependant, cette médiation reste difficile à appliquer, du fait de ses nombreuses limites et des contraintes techniques qu'elle impose. Le psychomotricien doit sans cesse s'adapter et s'ajuster à ces inconvénients pratiques.

Il doit également composer avec la problématique et la personnalité du sujet âgé en étant à l'écoute de son corps vieillissant, afin de proposer une prise en soins de qualité et un accompagnement "au plus près de la personne", selon son attente :

« Maintenant que je suis âgé, au lieu de me dévisager, j'aimerais que l'on m'envisage »¹.

Ce stage m'a aussi fait réaliser combien la notion de mort est présente en EHPAD. L'équipe soignante doit composer avec elle au quotidien. La mort est une étape de la vie qui nous rappelle que les moments passés sont des cadeaux à partager.

Ainsi, la psychomotricité exercée est celle du présent. C'est pourquoi il est essentiel d'être à l'écoute de la personne et toujours disponible à l'instant présent, vu l'incertitude de l'avenir.

¹ Jean COCTEAU, extrait de *Thérapie psychomotrice* N°116 (1998), p54.

Cette incertitude peut être source de démotivation, surtout si le psychomotricien n'y prend pas garde et qu'il n'a par ailleurs pas de lieux où se ressourcer. En effet, face à cette population souffrant souvent de poly-pathologies, le psychomotricien fait état d'une pratique souvent discrète, même si les progrès dus aux soins psychomoteurs sont réels.

De plus, l'immobilisme lié au Grand Âge et le besoin de stabilité peuvent amener le psychomotricien à une pratique routinière. Pour l'éviter, il devra trouver un équilibre pour d'une part maintenir les repères et rituels sécurisants, et d'autre part introduire des nouveautés dans l'exercice de sa pratique professionnelle.

La formation continue sera elle aussi la bienvenue.

Par ailleurs, suite à mes stages dans trois EHPAD différents, j'ai constaté que la gériatrie avait un immense besoin non satisfait de psychomotricité, que ce soit dans le cadre du vieillissement normal ou pathologique.

Je suis aujourd'hui convaincue que le psychomotricien a un rôle déterminant en gériatrie, notamment dans le cadre de la prévention des chutes, la lutte contre la grabatisation et la perte d'autonomie, ainsi que dans l'accompagnement de la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer.

A noter qu'à ses débuts, la psychomotricité était majoritairement centrée sur l'enfant. Or cette discipline semble aujourd'hui davantage reconnue dans le domaine de la gériatrie.

« La psychomotricité a-t-elle trouvé l'envergure qui lui permet d'embrasser la vie d'un bout à l'autre ? Nous l'espérons... »¹.

¹ GAUCHER-HAMOUDI, O. et GUIOSE, M. Soins palliatifs et psychomotricité, p117.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	4
<u>PARTIE I</u>: VERTICALITÉ : CONSTRUCTION DE L'AXE CORPOREL AU REDRESSEMENT	6
I. L'ÉVOLUTION DE L'ESPÈCE HUMAINE	6
1.1. <u>Être Debout</u>	6
1.1.1. La bipédie	6
1.1.2. Le centre de gravité.	7
1.2. <u>Une architecture humaine au service du mouvement</u>	7
1.2.1. L'architecture osseuse	7
1.2.2. L'architecture musculaire	9
1.3. <u>Des pieds à la tête</u>	10
1.3.1. L'évolution du cerveau et les neurones miroirs	10
1.3.2. Les appuis au sol	11
II. UNE ANNÉE POUR SE METTRE DEBOUT : LE REDRESSEMENT CHEZ LE NOURRISSON	12
2.1. <u>Construction de l'axe corporel</u>	12
2.2. <u>Construction de l'axe corporel chez l'enfant</u>	13
2.2.1. La genèse de l'axe corporel selon André BULLINGER.....	13
2.2.2. L'acquisition de la station debout et de la marche	13
2.3. <u>Les acteurs du redressement</u>	15
2.3.1. Les réflexes archaïques	15
2.3.2. Le tonus musculaire	16
2.3.3. Les schèmes moteurs.....	16
III. RESTER DEBOUT : LA VERTICALITÉ CHEZ LE SUJET AGÉ	18
3.1. <u>Le vieillissement</u>	18
3.1.1. Le vieillissement normal	18
3.1.2. Le vieillissement pathologique.....	20
3.2. <u>La chute</u>	23
3.2.1. Étiologie et symbolisation de la chute	23
3.2.2. La chute du point de vue de la verticalité	24
IV. VERTICALITÉ ET CONSCIENCE CORPORELLE	24

PARTIE II : UN ÉLÉMENT, UNE MÉDIATION : L'EAU..... 27

I. L'EAU, UN ÉLÉMENT VITAL 27

1.1. La part de l'eau dans le corps humain 27

1.1.1. L'eau source d'apports en sel minéraux 27

1.1.2. Les fonctions de l'eau dans notre organisme 27

1.2. La symbolique de l'eau 28

1.2.1. L'eau destructrice 28

1.2.2. L'eau curative et/ou sacrée 28

II. LA MÉDIATION EAU 29

2.1. La médiation : un champ d'intervention en psychomotricité 29

2.1.1. Définition d'une médiation : 29

2.1.2. Objectifs 29

2.1.3. La médiation « eau » en psychomotricité 29

2.2. Les caractéristiques de l'eau 30

2.2.1. Résistance et fluidité 30

2.2.2. Pression et allègement 30

2.2.3. Contenance et enveloppement 31

2.2.4. Subjectivité de l'eau 31

2.2.5. Malléabilité et Indestructibilité 32

2.2.6. Variabilité de la température 32

2.2.7. Effet « écho » 32

2.3. Les modalités psychomotrices de l'eau 32

2.3.1. Sensorialité 32

2.3.2. Unité et conscience corporelle 33

2.3.3. Appuis et Verticalité 33

2.3.4. Le corps en mouvement 34

2.3.5. Variations toniques 35

2.4. Quelques indications thérapeutiques en gériatrie 35

2.5. Les limites de cette médiation 36

2.5.1. Limites physiologiques 36

2.5.2. Limites humaines et institutionnelles 36

2.5.3. Limites techniques 37

PARTIE III : VERTICALITÉ, EAU, PSYCHOMOTRICITÉ 39

I. LA PSYCHOMOTRICITÉ : UNE MÉDIATION DE LA RELATION 39

1.1. Le lien patient / thérapeute en psychomotricité 39

1.2. La question du portage et du holding psychomoteur 39

1.3. Le dialogue tonico-émotionnel 40

II. LA VERTICALITÉ DU POINT DE VUE PSYCHOMOTEUR	41
2.1. <i>La respiration</i>	41
2.2. <i>L'enroulement</i>	41
2.3. <i>L'appui visuel</i>	42
2.4. <i>Le retournement</i>	42
2.5. <i>Le repoussé du sol</i>	42
III. OBJECTIFS DE TRAVAIL DE VERTICALITÉ DANS L'EAU EN SÉANCE PSYCHOMOTRICE AVEC UN SUJET ÂGÉ.....	43
3.1. <i>Le redressement physique</i>	43
3.1.1. Marcher : Un jeu d'équilibres et de déséquilibres	43
3.1.2. Travail des appuis plantaires	44
3.1.3. Prévention des chutes	46
3.2. <i>Le redressement psychique</i>	46
3.2.1. Sensorialité et conscience de soi.....	46
3.2.2. La relation à l'autre, créatrice du "JE"	47
3.2.3. Notions de dignité et d'humanité	47
<u>PARTIE IV</u> : ÉTUDE DE CAS	50
I. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	50
1.1. <i>La structure</i>	50
1.2. <i>Projet de Soins de l'Établissement</i>	51
1.3. <i>La psychomotricité au sein de l'établissement</i>	52
II. UNE SÉANCE DE BALNÉOTHÉRAPIE	52
2.1. <i>Cadre thérapeutique</i>	52
2.2. <i>Déroulement général d'une séance en balnéothérapie</i>	53
III. PRÉSENTATION DES ÉTUDES DE CAS	54
3.1. <i>Monsieur L</i>	54
3.2. <i>Madame G</i>	64
CONCLUSION	73
TABLE DES MATIÈRES	75
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES	80

BIBLIOGRAPHIE

▪ Ouvrages et Articles :

- **ALBARET, J-M. et AUBERT, E.** « Vieillesse et psychomotricité », Solal, 2001
- **ANZIEU, D.** « Le Moi-peau », Dunod, Paris, 1995.
- **AUCOUTURIER, B.** « La méthode Aucouturier » de Boeck, 2004.
- **BERTHOZ, A.** « Le sens du mouvement », Broché, 1997.
- **BERNARD, C. et FADAS, M.** « les barres parallèles un outil pour rééduquer. », article n°4 Juillet-aout-sept 2011 Doc'Alzheimer.
- **BLONDEL, S.**, « à la recherche de l'équilibre perdu », article n°5 Oct-nov-dec 2011 Doc'Alzheimer.
- **BOBIN, C.** « L'homme-joie », Paris, 2012.
- **BOBIN, C.** « Présence Pure », Gallimard, 1999.
- **BULLINGER, A.** « Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. », Eres, Toulouse, 2011, Pages 136 à 143.
- **CHEDID, A.** « Lucy, la femme verticale », Flammarion, mars 1998.
- **DE HENNEZEL, M.** « La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller. », Laffont, mai 2010.
- **DE SOUZENELLE, A.** « Le symbolisme du corps humain », éditions Dangles, 2009, Pages 202-203.
- **DOLTO, F.** « L'image inconsciente du corps. », éditions du Seuil, 1984.
- **EMOTO, M.** « Les messages cachés de l'eau. », Traduction Paris, 2004.
- **FEIL, N.** « Validation mode d'emploi. », 2^{ème} édition, Pradel, 1994.
- **GARROS, J.**, « Corporellement... », centre Lafaurie Monbadon, 2001.
- **GAUCHER-HAMOUDI, O. et GUIOSE, M.** « Soins palliatifs et psychomotricité », Heures de France, 2007.
- **GINESTE, Y. et PELLISSIER, J.** « Humanité », Armand Colin, Paris, 2007.
- **JUHEL, J-C.** « La psychomotricité au service de la personne âgée. », PUL, 2010.
- **LATOURE, A.M.** « La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques. », Eres, Toulouse, 2010.
- **LESAGE, B.** « Toucher : du tabou au cadre. », Thérapie psychomotrice N°148

- **PEYRICHOUX, M.** « C'est le cœur qui parle... », Thérapie psychomotrice N°116
- **POTEL, C.** « Être psychomotricien », Eres, Toulouse, 2012.
- **POTEL, C.** « Le corps et l'eau », Eres, Toulouse, 2009.
- **PRAYEZ, P. et SAVATOFSKI, J.** « Le toucher apprivoisé », LAMARRE, 2003.
- **REEVES, H.** « Oiseaux, merveilleux oiseaux. », éditions du Seuil, 1998, P.74 à 75, P.125.

- Sites internet :

- <http://www.ateliers-du-camisalie.fr/>
- <http://guide-psycho.com/les-médiations-en-psychomotricité/l-eau/>
- <http://guide-psycho.com/les-médiations-en-psychomotricité/>

- Films :

- **ETIENNE. A-M,** « Sous le figuier », 20 Mars 2013.
- **HANEKE. M,** « Amours », 24 Octobre 2012.
- **ROBELIN. S,** « Si on vivait tous ensemble », 18 Janvier 2012.

ANNEXES



Le bassin thérapeutique attenant à la salle
de psychomotricité.



La chaise hydraulique