



HAL
open science

Quel est l'enjeu de la marche chez la personne âgée ? Les répercussions physiques et psychologiques du vieillessement sur la marche

Estelle David

► **To cite this version:**

Estelle David. Quel est l'enjeu de la marche chez la personne âgée ? Les répercussions physiques et psychologiques du vieillissement sur la marche. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187648

HAL Id: dumas-01187648

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187648>

Submitted on 27 Aug 2015

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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91 bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



Quel est l'enjeu de la marche chez la personne âgée ?

Les répercussions physiques et psychologiques du vieillissement
sur la marche.

Mémoire présenté en vue de l'obtention du DE de psychomotricien

Référent de mémoire :
Delphine VAILLANT

DAVID Estelle
Session Juin 2015

REMERCIEMENTS

A l'heure où je rédige les dernières lignes de ce mémoire, je voulais remercier en premier lieu mes parents. Durant ces six années d'études supérieures, vous avez fait en sorte que je puisse travailler dans les meilleures conditions grâce à votre aide financière, votre soutien et vos encouragements. Aujourd'hui j'approche du but et cela grâce à vous.

Ensuite je ferais une petite dédicace à mes camarades de promo et en particulier Flore et Lara pour la joie et la bonne humeur que vous m'avez apportées durant ces trois années. De nombreux matins, quand le réveil sonnait trop tôt, ce fût une des raisons qui me poussait à sortir du lit...

Je remercierai également mes maîtres de stage qui m'ont apporté leur connaissance, leur expérience et m'ont laissé m'exercer sous leurs yeux bienveillants.

Une pensée à tous ceux, qui de près ou de loin, m'ont soutenu, divertit et changé de mon quotidien. Je pense notamment à Aurélie, Ludmilla, Marion, Myrtille et tous les autres.

Enfin, un grand merci à toi, Adrien, pour le soutien, l'attention et la tendresse que tu m'as apporté tout au long de ces années.

Sommaire

INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE	8
I) La bipédie, fonction spécifique de l'Homme	8
1) Rappel phylogénétique	8
a) La recherche de parenté entre les êtres vivants	8
b) Les critères d'appartenance à la lignée humaine	9
2) L'acquisition de la marche, un processus	10
a) Les premiers mois de vie	10
b) Les retournements	11
c) Le ramper et la marche quadrupède	11
d) La posture érigée puis la marche	12
3) Le déroulement de la marche	13
4) Les différentes structures anatomiques de la marche	14
a) Les os, les muscles et les articulations	15
b) Le tonus musculaire	16
c) La transmission de la commande motrice	17
5) Le déplacement soutenu par les sens	18
a) La vue	18
b) L'ouïe et le système vestibulaire	19
c) La peau et la fonction tactile	20
d) La proprioception	21
II) Le vieillissement physiologique	21
1) L'altération des structures anatomiques	22
a) Le muscle	22
b) L'os	22
c) Les articulations	23
d) Le système pulmonaire	23
e) Le système cardio-vasculaire	24
2) La modification des systèmes sensoriels	25
a) La vue	25
b) L'ouïe et le système vestibulaire	26

c)	La somesthésie.....	26
3)	Le retentissement sur la locomotion.....	27
III)	Quel retentissement sur la marche ?	29
1)	La chute et ses conséquences.....	29
a)	La peur de tomber	29
b)	La phobie de la chute.....	30
c)	Le syndrome post-chute	30
d)	Le syndrome de régression psychomotrice	30
2)	La chute et l'identité de la personne.....	31
3)	Les effets de la marche sur le corps	32
a)	Le système osseux.....	33
b)	Les cartilages	33
c)	Les muscles.....	33
d)	La circulation sanguine	33
e)	Le système respiratoire.....	34
f)	Le système nerveux périphérique	34
g)	Le système nerveux central.....	34
	PARTIE CLINIQUE	36
I)	Présentation de la structure	36
1)	L'institution.....	36
2)	La philosophie du soin, l'Humanitude	37
3)	La place de la psychomotricité	39
II)	Monsieur C.....	40
1)	Première rencontre.....	40
2)	Anamnèse	41
3)	Le bilan psychomoteur	42
4)	Suivi psychomoteur	45
III)	Madame B.....	49
1)	Présentation du groupe équilibre.....	49
2)	Première rencontre.....	50
3)	Anamnèse	51
4)	Bilan psychomoteur.....	52
5)	Suivi psychomoteur	54

DISCUSSION	57
I) Le contexte de mon travail	57
1) L'origine de mon travail	57
2) Le retentissement psychologique du vieillissement	58
a) La notion de crise	58
b) La spécificité de la crise	58
c) Le travail de deuil	59
d) Les modifications corporelles et l'image du corps	60
3) La vie en institution	60
a) L'évolution de la prise en charge des aînés	61
b) L'entrée en institution.....	61
c) La perception de l'institution	62
d) Les retentissements psychologiques liés à ce nouvel environnement .	62
II) Pourquoi maintenir la marche ?.....	63
1) Marche et autonomie.....	63
a) Institution et autonomie	63
b) L'acquisition de l'autonomie	63
c) Comment aider à préserver cette autonomie en institution ?.....	64
2) Des accompagnements en lien avec l'Humanitude	66
a) L'impact de la grabatisation.....	66
b) S'adapter en fonction des possibilités du patient	67
c) Intervenir de façon adaptée	68
3) Le choix d'une prise en charge groupale.....	69
a) La définition du groupe.....	69
b) Ce qui sous-tend le groupe.....	70
c) Le groupe thérapeutique	71
III) Mon travail en tant que stagiaire psychomotricienne.....	72
1) La création d'un lien thérapeutique.....	72
a) La relation de confiance.....	72
b) La présence de l'autre	74
c) Écoute et empathie	75
2) Mon rôle de soutien.....	76
a) La verbalisation du psychomotricien	76

b) La communication non-verbale.....	77
3) Mes limites.....	78
a) Des limites liées à des facteurs physiologiques progressifs	78
b) Des limites liées aux angoisses	79
CONCLUSION.....	80
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXES.....	84
Annexe 1	84
Annexe 2	85
Annexe 3	86
Annexe 4.....	87
Annexe 5.....	88
.....	88
Annexe 6.....	89

INTRODUCTION

En début d'année, j'ai assuré le suivi de Mme D. en collaboration avec ma maître de stage. Cette dame, se déplaçant exclusivement en fauteuil, répétait sans cesse à chaque séance qu'elle voulait remarcher. Cependant, la mise à la verticalité lui était très couteuse et nécessitait l'aide de deux personnes. Pour retrouver la bipédie, un long travail lui était nécessaire. Plusieurs évènements ont empêché ce travail mais ses paroles sur cette envie de se déplacer m'ont questionné. Cette demande claire et explicite de sa part, je l'ai également retrouvé chez M.C. et Mme B. de façon moins marquée mais tout aussi importante. C'est ainsi que j'ai voulu réfléchir plus amplement sur ce que représente la marche chez la personne âgée. D'une façon générale, le sujet âgé est vu par le reste de la population comme quelqu'un de diminué, de plus fragile, ayant moins d'équilibre. Je me suis donc demandé comment le vieillissement impacte, retentit sur la marche et surtout comment est ressenti, vécu ce ralentissement par la personne elle-même en particulier quand la marche n'est plus aussi performante ou que la chute surgit.

Pour cela, je vais détailler toutes les fonctions qui interviennent dans la marche après avoir rappelé rapidement les origines de la bipédie chez l'Homme et son acquisition. Ensuite, je détaillerai l'impact du vieillissement au niveau corporel et j'évoquerai son retentissement sur la marche. Pour conclure la partie théorique je parlerai de la chute. Je vous présenterai également M.C. et Mme B. plus précisément ainsi que le travail effectué avec eux. Enfin, je discuterai autour du rôle du psychomotricien dans ce processus du maintien de la marche.

PARTIE THEORIQUE

I) La bipédie, fonction spécifique de l'Homme

Cette partie va s'intéresser aux origines de la bipédie chez l'Homme, son acquisition et va recenser les différents paramètres qui entrent en jeu lors de la marche. Le psychomotricien doit avoir connaissance de tous ces processus pour élaborer un projet thérapeutique efficace.

1) Rappel phylogénétique

a) La recherche de parenté entre les êtres vivants

La classification phylogénétique est un système de classification des êtres vivants qui a pour objectif de rendre compte des degrés de parenté entre les espèces et qui permet de comprendre leur histoire évolutive. Celle-ci étudie la recherche de parentés entre les divers êtres vivants en comparant les caractères partagés entre eux.

Cette classification met en évidence plusieurs caractéristiques communes partagées par l'Homme et d'autres êtres vivants. Ainsi, l'Homme est un :

- Eucaryote comme tous les êtres vivants sur Terre, à l'exception des bactéries. Il possède donc des cellules nucléées porteuses de l'information génétique.
- Vertébré et possède des vertèbres alignées le long de l'axe dorsal. Elles sont au nombre de 24, 7 vertèbres cervicales, 12 vertèbres thoraciques et 5 vertèbres lombaires.
- Tétrapode, c'est-à-dire qu'il a deux paires de membres (supérieurs et inférieurs), munis dans son cas de 5 doigts, pour se déplacer.
- Amniote, l'embryon se trouve dans un milieu liquide à l'intérieur d'une annexe embryonnaire en forme de poche, l'amnios.
- Mammifère, il est vivipare, l'embryon se développe à l'intérieur de l'utérus, et il allaite ses petits. Il possède également des poils.
- Primate, son pouce est opposé aux autres doigts et l'extrémité des doigts riche en terminaisons nerveuses porte des ongles. L'appareil visuel

permet une perception de qualité des reliefs. Le cerveau est muni d'un cortex bien développé.

- Hominoïdes, c'est un primate supérieur dépourvu de queue. Cette classe regroupe le gibbon, le chimpanzé, le gorille, l'orang-outan et l'Homme.
- Hominidés. L'étude des caryotypes précise le degré de parenté entre les hominoïdes. Cette catégorie regroupe plus que le gorille, le chimpanzé et l'Homme.
- Homininés. L'analyse des séquences d'ADN définissent ce groupe qui est composé des chimpanzés et de l'Homme.

L'homme possède ainsi plusieurs qualités en commun avec le chimpanzé. En premier lieu, une proximité génétique entre les deux espèces est de 99%. Seules les variations de l'expression de quelques gènes expliquent les différences phénotypiques importantes entre les deux. Tous les deux sont capables de fabriquer des outils, même s'ils sont plus perfectionnés chez l'Homme. Enfin, les deux espèces vivent en communauté avec une organisation sociale et des comportements sociaux enseignés d'une génération à l'autre.

b) Les critères d'appartenance à la lignée humaine

La lignée humaine regroupe toute l'histoire du plus récent ancêtre commun à l'Homme et au chimpanzé jusqu'à l'apparition de l'Homme moderne. Plusieurs espèces d'Homininés ont vécu entre -6 millions d'années et -100 000 ans pour aboutir à l'Homme moderne actuel, l'*Homo Sapiens*. Cette lignée humaine se distingue des autres espèces par trois grands critères principaux.

Tout d'abord, des caractères liés directement à la bipédie exclusive, première innovation apparue qui a conduit à la séparation avec la lignée des grands singes. Une espèce est bipède uniquement si elle passe plus de temps à marcher sur les deux membres inférieurs qu'à se déplacer par tout autre moyen. Elle caractérise aussi les oiseaux et certains dinosaures, mais l'Homme est le seul bipède et bimane (deux mains à pouces opposables).

Pour permettre cette station, une organisation ostéologique particulière notamment au niveau du bassin est nécessaire. Celui-ci est raccourci, les os iliaques courts et larges permettent l'insertion des muscles fessiers puissants indispensables à la station debout. Les fémurs sont obliques et les os des

membres inférieurs sont plus développés que ceux des membres supérieurs. Le pied est adapté à la marche et le gros orteil est dans l'alignement des autres. La position avancée du trou occipital sous le crâne permet à la tête d'être en équilibre au sommet de la colonne vertébrale qui présente quatre cambrures caractéristiques.

Le squelette du crâne se différencie par la présence d'un front haut et d'un volume crânien important (1 400 cm³). Les structures osseuses sont caractéristiques, mâchoires légères, arcade dentaire parabolique ou « en V », dents relativement réduites.

Enfin, l'Homme possède aussi un. Il s'observe par des traces extrêmement diverses, l'utilisation du feu et d'outils, des activités culturelles...

L'ensemble de ces fonctions caractérise l'Homme et confère une appartenance à un groupe, base de son identité.

2) L'acquisition de la marche, un processus

A sa naissance, le petit de l'Homme n'a pas encore les capacités de se mouvoir dans l'espace. Pour arriver à la station bipède un long processus lui est nécessaire et cela va nécessiter presque 2 ans¹.

a) Les premiers mois de vie

Au début de sa vie, le bébé présente une hypotonie de l'axe et une hypertonie des membres. Cette répartition tonique déséquilibrée entraîne des mains et des pieds en flexion et un port de tête impossible. Au fil des mois, la maturation neurologique participe à l'équilibration tonique selon deux lois immuables chez tous les vertébrés. La première, la loi céphalo-caudale, permet au bébé de contrôler les muscles de son visage, de son cou jusqu'au bas du dos. La seconde, la loi proximo-distale, garantit la maîtrise des muscles les plus proches du tronc vers les parties les plus distales, les mains et les pieds.

¹ Cf annexe 1.

Des réflexes archaïques, qui tendent à disparaître avec l'âge s'observent, notamment celui appelé « marche automatique ». Un nourrisson se redresse automatiquement lorsque ses pieds touchent le sol durant les trois premiers mois de vie. Ce réflexe est-il le prélude de la marche ? Annabelle Miermon, Céline Benoit-Marouani et Marianne Jover², indiquent que les avis divergent selon les théories. Pour les maturationnistes, le lien entre mouvement volontaire et réflexe n'est qu'apparent, les comportements archaïques doivent disparaître pour que s'installe la motricité orientée et volontaire. A l'inverse, les théories dynamiques envisagent un lien direct entre marche automatique et locomotion.

b) Les retournements

En moyenne, les bébés maintiennent leur tête à l'âge de deux mois. La maîtrise des muscles du cou promulgue à l'enfant la capacité de prolonger son regard plus loin en pivotant sa tête. Le regard possède une fonction clé dans l'acquisition de la bipédie. En effet, la vue d'une personne, d'un objet, donne un but, une intention au déplacement et l'envie d'aller vers. C'est ainsi que vers 6 mois, le bébé maîtrise le retournement du dos vers le ventre. Cette évolution est sous-tendue par de multiples expériences, notamment des activités induisant des torsions au niveau de l'axe corporel.

Un peu plus tard, l'enfant acquiert la possibilité de passer du décubitus dorsal à la position assise. Pour cela, il se retourne en décubitus ventral, il regroupe ses jambes pour les passer sous le bassin, ce qui l'oblige à se mettre en position de quatre pattes, avant de se pivoter pour poser le bassin sur le sol. En moyenne, le bébé peut s'asseoir de lui-même vers neuf mois. Grâce à la maturation neurologique le bébé tient seul en position assise à partir de six mois. Avant, il tient droit le haut de son dos mais il ne contrôle pas encore la zone lombaire. Il peut être installé assis à condition de lui donner un appui.

c) Le ramper et la marche quadrupède

La position en décubitus ventral, nécessite le repoussé des bras et du sternum pour dégager la tête du sol. Pour cela, le bébé doit avoir une mobilité dorsale efficace jusqu'au pivot que constitue la vertèbre D8, charnière entre la

² MIERMON A., BENOIT-MAROUANI C., JOVER M., in Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2011, p 49.

partie inférieure et supérieure du tronc. Dans cette position, l'enfant peut porter les objets à la bouche et continuer à explorer le monde qui l'entoure. C'est dans cette dynamique que le bébé va prendre appui sur ses coudes pour chercher à avancer. Souvent, le déplacement se fera en marche arrière et les jambes ne seront pas encore actives. Puis, l'enfant finit par ajouter les jambes et ramper. En fonction des enfants, cette étape apparaît vers neuf mois.

La marche quadrupède ou quatre pattes succède à la reptation. Le mouvement des membres alternés et croisés se poursuit désormais sur l'appui des mains et des genoux, voire des pieds. Ce type de déplacement est plus rapide et plus efficace que le ramper. Elle s'observe vers l'âge de dix mois

d) La posture érigée puis la marche

Quel que soit les moyens utilisés, l'enfant parvient alors à se hisser et à se tenir debout entre dix et onze mois. Au début, l'équilibre reste précaire. Le polygone de sustentation est élargi, les bras sont écartés pour permettent de faire contrepoids. Les chutes demeurent assez fréquentes. Petit à petit, l'enfant, en se tenant à un support, va réutiliser ce qu'il a exploré avec la reptation et la marche quadrupède, à savoir, le mouvement alternés des membres. Il effectue alors ses premiers pas au début de sa première année.

En moyenne, la marche est acquise à un an par l'enfant. Cette bipédie n'est pas encore totalement fonctionnelle. Le regard se porte préférentiellement sur le sol et la position des pieds. L'attaque par le talon est absente, le pied se pose plutôt à plat et le polygone de sustentation reste élargi. Les trois à cinq mois après les premiers pas constituent la « phase d'intégration de la posture et du mouvement ». Durant cette période, la marche devient efficace, la vitesse et la longueur du pas augmentent, l'écartement des pieds et la durée du double-appui diminuent. La phase d'ajustement, d'une durée de cinq à six ans, permet à la marche de l'enfant de devenir semblable qualitativement à celle de l'adulte.

L'expérimentation des différents niveaux d'évolutions motrices varie d'un individu à l'autre. Selon chacun, l'ordre peut varier, certains déplacements sont inutilisés ou très peu usités, l'acquisition se fait avant ou après les moyennes établies et le développement se réalise de manière plus ou moins linéaire. Mais

comme le précise Annabelle Miermon, Céline Benoit-Marouani et Marianne Jover³, quel que soit l'âge d'apparition de l'acquisition de la marche par le petit de l'Homme, ce moment constitue toujours un instant symboliquement important pour son entourage. Comme souligné plus haut, la marche bipède est spécifique de l'Homme, la joie éprouvée en cet instant par les parents pourrait alors s'expliquer par l'appartenance totale de leur progéniture au même groupe, faisant de lui un pair à part entière.

3) Le déroulement de la marche

La marche est le mode de locomotion naturel de l'être humain, elle permet de combiner le maintien de l'équilibre debout et la propulsion. Elle met en jeu de manière combinée et alternée les deux membres inférieurs. La marche se caractérise par une succession de doubles appuis et d'appuis unipodaux, le corps restant en permanence en contact avec le sol par au moins un appui unilatéral.

Selon David GASQ, François MOLINIER et Jean-Michel LAFOSSE⁴ le cycle de la marche, c'est-à-dire lorsque le pied décolle du sol jusqu'au moment où il reprend contact, comporte plusieurs phases. Une phase d'appui qui correspond à toute la période où le pied est en contact avec le sol. Elle commence lorsque le pied touche le sol et se termine lorsque les orteils décollent du sol. Et une phase oscillante où le pied n'est plus en contact avec le sol et qui permet l'avancée du membre inférieur. Son début correspond au décollement des orteils et sa fin au contact initial suivant du même pied.

Les différentes phases qui interviennent sur le pied controlatéral doivent aussi être prises en compte. En reprenant le cycle de la marche, porté plus précisément sur le pied droit. On retrouve⁵ :

- Une phase de double appui de réception qui débute avec le contact initial du pied droit, et se poursuit par le transfert du poids du corps du membre inférieur gauche sur le droit.
- Une phase d'appui unipodal sur le pied droit qui débute lorsque le pied gauche décolle et se termine lorsque le pied gauche reprend contact avec

³ *Ibid*, p 47

⁴ GASQ D., MOLINIER F., LAFOSSE J.-M. *Physiologie, méthodes d'explorations et troubles de la marche* disponible sur le site de l'université de médecine de Toulouse.

⁵ Cf annexe 2.

le sol. En parallèle, cette phase correspond à la phase oscillante du pied gauche.

- Une phase de double appui de propulsion qui débute avec le contact initial du pied gauche, alors que le pied droit est en train de décoller. Il y a un transfert de poids du corps sur le membre inférieur gauche.
- Une phase oscillante qui débute avec la perte de contact du pied droit avec le sol et se termine avec le début d'un nouveau cycle. Cette phase correspond à la phase d'appui unipodal du pied gauche.

Le déroulement de la marche s'inscrit dans un espace spatio-temporel. Différents paramètres spatiaux interviennent :

- Le pas correspond à la progression vers l'avant du pied oscillant par rapport au pied portant. Le pas permet au marcheur de progresser vers l'avant.
- La longueur du pas est définie par la distance de progression vers l'avant du pied oscillant par rapport à l'autre.
- L'enjambée correspond à la succession de deux pas.
- L'angle du pas correspond à l'angle ouvert en avant formé entre l'axe de progression et l'axe du pied.
- La largeur du pas correspond à la distance entre l'axe de progression et la partie médiane du talon. Cet écartement définit le polygone de sustentation.

Des paramètres temporels sous-tendent la marche et sont également multiples :

- La cadence correspond au nombre de pas par minute
- La vitesse de marche, observable en chronométrant le sujet pour effectuer une distance donnée.
- Le temps d'appui bipodal correspond à la durée moyenne des temps de double appui lors d'un cycle de marche.
- Le temps d'appui unipodal correspond à la durée moyenne du temps d'appui unipodal lors d'un cycle de marche droit ou gauche. Ce temps sera égal au temps oscillant du côté controlatéral.

4) Les différentes structures anatomiques de la marche

La marche met en jeu des processus complexes. Il s'agit d'une activité automatisée nécessitant d'une part le maintien d'un équilibre dynamique, et d'autre part une organisation motrice hiérarchisée et synchronisée.

a) Les os, les muscles et les articulations

Même si l'ensemble du corps entre en jeu lors de la marche (tenue de la posture, ballant des bras, etc.), l'attention, ici, se portera sur l'appareil locomoteur, et plus précisément sur les membres inférieurs.

Chaque os possède une forme spécifique, qui s'intrique entre eux grâce aux articulations, afin de garantir à l'Homme diverses fonctions, comme la bipédie, la préhension... Lors de la bipédie plusieurs sont en action :

- En premier lieu, l'articulation coxo-fémorale ou articulation de la hanche, entre la tête du fémur et le cotyle, confère une amplitude de mouvement importante à l'ensemble de la jambe. Des mouvements de flexion/extension, d'adduction (mouvement vers la ligne médiane du corps)/abduction (mouvement opposé à la ligne médiane) et de rotation interne et externe sont réalisables.
- L'articulation du genou qui met en jeu le fémur, le tibia et la rotule ou patella, assure principalement la flexion du genou (l'extension constitue juste le retour du genou en position anatomique). Des mouvements de rotations sont réalisables lorsque le genou est fléchi mais elles sont de faibles amplitudes.
- L'articulation talo-crutale ou articulation de la cheville entre la fibula, le tibia et le talus garantit la flexion/extension du pied, des mouvements de pronation (relevant le bord externe du pied) et de supination (relevant le bord interne du pied) et des mouvements d'adduction/abduction. En pratique, il y a une association automatique de ces trois sortes de mouvements. Un mouvement d'éversion qui associe abduction, flexion dorsale et pronation et mouvement d'inversion qui allie adduction, flexion plantaire et supination.
- Enfin, les articulations du tarse, à savoir les articulations de Chopart ou médio-tarsienne et l'articulation de Lisfranc ou tarso-métatarsienne, assurent la souplesse du pied.

La mise en mouvement de cette charpente osseuse nécessite une action musculaire, et dans le cas précis, cinq muscles principaux interviennent :

- Le Gluteus Medius ou moyen fessier, naît sur la partie moyenne de la fosse iliaque externe et converge vers le grand trochanter. Il assure l'abduction de la hanche et surtout lors d'un appui unipodal, il stabilise le bassin afin qu'il ne « tombe » pas du côté opposé.
- Le quadriceps, est composé de quatre chefs (le droit antérieur, les vastes externe et interne et le crural) qui se termine sur un tendon commun. Celui-ci enjambe la rotule, s'y attache en partie, puis forme le tendon rotulien, qui se termine sur la tubérosité antérieure du tibia. Il assure principalement l'extension du genou.
- Les ischio-jambiers situés à l'arrière de la cuisse, se composent du long biceps, du demi-membraneux et du demi-tendineux. Leur action principale est la flexion du genou.
- Le tibial antérieur ou le jambier antérieur, situé sur la face externe du tibia permet la flexion dorsale du pied et participe à l'inversion.
- Pour terminer, le triceps sural composé du soléaire et des gastrocnémiens assure la flexion plantaire et participe à la stabilisation de la jambe sur le pied lors de la station debout. Il joue un rôle important lors de la propulsion du pied.

b) Le tonus musculaire

« Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue et réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. »⁶

Le tonus se décline selon trois niveaux extrêmement liés qui s'étayent sur les autres. En premier, le tonus de fond se caractérise par l'état de légère tension isométrique des muscles, permanente et involontaire, et qui ne disparaît pas même lors du sommeil. Il est aussi le lieu d'inscription de l'affectivité et des

⁶ JOVER M. in Le développement du jeune enfant, 2000, p17-18.

émotions. En second, le tonus postural se définit comme « l'activité minimale permettant le maintien des « mises en formes corporelles » (postures) et de leur équilibre. Il est alors lié à la vigilance et à l'éveil, dans une influence réciproque, intervenant dans la régulation de l'activité perceptive. »⁷ La posture étant « la disposition relative des différents segments corporels et le maintien de cette organisation du corps dans l'espace. Elle est un moment « posé » entre deux séquences de mouvement. Façon de se « porter vers », elle évoque aussi la dimension de mouvement en « gestation » et représente, tout comme la forme, un moment suspendu de ce mouvement ». ⁸ Enfin, le tonus d'action se caractérise par la contraction musculaire permettant l'action et le mouvement dans un déroulement spatialisé.

Le tonus est le support du mouvement lui-même garant du déplacement des différents segments corporels dans l'espace. La mobilité est orientée vers la recherche d'informations ou l'action sur l'environnement. Ses finalités premières résident dans la communication et la satisfaction des besoins vitaux. Selon Berthoz, « la perception n'est pas seulement une interprétation des messages sensoriels : elle est contrainte par l'action, elle est simulation interne de l'action, elle est jugement de prise de décision, elle est anticipation des conséquences de l'action »⁹. Ainsi, le mouvement serait également un organe de perception de l'espace, du temps, de soi, de l'autre... Le mouvement dépend néanmoins des segments articulés lesquels peuvent être mobilisés selon les mouvements de base dans les trois plans de l'espace.

c) La transmission de la commande motrice

La locomotion est vouée d'une intention, d'une volonté de la part de la personne à se mouvoir vers un objet, une direction. Cependant, la plupart des mouvements s'exécutent de manière automatique, seules quelques informations demeurent conscientes. Elles renseignent principalement sur l'orientation du geste, sa vitesse et la façon dont il est réalisé.

⁷ ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., in Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2011, p 155.

⁸ *Ibid*

⁹ BERTHOZ A., 2008, p 15.

Tout mouvement prend forme dans le cortex prémoteur situé dans le lobe frontal. En effet, avant de réaliser un geste, le cerveau l'imagine, le teste et règle les différentes variantes nécessaires. En parallèle, les ganglions de la base, constitués du noyau caudé, du globus pallidus et du striatum, soutiennent et contrôlent cette programmation. Une fois le modèle de mouvement validé, il est transmis au thalamus puis au cortex moteur primaire. Une fois l'information reçue, le mouvement est exécuté grâce aux cellules du cortex moteur primaire qui envoient leurs axones via la voie pyramidale jusque dans les segments médullaires correspondants. Durant toute la durée du mouvement, le cervelet compare la situation présente (le mouvement actuellement réalisé) avec la situation souhaitée (le mouvement planifié). Si une différence s'observe, il corrige le positionnement de la musculature concernée.

5) Le déplacement soutenu par les sens

Une fois debout, l'Homme doit pouvoir rester stable dans sa posture ainsi que dans sa locomotion. En plus du tonus musculaire, d'autres systèmes sensitifs rentrent en jeu pour maintenir une équilibration efficace.

a) La vue

L'œil rend connaissance des éléments lointains du milieu environnant. Le bulbe de l'œil se situe dans la cavité osseuse de l'orbite, qui part en forme d'entonnoir vers l'arrière. Il peut se déplacer dans les trois axes de l'espace grâce à six muscles oculaires externes (quatre muscles droits et deux muscles obliques). Les paupières permettent le nettoyage de la cornée et son hydratation. La paroi du bulbe de l'œil est composée de trois couches, la tunique externe, la tunique moyenne et la tunique interne de l'œil¹⁰.

La tunique externe de l'œil regroupe en avant la cornée et la conjonctive et en arrière la sclère. La cornée est constituée de tissu conjonctif transparent. Elle est richement innervée par des fibres sensibles. Un effleurement mécanique de la cornée déclenche le *réflexe de fermeture des paupières* et protège l'œil des corps étrangers. La conjonctive poursuit la cornée en direction

¹⁰ Cf annexe 3.

des paupières pour former des sacs conjonctivaux sous les paupières inférieures et supérieures. La sclère est couramment appelée le blanc de l'œil.

La tunique moyenne de l'œil forme en avant l'iris et le corps ciliaire et en arrière la choroïde. L'iris constitue le diaphragme optique de l'œil. Elle est composée d'un tissu conjonctif lâche recouvert en arrière par un épithélium pigmenté qui confère sa couleur, et de la pupille. Le sphincter de la pupille contrôlé par le parasymphatique la rétrécit, à l'inverse, les fibres du muscle dilatateur de la pupille avec une innervation sympathique la dilatent. La choroïde pourvue de larges vaisseaux sanguins, alimente en oxygène en premier la rétine.

La tunique interne de l'œil participe en avant à la constitution du corps ciliaire et en arrière contient les cellules sensorielles au niveau de la rétine. Le cristallin, responsable du phénomène d'accommodation, se trouve juste derrière l'iris. Lors de la vision de près, le muscle ciliaire annulaire se contracte permettant l'épaississement du cristallin. Inversement, pour la vision de loin, le muscle ciliaire annulaire se relâche, le cristallin s'aplatie¹¹. La rétine recouvre le segment postérieur du bulbe de l'œil. Elle abrite les cônes et les bâtonnets, les véritables récepteurs de la lumière.

b) L'ouïe et le système vestibulaire

L'oreille contient à la fois l'organe de l'audition et celui de l'équilibre, deux fonctions importantes dans le déplacement. Elle est divisée en trois parties, l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne¹².

L'oreille externe composée de l'auricule (pavillon de l'oreille) et le méat acoustique externe. La forme particulière de l'auricule renforce le son entrant et déforme les sons de différentes fréquences de manière caractéristique. Il permet aussi de percevoir la direction d'une source sonore. Le méat acoustique externe conduit le son jusqu'au tympan et protège contre l'entrée de corps étrangers.

¹¹ Cf annexe 4.

¹² Cf annexe 5.

Lorsque le son se propage dans l'oreille moyenne, il vient faire vibrer en premier lieu le tympan, fine membrane séparant l'oreille externe de l'oreille moyenne. Cette vibration se propage aux osselets (malléus ou marteau, incus ou enclume, stapès ou étrier) de la trompe d'Eustache ou trompe auditive contenu dans une cavité nommée caisse du tympan.

Chaque son arrive ensuite à la fenêtre ovale (début de l'oreille interne) sous la forme d'un déplacement plus ou moins important et plus ou moins rapide. Ces oscillations se transmettent à la rampe vestibulaire de la cochlée. La membrane vestibulaire et la membrane basilaire produisent un mouvement ondulatoire. Les ondes des sons aigus se terminent près de la fenêtre ovale tandis que les ondes des sons graves se déplacent plus loin en direction de l'apex. Le cerveau peut alors distinguer les différents sons, transmis par le nerf vestibulocochléaire.

L'oreille interne contient les structures de réception du son (cochlée) mais aussi l'organe de l'équilibre (système vestibulaire). Le système vestibulaire participe activement à l'équilibration du corps dans l'espace qu'il soit en mouvement ou au repos. Il assure la stabilisation perceptive, en particulier, la stabilité du regard lorsque la tête ou le corps est en mouvement. Il assure également l'équilibre de la posture. Pour maintenir cet équilibre, le système vestibulaire est composé de trois canaux semi-circulaires perpendiculaires les uns par rapport aux autres et d'organes otolithiques (l'utricule et la saccule)¹³. Les cellules sensorielles des canaux semi-circulaires remplis d'endolymphe, mesurent les mouvements de rotation de la tête selon le principe de l'inertie. Les organes otolithiques enregistrent les accélérations, horizontales pour l'utricule et verticales pour la saccule grâce à des cristaux calcaires microscopiques (otolithes et statolithes) qui se déplace dans le liquide.

c) La peau et la fonction tactile

La peau se divise en trois couches allant de la plus superficielle à la plus profonde (épiderme, derme, tissu sous cutané). Elle assure différentes fonctions de protection contre les influences du milieu extérieur, les germes, les variations de température... Mais elle abrite également des récepteurs cutanés, responsable de la fonction tactile. Par leur hétérogénéité, ces récepteurs

¹³ Cf annexe 6.

fournissent une information complète sur les différents touchers, pressions, exercés sur le corps.

Ainsi, les cellules de Merkel, nombreuses et de petite taille, renseignent de manière immédiate sur la pression exercée sur la peau. Les corpuscules de Meissner, quant à eux informent sur les modifications de pression. Cependant, ils perdent en efficacité quand la pression se fait constante. Les corpuscules de Ruffini, présent essentiellement dans les zones où la peau doit pouvoir supporter des forces importantes de cisaillement, sont sensibles à l'étirement de la peau. Les corpuscules de Vater-Pacini réagissent aux vibrations et plus précisément à l'accélération de la pression. Les sensations de chaud/froid et la douleur nécessitent d'autres récepteurs spécifiques.

d) La proprioception

La proprioception ou sensibilité proprioceptive, recueille les données propres au corps, immobile ou en mouvement, sous la pesanteur. C'est un flux sensoriel continu, inconscient, qui traverse les parties molles et dures de notre corps. Elle joue un rôle fondamental dans l'ajustement postural car elle contrôle le tonus de nos muscles et les positions de nos membres. Elle entretient la conscience du corps et assure l'harmonie de la contraction musculaire. La proprioception est un système sensoriel qui résulte de la coopération des capteurs proprioceptifs : les récepteurs articulaires (les corpuscules de Ruffini, les organes de Golgi, les corpuscules paciniformes) et récepteurs musculaires (les fuseaux neuromusculaires), les récepteurs cutanés (les mécano-récepteurs), la vue, les afférences cervicales, le système vestibulaire et les afférences psycho-émotionnelles. Grâce à la proprioception, le cerveau possède en mémoire un schéma corporel complet. Il connaît la longueur des membres et la taille de l'individu ainsi que l'occupation spatiale du corps à chaque instant.

II) Le vieillissement physiologique

Jusqu'à présent, le travail reposait sur l'étude de la marche chez un sujet sain. Cette base étant posée, la deuxième partie portera plus précisément sur le retentissement du vieillissement sur les fonctions motrices.

Selon Rosa Caron¹⁴, « le vieillissement est l'ensemble des modifications physiques et psychiques observées au cours du temps chez un sujet ». Le Petit Robert¹⁵ précise que le vieillissement est un « processus physiologique que subit tout organisme vivant au cours de la dernière période de sa vie ».

1) L'altération des structures anatomiques

Le système locomoteur est l'un des plus précocement atteint par la sénescence et l'un de ceux dont les performances déclinent le plus régulièrement.

a) Le muscle

D'un point de vue macroscopique, le muscle apparaît moins élastique, il semble comme atrophié. Le tissu musculaire contient moins d'adénosine triphosphate (ATP) et a un contenu en glycogène diminué. Ces deux molécules interviennent pour fournir de l'énergie. Cette diminution entraîne une moins bonne efficacité des muscles. La force musculaire décroît avec l'âge, ainsi à 80 ans, la force maximale serait de 50 à 60 % de ce qu'elle était à 20 ans¹⁶. Cette perte n'est pas homogène, elle s'accroît pour les muscles fléchisseurs et extenseurs du genou et pour le biceps brachial. A l'inverse, les petits muscles de la main gardent une force musculaire comparable. Il existe des possibilités de récupération de la force musculaire grâce à un entraînement. Les modifications du tonus musculaire interviennent particulièrement dans le vieillissement pathologique, comme dans la maladie de Parkinson. Cependant, avec l'âge, une légère contraction du muscle antagoniste persiste lorsque le muscle actif agit. Cela évolue vers une hypertonie oppositionnelle.

b) L'os

L'os est une structure biologique vivante qui ne cesse de se restructurer et de se modeler tout au long de la vie. Le vieillissement vient ralentir ce processus

¹⁴ CARON R., 2000, p 4.

¹⁵ Le Petit Robert, 2012.

¹⁶ TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F., 1991, p 17.

et engendre une ostéopénie, soit la baisse de la masse osseuse. Celle-ci dépend de l'activité physique et sportive et des apports diététiques. Elle atteint sa valeur maximale entre 20 et 25 ans chez la femme, entre 25 et 30 ans chez l'homme. Jusqu'à 40 ans, la masse osseuse se stabilise avant de décroître progressivement¹⁷. Le processus s'accélère chez la femme au moment de la ménopause et aboutit très souvent à une ostéoporose, entraînant une fragilité excessive du squelette et à l'origine de nombreuses fractures. Elles peuvent être la conséquence d'une chute. Parfois, dans les cas d'ostéoporose extrême, la fracture entraîne la chute. Dans les deux cas, une appréhension dans les déplacements se fait sentir.

c) Les articulations

Au niveau macroscopique, l'articulation présente des lésions dégénératives du cartilage articulaire dès l'âge de 20 ans¹⁸. Avec l'avancée en âge, ces lésions deviennent plus récurrentes et plus graves. Au niveau biochimique, la teneur en eau diminue et le collagène devient moins soluble. Cette altération du réseau de collagène pourrait être responsable de la diminution de la résistance à la traction, c'est-à-dire la résistance à la fracture. Malgré ces altérations, la sénescence altère peu la capacité de mouvement. En effet, la souplesse et la résistance à l'usure et aux forces de compression ne varient pas avec l'âge. La limitation de la mobilité est davantage attribuable à l'augmentation de rigidité des structures avoisinantes (muscles, ligaments, capsules). Quant à l'arthrose, elle fait partie des pathologies et non du vieillissement normal. L'âge joue aussi sur l'amplitude des mouvements et limite aux gestes usuels. La kinésphère se réduit avec une tendance au repli sur soi, aux gestes moins amples. La rétractation capsulaire et ligamentaire serait comparable à celle observée lors de l'inutilisation d'une articulation. Ces atteintes débutent de manière insidieuse et évoluent progressivement.

d) Le système pulmonaire

Lorsque l'organisme est en mouvement, une demande énergétique plus importante est nécessaire. Les systèmes respiratoires et cardio-vasculaires

¹⁷ *Ibid*, p 18.

¹⁸ *Ibid*, p 21.

doivent alors pallier cette augmentation. Seulement, le vieillissement de ces fonctions modifie les aptitudes du sujet.

Concernant la fonction respiratoire, au niveau des modifications anatomiques et fonctionnelles, différentes variables sont altérées. Tout d'abord, la commande ventilatoire est moins efficace entraînant des hypoxies et des hypercapnies. La distensibilité de la cage thoracique s'amenuise à cause des performances diminuées des muscles respiratoires et de la rigidification de la cage thoracique. La surface d'échange alvéolaire diminue, impactant sur l'oxygénation du sang. Des modifications épithéliales de la muqueuse bronchique entravent l'épuration bronchique et contribuent à la fréquence de l'encombrement bronchique chez le sujet âgé. Au niveau fonctionnel, il y a également une réduction des volumes mobilisables comme le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) et la capacité vitale, et une augmentation du volume résiduel. La réduction des volumes mobilisables s'explique par la faiblesse du diaphragme et des muscles abdominaux. La dénutrition protéino-énergétique provoque une fonte musculaire. Le diaphragme est également impacté en découle une stagnation des sécrétions bronchiques.

e) Le système cardio-vasculaire

Au niveau des fonctions cardio-vasculaires, le cœur est le seul organe qui grossit avec l'âge. Cependant, l'épaississement des fibres myocardiques impacte sur leur performance. La calcification artérielle et l'artério-sclérose s'étend à tout le système vasculaire. Au repos, l'activité systolique reste identique. Par contre, l'activité diastolique devient moins performante. Une moindre distensibilité du myocarde nécessite une plus forte contraction auriculaire pour maintenir un remplissage ventriculaire gauche optimal. L'adaptation cardio-circulatoire à l'effort est moins efficace que chez le sujet jeune. La baisse des réserves fonctionnelles cardio-circulatoires rend la personne âgée vulnérable face à tous les efforts, le stress ou la maladie. Cependant, l'entraînement est tout aussi efficace que chez l'individu jeune.

Les structures musculaires y compris cardiaques, contrairement aux autres citées plus haut, peuvent être maintenues grâce à des activités physiques et sportives régulières. Notre rôle, en tant que psychomotricien en secteur

gériatrique, va consister, en partie, à encourager et à favoriser cet exercice quotidien.

2) La modification des systèmes sensoriels

La sénescence retentit également sur les systèmes sensoriels et perceptifs.

a) La vue

Les afférences visuelles revêtent une importance capitale dans l'organisation de la posture. La vision périphérique intervient de façon primordiale dans le maintien de l'équilibration car elle associe capture de l'information et intégration centrale rapide et inconsciente. Le champ visuel impliqué dans la vision périphérique ne varie pas en amplitude, seulement les stimuli doivent être plus intenses pour être perçus.

Avec l'âge, le seuil lumineux de sensibilité au blanc et aux couleurs claires s'élève, entraînant souvent des situations d'éblouissement.

L'acuité visuelle est très longtemps préservée en dehors de toute pathologie.

L'accommodation diminue car le cristallin devient moins déformable, moins élastique par augmentation de l'épaisseur de sa capsule. Cette altération est responsable de la presbytie qui est quasi constante avec l'âge. Elle affecte la lecture et les autres activités nécessitant une vision de près.

La sénescence s'accompagne de troubles de l'humidification cornéenne, les personnes souffrant « d'yeux secs » ou de larmoiements. Les mouvements oculaires s'amenuisent notamment lors de l'élévation. La poursuite oculaire devient plus lente et plus rare, remplacée par des mouvements saccadés.

Le vieillissement pathologique de l'œil met en jeu plusieurs affections très connues en gériatrie, la cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) pour les plus courantes. La cataracte se caractérise par un noyau trouble du cristallin bloquant les rayons lumineux. Ces maladies du capteur oculaire ont un retentissement grave sur l'équilibre et la marche. Le glaucome est un déficit du champ visuel périphérique, résultat d'une

augmentation progressive de la pression intraoculaire et d'une mauvaise vascularisation du nerf optique.

b) L'ouïe et le système vestibulaire

Le vieillissement du système vestibulaire se caractérise par une diminution du nombre de cellules ciliées dans les macules et dans les crêtes ampullaires après 70 ans ainsi que par une modification quantitative de ces tissus. La posturographie dynamique met en évidence une sous-utilisation de ce système chez le sujet âgé. Cela serait responsable de l'accélération du processus de vieillissement.

A noter, de nombreux médicaments comme les diurétiques et les antibiotiques peuvent s'accumuler dans l'oreille interne et accentuer ce processus. Le système vestibulaire dépend également du vieillissement vasculaire et sensitif. Cependant, chez les sujets âgés présentant une lésion vestibulaire vraie, les possibilités de compensation restent présentes à travers la rééducation vestibulaire.

A partir de 50-60 ans, le phénomène de presbyacousie s'observe. Il se caractérise par le vieillissement de l'organe spiral qui abrite les cellules sensorielles de l'organe de l'audition. Les deux oreilles sont atteintes en même temps. Les sons aigus (la parole) sont préférentiellement touchés.

c) La somesthésie

La sensibilité somatique qui comprend le toucher, la proprioception, la nociception et la thermoception est la troisième voie d'entrée fondamentale de l'équilibration. Elle est responsable par le biais des réflexes médullaires comme le réflexe myotatique, du tonus des muscles posturaux antigravitaires. Elle participe également aux structures centrales, à la régulation de l'équilibre statique et dynamique. Deux catégories de mécanorécepteurs sont impliquées, des extérocepteurs cutanés et des propriocepteurs musculaires.

Le nombre d'extérocepteurs cutanés s'amointrit avec l'avancée en âge. Cela retentit sur la sensibilité tactile. Le seuil de perception de deux points distincts

augmente d'environ 50%¹⁹, les modifications les plus importantes étant situées à l'extrémité distale des membres inférieurs. La sensibilité tactile notamment au niveau du pied, source d'afférences essentielles dans la locomotion, dépend également de l'état cutané. La peau s'amincit avec le temps, devenant fragile et sèche. Les pathologies du pied sont insidieuses et fréquentes, allant de la simple hyperkératose localisée, aux déformations du pied. Elles se traduisent par des douleurs et une gêne dans la station debout et la marche. La formation d'escarre entraîne très souvent l'immobilité et l'impossibilité de reprendre la marche par la suite. En effet, la cicatrice de ces escarres reste douloureuse et gêne le chaussage et l'appui, sans compter la fonte musculaire liée à l'alitement. La prévention est d'une importance capitale notamment lors des hospitalisations.

Les propriocepteurs musculo-tendineux et articulaires de la sensibilité profonde décroît avec l'âge. Il semblerait que la sensibilité positionnelle se détériore moins avec l'âge au niveau du membre supérieur du côté dominant. Cette constatation appuierait la théorie de la non-utilisation : ce membre étant plus souvent impliqué dans les activités de la vie quotidienne, sa maintenance serait facilitée.

3) Le retentissement sur la locomotion

« Les altérations liées au vieillissement des fonctions motrices et psychomotrices portent, d'une part, sur des limitations de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements, mais aussi sur une réduction des capacités de traitement de l'information, concernant principalement l'attention ainsi que les processus de sélection et de programmation de la réponse motrice. [...] D'une manière générale, les sujets âgés se caractérisent principalement par des mouvements plus lents et une plus grande variabilité des performances.»²⁰

ALBARET J.-M.²¹, précise ensuite ce qu'il en advient pour la bipédie chez la personne âgée. Il remarque qu'elle apparaît plus lente et moins sûre, les réponses aux stimuli de l'environnement sont moins rapides, elle nécessite une

¹⁹ *Ibid*, p 33.

²⁰ ALBARET J.-M., 2001, p 19.

²¹ *Ibid* p 28.

attention accrue du sujet qui tente également de la rendre moins coûteuse en énergie. De façon générale, plusieurs facteurs s'observent :

- Une réduction de la vitesse de la marche dite « confortable » liée à une diminution de la longueur du pas, sans modification de la cadence. La diminution de la longueur du pas s'explique par une limitation de la souplesse articulaire entraînant une posture en flexion.
- Une diminution de la hauteur du pas se traduisant par des pas traînants voire glissants sur le sol, favorisant les chutes par accrochage du pied.
- Un élargissement du pas et des irrégularités de trajectoire.
- Une réduction de la durée de phase d'appui unipodal et allongement de la phase d'appui bipodal.
- Une réduction d'amplitude des mouvements des chevilles, des genoux et de la hanche.
- Une posture en légère flexion du tronc avec cyphose dorsale haute, bras collés au corps, rappelant la posture du malade parkinsonien.
- Un besoin d'attention à la marche avec le regard fixé au sol près des pieds.
- Une diminution de la capacité de modulation de la vitesse de marche notamment à l'accélération par limitation de l'adaptation à l'effort.
- Une augmentation du coût énergétique par unité de déplacement.

Avec le vieillissement la plupart des systèmes de l'adaptation posturale s'altèrent. Des plaintes du sujet âgé émergent concernant son équilibre, son sentiment de manque de stabilité, de vertige, d'insécurité ainsi que de dépendance lors des déplacements. Ce qui se traduit par un nombre croissant de chutes. La chute est une des principales causes accidentelles de décès chez la personne âgée. Ce phénomène, d'origine multifactorielle, n'apparaît pas de façon brutale, il s'installe progressivement. En effet, les systèmes sensoriels, les voies nerveuses et les centres intégrateurs se modifient et deviennent moins performants. Les systèmes d'anticipation et de protection ou parachute se dégradent conduisant à ce constat.

Ce qui nous amène ainsi à l'impact tant au point de vue physique que psychologique de la diminution de la marche voire de la chute chez la personne âgée.

III) Quel retentissement sur la marche ?

Le vieillissement de l'appareil locomoteur et des différents systèmes qui le sous-tendent se traduit chez la personne âgée par des sensations de déséquilibre, une perte de confiance en soi et en ses performances. Cela entraîne une peur de marcher, de se déplacer et induit une réduction des mouvements. Dans certains cas, en dépit des précautions prises, la chute survient.

1) La chute et ses conséquences

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « la chute accidentelle se définit comme le fait de tomber au sol de manière inopinée non contrôlée par la volonté. » Sont exclues toutes les chutes liées à une perte de connaissance, la survenue d'un accident vasculaire cérébral, etc. Environ 9 000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans sont associés chaque année en France à une chute. La chute peut être également responsable de fractures, la fracture du col du fémur étant la plus connue. Cependant, la plupart du temps, le sujet se relève sans dommages importants, juste une grosse peur.

a) La peur de tomber

Plusieurs niveaux d'intensité s'observent dans l'appréhension de la marche. Chez la plupart des sujets âgés de plus de 65 ans ayant déjà chuté, une peur de tomber est fréquente. Ces personnes ont connaissance de leur équilibre précaire et de la déficience de leur appareil locomoteur. Elles perçoivent alors de façon péjorative leur état de santé. Cette perception erronée engendre une marche précautionneuse, très souvent inadaptée. En effet, soit la vitesse est accélérée, soit elle est diminuée, dans les deux cas l'équilibre dynamique se retrouve mis à mal. Le polygone de sustentation est élargi. Le sujet reconnaît cette peur comme handicapante dans la vie quotidienne, le sujet se refusant de nombreuses activités comme monter les escaliers, prendre un bain ou sortir de chez soi.

b) La phobie de la chute

La phobie de la marche ou phobie de la chute est une peur de tomber amplifiée. Le sujet se déplace très peu. Cela provoque une réduction des informations sensorielles liée au manque de stimulation, un appauvrissement du schéma corporel, des troubles de la latéralité, un début de fonte musculaire. Cette situation empêche la personne d'entrer en contact avec autrui et entraîne un repli social ainsi qu'une perte de confiance en soi.

c) Le syndrome post-chute

Le syndrome post-chute résulte d'un traumatisme suite à une ou plusieurs chutes. La peur, la perception, les troubles ressentis peuvent être revécus par le patient avec des angoisses liées à des « flashes » de la chute. Des cauchemars, des hallucinations peuvent surgir également. Trois facteurs de risques expliquent ce syndrome : la personne n'a pas pu se relever, la personne est restée plus d'une heure au sol ou la personne a fait au moins trois chutes dans les trois derniers mois. D'un point de vue moteur, il se manifeste par des troubles de la statique en position assise avec une rétropulsion et une impossibilité de passer en antépulsion. La position debout n'est pas fonctionnelle avec projection du tronc en arrière, appuis des pieds sur les talons et soulèvement des orteils. La marche se fait par petits pas sur les talons, sans temps unipodal ni déroulement du pied au sol et une absence de réactions parachutes. Le polygone de sustentation s'élargit et les genoux se fléchissent. Au niveau psychologique, la présence d'affects dépressifs débouche souvent sur une dépression. Le chuteur se retrouve confronté à ses propres limites corporelles. En résultent une perte de confiance en soi, une démotivation, une dévalorisation, un sentiment d'insécurité et un repli sur soi. Il est nécessaire d'agir vite dans ces cas de figure sinon le risque d'évolution vers un syndrome de régression psychomotrice s'accroît.

d) Le syndrome de régression psychomotrice

Il altère l'ensemble de la posture et l'équilibre tant statique que dynamique. Assis, le sujet se tient au bord du fauteuil, le tronc rejeté en arrière, obligeant

parfois la mise en place d'une ceinture de contention au niveau du bassin pour éviter la chute. Le passage assis-debout ne peut se faire sans aide car la flexion antérieure du tronc est insuffisante et l'appui podal trop antérieur à l'assise. Le sujet présente une peur lors de sa verticalisation notamment ressenti avec un « vide antérieur ». La station érigée rappelle celle du syndrome post-chute avec un centre de gravité projeté en arrière du polygone de sustentation. Dans les cas extrême, la position debout ne peut être maintenue. La marche lorsqu'elle est possible nécessite deux aides. Elle est similaire au syndrome ci-dessus mais doit être initiée par une tierce personne. Les changements de direction, les obstacles même imaginaires (changement de couleurs au sol) provoquent des difficultés du départ. Les membres supérieurs s'agrippent à tout objet sans discerner sa stabilité. Cette démarche coûte énormément en énergie et restreint par conséquent le périmètre de marche.

2) La chute et l'identité de la personne

Le vieillissement en général vient altérer un à un les éléments qui constituent la personne et font son identité. A titre d'exemple, la retraite, la perte de revenu, la perte de relations sociales, la dégradation du corps et de l'esthétique, la perte de la santé et la chute amoindrissent les capacités et souvent les relations sociales. La personne âgée limite ses déplacements (sortie en famille, en club...), ses amis s'éloignent ou décèdent, les rêves et les désirs deviennent moins accessibles, si bien que la personne parle d'elle au passé.

« Le vieillissement peut être envisagé comme une accélération des pertes et une accumulation de deuils. Les désirs n'ont pas d'âge mais le déclin du corps ne permet plus tout. Le corps devient alors une épreuve de réalité (deuil de l'image du corps idéal) et l'avenir se rétracte. Lorsque la chute surgit, elle vient amplifier les modifications psychologiques latentes liées à l'âge : sentiment de solitude, d'angoisse et d'abandon, désinvestissement, phénomène de pertes, ébranlement du narcissisme. »²² La chute vient réactiver des angoisses déjà vécues à plus ou moins petites échelles. L'incapacité de se relever entraîne un sentiment d'impuissance et de dépendance. La personne s'inquiète d'être entendue, aidée, entraînant un sentiment de solitude et une angoisse

²² RIBADIER A, SAINJEON-CAILLET, in Protéger et construire l'identité de la personne âgée, p 49.

d'abandon. L'impact de la chute dépend des sensations éprouvées sur l'incertitude et l'improbabilité de l'arrivée des secours.

« Si la marche se définit comme l'activité alternée des membres inférieurs, comme une succession de déséquilibres contrôlés permettant de se déplacer, c'est aussi un moyen d'être interactif avec l'environnement, d'être en communication avec l'entourage. [...] La marche n'existe que si la personne a un but à atteindre. D'un point de vue symbolique, la marche signifie le « bon fonctionnement », être en état de marche. C'est pourquoi il est aisé de faire le lien avec le retentissement psychique de la chute car tel un iceberg, la chute du sujet âgé ne se réduit pas à sa partie visible, c'est-à-dire à sa répercussion physique. La chute est un événement faisant rupture. La rapidité de l'épisode et sa violence introduisent la notion de non-maîtrise du corps, donc de soi, et un vécu de l'inertie »²³. La chute provoque une prise de conscience de son état de santé général, de sa fragilité et de l'approche de la mort. La tendance des personnes à se tenir, se cramponner au bras rend compte d'une régression psychologique, évoquant un fort besoin d'étayage. Ce corps défaillant vient impacter l'image du corps et l'estime de soi.

Dans le cas d'un syndrome post-chute, en plus du retentissement psychologique décrit plus haut, l'entourage craintif à l'idée d'une nouvelle chute refuse le retour au domicile et renforce l'idée de la chute menant à la tombe. La plupart du temps la décision n'est plus du ressort de la personne, accentuant le sentiment de dépendance à l'autre.

3) Les effets de la marche sur le corps

Selon Yves Gineste et Jérôme Pelissier²⁴, "la position debout est une position si banale, la marche est une activité si courante qu'on les sous-estime souvent, ne leur attribuant aucune vertu médicale. Elles sollicitent pourtant la plupart des fonctions de l'organisme. Le système osseux, les cartilages, les muscles, les tendons et les ligaments, la circulation veineuse, la ventilation respiratoire, le système nerveux périphérique et le système nerveux central bénéficient de la verticalisation et de la marche (y compris lorsque celle-ci a lieu à petits pas)."

²³ *Ibid*, p 52

²⁴ GINESTE Y., PELISSIER J., 2007, p 233.

a) Le système osseux

Au niveau osseux, le calcium pénètre dans les os lors de leur mise en pression, par l'action de la pesanteur et au cours des actions musculaires produites par l'exécution des gestes de la vie quotidienne. Chaque geste accompli par le patient au cours d'une toilette, de l'habillage, d'un repas, etc., permet aux os de se nourrir. Donner du calcium ne suffit pas car en l'absence de mouvement le calcium est éliminé du corps. La marche constitue l'un des principaux moyens d'actions dans la prévention et le traitement de l'ostéoporose.

b) Les cartilages

La marche mais plus généralement la verticalisation garantissent aussi la nutrition des cartilages. En effet, les cartilages ne sont pas vascularisés, ils se nourrissent uniquement grâce aux échanges d'eau avec les épiphyses osseuses. Ces échanges se produisent exclusivement lors des phases de mise en charge/décharge, c'est à dire lorsqu'il y a écrasement puis relâchement de la pression avec les os.

c) Les muscles

La bipédie permet de préserver la force musculaire de la personne et de lutter contre la fonte musculaire importante chez le sujet âgé. En outre, cela favorise le transit intestinal, en marchant, les viscères viennent masser les intestins, et stimule le système urinaire et accroît l'appétit de la personne. Il est ainsi préférable de favoriser le mouvement pour "créer du muscle" que de donner en excès des protéines dont la digestion abîme les reins de la personne. L'immobilisation engendre la fibrose des tendons, des ligaments et des capsules articulaires.

d) La circulation sanguine

Le sang circule dans deux réseaux. Le réseau artériel, grâce au cœur, envoie et distribue le sang du cœur vers le reste du corps. Le réseau veineux, lui, permet au sang de revenir du reste du corps vers le cœur. Celui-ci n'est pas assuré par le cœur. Le plus important système permettant le retour réside dans la "pompe veineuse plantaire". Cet important réseau de veines situées sous le

Le pied est mis en pression lors des pas, donnant au sang la poussée suffisante de remonter au mollet. La contraction du mollet va permettre de pousser le sang. Ainsi, de contractions en contractions, le sang regagne le cœur. La formation des escarres dépend d'une stagnation de sang au même endroit du système veineux. La marche est donc la première action à mettre en place dans la prévention des escarres. Selon ces mêmes auteurs²⁵, "on estime actuellement qu'une dizaine de pas équivalent à 10 minutes de prévention au lit !" La position allongée réduit également le débit cardiaque. Une marche quotidienne constitue le principal moyen de prévention des phlébites du lit et du fauteuil.

e) Le système respiratoire

Le maintien de la position allongée ou assise ralentit la capacité respiratoire. Les principaux muscles inspiratoires sont utilisés lors de la marche, sa pratique améliore la ventilation pulmonaire et entraîne une diminution des infections broncho-pulmonaires. Les soins et les toilettes réalisés debout garantissent également une faible apparition de problèmes pulmonaires.

f) Le système nerveux périphérique

Au niveau du système nerveux périphérique, les nerfs moteurs en contact avec les muscles forment une plaque motrice induisant la contraction d'un faisceau de fibres musculaires. L'ensemble plaque motrice et faisceau musculaire forme une unité motrice. La pauvreté du recrutement musculaire aboutit progressivement à la perte des unités motrices. L'absence de sollicitation des muscles limite rapidement leur force et l'amplitude des mouvements volontaires. La verticalisation et la marche favorisent le recrutement des unités motrices. La marche est l'une des activités qui sollicitent le plus grand nombre d'articulations. Elle contribue également à la conservation des potentialités d'actions neuro-musculaire.

g) Le système nerveux central

Le système nerveux central composé de l'encéphale (cerveau, cervelet et tronc cérébral), la moelle épinière et les nerfs constituent un réseau permettant

²⁵ *Ibid*, p 234.

de relier, dans les deux sens, tous les éléments de l'organisme au cerveau. Les nerfs moteurs transmettent l'influx nerveux de la moelle épinière jusqu'aux muscles déclenchant nos mouvements. A l'inverse, les nerfs sensitifs, transmettent les informations extérieures ou de l'intérieur de notre corps vers le cerveau. Toutes ces informations récoltées sont cartographiées dans le cerveau et édifient le schéma corporel. Celui-ci s'affine, se modifie au fil des expériences et garantit la réalisation de gestes précis, de schèmes moteurs comme pour la marche ou l'équilibre.

La marche et surtout sa diminution impacte sur le bon fonctionnement du corps et dans le cas de la personne âgée, cela vient s'ajouter aux déficits liés à l'âge. Les prochaines pages seront consacrées à la description de mon travail mis en place avec deux patients ayant une problématique liée à la marche. Je discuterai ensuite des apports et des limites de la psychomotricité pour ces deux personnes.

PARTIE CLINIQUE

I) Présentation de la structure

1) L'institution

J'ai réalisé mon stage dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) accueillant 105 personnes. Le bâtiment construit récemment est organisé de la sorte :

- Un rez-de-chaussée qui accueille les services administratifs, l'accueil de jour (ayant une capacité de 10 places), la salle à manger aussi utilisée pour les animations, une unité de vie protégée et depuis le mois de septembre un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA).
- Les 3 étages au-dessus regroupent les chambres des résidents. Elles sont toutes individuelles et certaines communiquent, si besoin, pour recevoir des couples. Chaque étage comporte également des petits salons pour les loisirs et une salle à manger, privilégiée aux personnes nécessitant la présence d'un soignant pour manger.
- Au dernier étage se trouve l'infirmerie, les bureaux de la psychologue, de la cadre de santé, du médecin et des psychomotriciens ainsi qu'une salle de réunion. Six studios destinés à des personnes autonomes sont également présents.

L'institutionnalisation est un processus difficile à vivre pour le patient et sa famille. Pour cette raison, de nombreux dispositifs sont mis en place pour favoriser l'intégration, comme par exemple, l'ajout de meubles personnels dans la chambre, ou encore des propositions d'activités avec les résidents et leur famille.

Le menu ainsi que le calendrier des animations est distribué chaque semaine de manière individuelle. Chaque résident peut ainsi faire une modification de son repas si celui-ci ne lui convient pas. De même, s'il souhaite manger en chambre, il lui suffit d'en informer les soignants pour qu'il profite d'un plateau repas.

En plus des animations proposées par les animateurs, des intervenants proposent leur service. Des cours d'anglais sont ainsi dispensés et des lectures bibliques ont lieu une semaine sur deux. L'institution participe activement aux événements de la commune comme « la semaine bleue », la semaine nationale des retraités et des personnes âgées, et aux autres manifestations de la ville.

2) La philosophie du soin, l'Humanitude

Toujours dans l'idée d'accueillir le patient le mieux possible et de respecter son autonomie, ses désirs, son rythme de vie, la structure a choisi d'adopter la philosophie de l'Humanitude. Chaque soignant, personnel administratif et autres intervenants bénéficient d'une formation expliquant les fondamentaux avant leur prise de poste.

Il s'agit d'une méthodologie de soins développée par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI. Elle se définit comme un ensemble d'éléments qui font que nous nous sentons humains et que nous sommes reconnus comme appartenant à l'espèce humaine. Cette méthodologie de travail fait ses preuves avec des personnes souffrant de syndromes cognitivo-mnésique, toutefois elle présente des limites notamment dans l'accompagnement des personnes souffrant de maladies psychiatriques.

Les personnes dont je vais parler plus bas ne présentent pas de problèmes mnésiques. Cependant, il me semble important d'indiquer la manière d'exercer des professionnels et surtout l'intérêt qui est porté sur le maintien de la verticalité par cette philosophie.

Avant de présenter les piliers de l'Humanitude, il me paraît nécessaire d'évoquer les points fondamentaux dans l'approche et la considération de la personne qui sont rappelés aux différents intervenants dans la structure. A savoir :

- Favoriser l'autonomie de la personne, « faire à la place » c'est nuire à la santé de l'individu.
- Lorsque la personne refuse un soin, on propose un report de soin et on repasse à plusieurs reprises si c'est nécessaire. En aucun cas, le soin est abandonné.

- Respecter le domicile, on entre après avoir frappé selon le code.
- Toujours prendre un contact visuel et auditif avant de toucher la personne et s'assurer qu'elle l'accepte.
- Ne jamais réveiller la personne, cela aggrave la démence puisque les connexions neuronales ne peuvent se faire correctement. Les soins doivent s'adapter au sommeil du patient.

Le concept d'Humanitude se fonde sur les principaux supports de communication entre les êtres humains, c'est-à-dire : la parole, le regard, et le toucher.

Le soignant doit adopter un ton de voix mélodieux, calme, doux, lent et surtout bien articuler. Souvent les personnes atteintes de troubles cognitifs ne peuvent répondre et permettre un échange. Il est donc important que le soignant verbalise le soin qu'il est entrain de procurer. Cette action maintiendra le pilier « parole » le plus longtemps possible. Cette verbalisation des parties du corps enrichira le schéma corporel mis à mal dans le vieillissement et l'immobilité. L'emploi de mots positifs pourra aussi rassurer le patient. Afin de privilégier l'autonomie de la personne, il est préférable de la laisser faire ce qu'elle est capable et si besoin lui montrer pour qu'elle fasse en imitation.

Le regard du soignant doit être posé à la même hauteur que le patient. Cette posture ne met pas en avant de lien hiérarchique ou de domination (se placer debout à côté de quelqu'un assis ou alité induit une supériorité et rappelle au patient son état de dépendance). Le regard nécessite d'être long et assez proche. Ces deux caractéristiques permettent de transmettre un sentiment de tendresse. Le patient se sent considéré.

Rentrer en contact avec le patient demande une progressivité. Il est conseillé de toucher en premier lieu les zones neutres (c'est-à-dire là où il y a le moins de récepteur) et surtout d'annoncer le geste par la parole. Le contact doit être maintenu suffisamment longtemps pour ne pas amplifier les angoisses de chute très présentes chez les personnes souffrant de démences sévères. Le toucher doit avant tout être lent pour ne pas être vécu comme traumatique. C'est le cas, si le soignant attrape en pince ou qu'il griffe.

Le quatrième pilier de l'Humanité s'appuie sur une qualité propre à l'Homme, la verticalité. La bipédie et plus largement la verticalité appartient à la dignité humaine. Pour toutes les raisons évoquées dans la partie théorique, il est important de favoriser au maximum la verticalisation des personnes. Je rappelle que vingt minutes par jour debout évitent la grabatisation. De même, deux minutes de mouvements par heure luttent contre l'immobilisme. Enfin, 10 pas par jour diminuent de 90% la survenue d'escarre. En effet, le massage de la semelle veineuse plantaire prévient les escarres au talon.

3) La place de la psychomotricité

Deux psychomotriciennes interviennent dans la structure, une à temps plein exclusivement sur l'EHPAD et le PASA, la seconde à mi-temps partagée sur l'accueil de jour et l'unité de vie protégée. Quatre stagiaires de troisième année dont je fais partie sont présents une à deux journées dans la semaine. Chacune effectue ses prises en charge seule ce qui permet de suivre un plus grand nombre de personnes.

La psychomotricienne est bien intégrée au sein de l'équipe. Celle-ci faisant appel à elle si besoin, notamment pour l'aide à la toilette. De façon générale, la psychomotricienne va se présenter auprès de chaque résident dès leur entrée dans l'institution. Elle laisse à la personne le temps de s'adapter à son nouvel environnement, période durant laquelle elle garde le contact en saluant et en prenant des nouvelles de la personne dans les couloirs ou au moment du repas. Puis elle effectue un bilan psychomoteur et décide d'un suivi ou non en partenariat avec l'équipe et le médecin coordinateur. En cas de demande expresse de l'équipe, elle peut intervenir plus tôt, par exemple pour l'aide à la toilette ou les syndromes post-chute où la rapidité d'intervention est primordiale.

Il n'y a pas de salle dédiée à la psychomotricité, les séances se font donc en chambre, dans les couloirs ou dans des salles inoccupées. Les suivis individuels se font généralement en chambre puisqu'il s'agit pour le plus souvent de séance requérant une certaine intimité. Pour les suivis groupaux, ils ont lieu soit dans la salle à manger, soit dans la salle de réunion, c'est le cas du groupe équilibre que je vais décrire plus bas.

Me rendant une seule fois par semaine au sein de la résidence, il m'est difficile d'échanger avec l'ensemble de l'équipe. Cependant, les soignants que je rencontre régulièrement me considèrent comme une professionnelle et n'ont pas de réticence à échanger à propos d'un patient même en l'absence de ma maître de stage. Avec la présence de nombreux stagiaires (infirmier, aide-soignante, psychomotricien, etc.) la volonté de la part de l'ensemble de l'équipe de transmettre aux étudiants se ressent et participe à leur confier une certaine autonomie.

II) Monsieur C.

1) Première rencontre

Lors de mon premier jour de stage, aussitôt fini la formation sur les grands principes de l'Humanitude, je rencontre M.C. en présence de la psychomotricienne. Elle n'a rien précisé des problématiques de ce monsieur. N'ayant aucune information sur celui-ci, j'adopte assez vite une position en retrait pour observer. Quand on arrive devant sa chambre, la porte est ouverte et on l'aperçoit assis sur son fauteuil au fond de la chambre. Il nous invite à entrer. En pénétrant dans la chambre, j'aperçois de nombreux objets personnels (plusieurs petits meubles, du matériel informatique...) qui confèrent un aspect plus petit à la pièce. Ma maitre de stage me présente à M.C et l'informe que pour les mois à venir j'assurerais son suivi hebdomadaire. Elle l'aide ensuite à mettre ses chaussures pour commencer la séance. Lorsque M.C se lève, je vois un homme de corpulence et de taille moyenne qui se tient très légèrement en antépulsion. La séance se poursuit dans le couloir, après avoir fermé à clé la porte de sa chambre. M.C marche en trainant les pieds au sol, la psychomotricienne lui rappelle assez souvent de bien les soulever. Cela se poursuit dans les escaliers. Avant de descendre, M.C demande la lettre du jour, la psychomotricienne ayant l'habitude de travailler la fluence verbale à ce moment-là. De retour dans le couloir, M.C réalise de lui-même des exercices de marche latérale et de marche en arrière. La psychomotricienne lui propose ensuite de travailler l'équilibre en lui demandant de résister aux pressions qu'elle exerce sur lui. De nouveau, avant de rentrer dans sa chambre, il se place de lui-même dans l'encadrement de la porte pour se mettre en équilibre uni-

podal. La séance se termine sur cet exercice, ma maitre de stage l'aide à enlever ses chaussures pour remettre ses chaussons. On lui donne rendez-vous à la même heure la semaine suivante, et on quitte sa chambre.

Après cette première rencontre, j'ai l'image d'un homme plutôt compétent dans les domaines cognitifs. En effet, son discours est cohérent, lors de l'exercice de fluence verbale, il énumère de nombreux mots, certains même assez complexes qui laissent penser qu'il avait un niveau socio-culturel assez élevé. Au niveau moteur, à part ses pieds qui ont tendance à glisser sur le sol, il marche sans déséquilibre apparent. Cependant, les séances semblent ritualisées, chaque exercice intervient à un moment précis. Il est aussi dans une demande constante de réassurance, il a besoin de savoir si ce qu'il fait est bien et cherche à savoir si les autres font mieux que lui.

2) Anamnèse

M.C est entré dans la résidence le 4 janvier 2012 à l'âge de 80 ans. Il est né à Paris et y vivait jusqu'à son entrée. Durant sa vie active, il exerçait en tant que cadre comptable. La décision d'aller en maison de retraite est prise au moment du décès de sa femme, en décembre 2011. A cette période, il ne sort plus de chez lui et ne peut plus rester seul à son domicile. A son arrivée, il se déplace seul avec un déambulateur, il est autonome pour manger et il pleure assez souvent le décès de sa femme. Lors du premier rendez-vous avec le médecin, il est noté qu'il aime les voyages, le bridge et l'ordinateur. Il est aussi indiqué qu'il est exigeant et plutôt dur de caractère mais il est aussi de nature social. Au niveau de ses habitudes, il se couche tard et prend son petit déjeuner de bonne heure. Il ferme sa porte de chambre à clé à chaque fois qu'il la quitte. Il aimerait trouver des joueurs de belote pour jouer ensemble.

Au niveau de son autonomie, M.C a un GIR²⁶ de 4 à son entrée. Il fait sa toilette et se douche seul. Il s'habille également sans aide. Seule la pose de ses

²⁶ Les GIR (groupe iso-ressource) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Il existe 6 classes. Le classement dans un GIR s'effectue à partir des données issues de la grille AGGIR (Autonomie gérontologie-groupe iso-ressource) qui permet de pondérer différentes variable (par exemple : la cohérence, l'orientation, la toilette, la communication).

bas de contention nécessite une aide et il apprécie que cela soit fait assez tôt dans la matinée.

D'un point de vue médical, M.C est hospitalisé en décembre 2011 pour une pneumopathie hypoxémiante²⁷. Un an auparavant, en décembre 2010, il était déjà hospitalisé pour une embolie pulmonaire²⁸ massive ayant nécessité une chirurgie pour résorber le caillot. Cette opération s'est compliquée d'un choc septique, d'un épanchement péricardique²⁹ nécessitant une reprise chirurgicale et la pose d'un filtre cave³⁰. M.C a une arthrose diffuse et souffre d'une hypoacousie.

En janvier 2013, on observe une plaie nécrotique creusant les deux talons. En février 2015, il souffre de nouveau des membres inférieurs, son talon gauche est rouge et œdémé, mais il n'y a pas de signe de phlébite.

M.C se plaint souvent de maux intestinaux, cela le gêne dans la vie quotidienne et entraîne une certaine fatigue.

3) Le bilan psychomoteur

Je réalise le bilan psychomoteur de M.C sur deux séances soit lors de ma deuxième et troisième rencontre avec lui, au mois d'octobre 2014. Il s'agit du troisième bilan psychomoteur qu'il fait. Les précédents bilans ont été réalisés en janvier 2012 et en décembre 2013. Il connaît les épreuves par cœur et exprime plusieurs fois qu'il les réalise uniquement pour nous et dans le cas présent pour que la stagiaire puisse être évaluée.

Il ne présente pas de douleurs au moment de la passation, il souligne juste des petits problèmes intestinaux qui ne l'empêche pas de participer au bilan.

²⁷ Une pneumopathie hypoxémiante est une pathologie pulmonaire détériorant les alvéoles pulmonaires et les capillaires sanguins, ce qui provoque une hypoxémie (quantité insuffisante d'oxygène dans le sang).

²⁸ L'embolie pulmonaire survient quand un caillot de sang circule dans le sang et vient boucher une ramification artérielle irriguant le poumon.

²⁹ L'épanchement péricardique désigne une accumulation de liquide dans le péricarde, l'enveloppe à double paroi qui contient et protège le cœur.

³⁰ Le filtre cave est un dispositif métallique qui vise à filtrer le sang et stopper les caillots qui remontent des membres inférieurs vers le cœur et les poumons par la veine cave inférieure pour éviter tout risque d'embolie.

Au niveau de son autonomie, M.C se déplace seul dans la résidence même s'il se plaint de perte d'équilibre très souvent. En effet, il n'a pas chuté ces derniers mois mais il a une petite appréhension et a besoin de concentration pour ne pas « marcher en zigzag » (selon ses termes). Il répète qu'il ne mange pas comme avant. Il mange le midi dans la salle à manger et le soir dans sa chambre. Il évoque une peur de glisser dans la douche et le besoin d'être aidé dans cette tâche, ainsi que pour mettre ses bas de contentions.

Au MMSE, il en ressort une bonne orientation temporelle et spatiale. Cependant, il me redonne le département lorsque je lui demande la région où nous sommes. Il fait preuve d'une réelle rapidité lors du calcul mental. Il n'y a pas de trouble mnésique apparent et les praxies constructives sont bonnes. Il ne réussit pas à répéter la phrase « pas de mais, de si, ni de et ».

Lorsque je lui fais passer le test des 5 mots, il énonce tout de suite la catégorie auxquels les mots appartiennent, dès leur lecture sans que je lui demande. M.C récite plusieurs fois à voix haute la liste des mots pour s'en souvenir. Le rappel des mots se fait spontanément lors des deux étapes. La mémoire immédiate et la mémoire de rappel ne semblent donc pas altérées.

Il réalise correctement le test de l'horloge, il place en premier lieu le chiffre 12 puis les autres chiffres par ordre chronologique. On observe, cependant, que les chiffres sont placés approximativement. Il place correctement les aiguilles sur 11h10.

Lorsque je lui demande de se dessiner, il me répond immédiatement que le dessin ce n'est pas son domaine. Son dessin comporte les éléments essentiels (bras, jambes, yeux, nez, bouche, oreilles). Cependant, le corps est un carré avec un point central (qui représente le nombril) auquel se greffent les bras et les jambes, représentés en deux dimensions. Les mains et les pieds n'apparaissent pas, aucun vêtement n'est représenté. Les éléments du visage sont bien placés. M.C trace par petits traits, ce qui entraîne une discontinuité des lignes. Ce dessin assez simple contraste avec ses œuvres d'antan.

Les somatognosies sont préservées, il sait reconnaître sur les autres et dénommer les différentes parties du corps.

Au niveau de la marche, le polygone de sustentation est normal. Chaque pas dépasse le pied opposé. M.C a tendance à lever le pied puis à le laisser glisser. En marche latérale, il ramène bien les pieds l'un à côté de l'autre, mais une légère déviation est présente sur le côté gauche. En marche arrière, il attaque avec le pied droit et ramène le pied gauche. Il apparaît une petite appréhension en marche talon-pointe, il cherche un appui mais ne parvient pas à mettre le pied parfaitement devant afin de dessiner une ligne (il touche bien le talon mais pose le pied en décalé). Il ne réussit pas à poser directement son pied devant, il est obligé de le poser à côté puis de le ramener par la suite. Cet exercice met en avant des difficultés d'équilibre quand le polygone de sustentation se réduit.

Au niveau des équilibres, l'équilibre bi-podal est stable les yeux ouverts. Lorsqu'il ferme les yeux, il a tendance à être en antépulsion. En équilibre uni-podal, il tient 20 secondes sur la jambe gauche. Sur la jambe droite, il peine à trouver son équilibre et quand il le trouve, il ne tient pas plus de 2-3 secondes.

Lors des transferts assis/debout, il ne prend pas appui sur les accoudoirs de la chaise pour se relever. Il place ses mains sur ses cuisses et fait l'effort uniquement avec les jambes. Il se retrouve un petit moment les jambes fléchies avant de se relever complètement. Lorsqu'il s'assoit, il place ses mains sur les accoudoirs, se place à une bonne distance de la chaise mais lâche les accoudoirs au moment de la descente. Il réalise tous les transferts à la seule force de ses jambes ce qui lui est très coûteux en énergie.

A travers ces différents items, on en déduit que M.C ne présente pas de trouble cognitif. Il le souligne d'ailleurs à plusieurs reprises avec cette phrase : « La tête ça va, c'est le reste qui ne va pas bien ».

A son entrée dans la résidence, M.C se déplaçait en déambulateur. Depuis, il remarque seul et tient à garder son autonomie. Le suivi psychomoteur aura pour but de maintenir l'autonomie au niveau de la marche et travailler les transferts assis/debout qui semblent coûteux. Les séances auront lieu une fois par semaine.

M.C se plaint à plusieurs reprises de ses mains. En effet, il éprouve des difficultés à saisir et tenir un objet, notamment sa fourchette lorsqu'il mange. La motricité fine sera également un point à travailler pendant la prise en charge.

4) Suivi psychomoteur

Dès la troisième séance, ma maître de stage me laisse seule pour assurer le suivi de M.C. Après avoir réalisé le bilan, j'ai continué les séances psychomotrices déjà existantes en incluant le travail de la motricité fine.

Durant la passation du bilan, la préoccupation de M.C était de savoir si on pouvait aller marcher. Cette envie de se déplacer, notamment dans les escaliers, M.C me l'exprimera très souvent au cours des séances. Cet aspect ritualisé que j'avais constaté lors de notre première rencontre est devenu plus prégnant. Afin de ne pas bouleverser ses habitudes, j'ai choisi de continuer les séances de la même façon avec pour objectif de varier progressivement les exercices.

Ainsi, lors de la première séance, je lui propose un exercice de motricité fine. Celui-ci consiste à assembler plusieurs maillons pour former une chaîne. Pour travailler également la mémoire, cette chaîne doit être identique à celle que je viens de lui présenter (désormais cachée), c'est-à-dire constituée des mêmes couleurs. Je remarque quelques difficultés lorsqu'il accroche les maillons. En effet, cette tâche demande de la précision, il faut mettre en contact l'ouverture du maillon avec l'autre, et surtout une certaine force pour les lier. Le léger tremblement des mains de M.C perturbe un peu cette précision et un manque de force dans les doigts requiert un temps un peu plus important pour parvenir au résultat. Lorsque je rallonge les chaînes à mémoriser, quelques erreurs sont commises, notamment quand deux couleurs se suivent.

Commencé par un exercice assis, suscite beaucoup de questionnements chez M.C, montrant une certaine inquiétude de ne pas aller marcher. Je le rassure à plusieurs reprises et je lui explique que les séances à venir seraient souvent

composées d'un premier temps assis à travailler la motricité manuelle et un deuxième temps plus actif pour améliorer la marche.

Pour ne pas perturber davantage M.C, j'ai repris les exercices vus lors de la première séance. Après l'activité de motricité fine, nous sommes sortis de la chambre, pour se rendre aux escaliers. Je suis attentive à ce qu'il essaye de lever correctement les pieds sur le trajet. Devant la cage d'escalier, je lui donne une lettre, pour la fluence verbale, et il commence à descendre. Je m'aperçois qu'entre chaque étage, je redonne l'impulsion d'avancer, en le devançant de quelques marches. En effet, le palier, instant de pose entre les escaliers permettant de tourner, agit comme un frein et pousse M.C à s'arrêter et à se focaliser sur sa tâche cognitive. De retour à l'étage, il reprend de lui-même la suite des différentes marches (latérale, arrière). Il me sollicite pour compter le temps qu'il tient en équilibre uni-podal et réessaye plusieurs fois jusqu'à ce que le temps lui paraisse correct. La séance se termine, je lui donne rendez-vous la semaine prochaine, ce qui semble le rassurer.

Au fil des semaines, j'apporte diverses activités de motricité fine. Je travaille ainsi le déliement digital, la précision du geste, la force musculaire et par conséquent, la régulation tonique. Mais aussi, je préserve l'organisation spatiale et la structuration spatiale à travers des jeux de construction, de reproduction de figures en lacet...

Durant les exercices de marche, je propose de nouvelles choses, comme des échanges de ballon. En plus de maintenir une préhension correcte, en variant la taille des balles et la prise uni ou bi-manuelle, je demande à M.C un effort d'ajustement postural. Je l'observe lors des premiers lancers uni-manuels où un déséquilibre apparaît, M.C le corrige immédiatement mais plusieurs tirs seront nécessaires pour ajuster la longueur de ceux-ci. Je profite aussi des balles pour lui demander de les récupérer au sol. M.C a tendance à éviter de se pencher pour aller au sol, je décide par cette consigne d'évaluer son appréhension et sa stratégie pour se baisser. La présence de la rambarde dans le couloir lui permet de prendre appui pour se baisser. Il fléchit les genoux, puis le torse pour attraper l'objet. La technique pour se diriger vers le sol est adaptée, mais lorsqu'il se relève, il est essoufflé. Je prends en compte cette fatigue et décide de refaire cet exercice sur plusieurs séances.

Pour varier la tâche de l'attention divisée durant l'aller-retour dans les escaliers, je lui propose de faire découvrir un mot à l'autre chacun notre tour. Pour cela, il suffit de donner des caractéristiques de plus en plus précises sur le mot à deviner. Pour ne pas surprendre M.C avec cette nouvelle consigne, je lui explique la semaine précédente en fin de séance et lui propose un exemple pour qu'il anticipe ce changement. Il lui faut 3 à 4 séances, pour qu'il se souvienne de la nouvelle consigne. Autant de temps est nécessaire pour qu'il prenne l'initiative de me proposer de nouveaux indices quand je ne trouve pas la réponse, sans que je ne le questionne sur la nature du mot. Par la suite, il se prend au jeu et réfléchit avant la séance, pour me proposer des mots complexes et plutôt difficiles à identifier.

Je profite d'un beau jour d'hiver pour demander à M.C s'il veut aller se promener à l'extérieur pour varier des escaliers. Il accepte volontiers et en profite pour faire quelques achats. M.C a l'habitude de sortir seul pour faire ses courses et prend alors sa béquille, qu'il n'utilise pas en intérieur. Une fois à l'extérieur, je m'aperçois qu'il ne l'utilise pas et qu'il la tient à l'envers. Lorsque je lui fais remarquer sa mauvaise tenue, il me dit qu'elle lui sert juste au cas où. Malgré un environnement modifié, la marche reste constante, la longueur et la largeur sont stables et correctes mais les pieds traînent toujours sur le sol. Il se retrouve à plusieurs reprises encombré avec sa béquille qui l'empêche de réaliser des actions bi-manuelles (ranger ses achats dans son sac, mettre ses produits dans le panier, ranger son portefeuille dans son manteau...). Ma présence lui permet de se dégager de sa béquille. Les conditions météo ne permettant pas de sortir tous les jours, j'envisage pour les prochaines séances de modifier le parcours dans l'établissement et utiliser d'autres escaliers afin de varier l'environnement.

Cependant, les problèmes de talons récents de M.C m'ont empêché d'aller dans ce sens. En effet, M.C éprouve des douleurs lorsqu'il est debout en appuis sur ses talons, en lien avec un œdème au pied gauche. Mais l'envie ou la nécessité de marcher est plus forte et il voudra absolument aller faire quelques pas dans le couloir. Il me dira au cours de l'aller-retour « c'est un cercle vicieux, je dois marcher pour que ça aille mieux mais quand je marche j'ai mal... ». Pour ne pas augmenter ses douleurs, je l'invite à faire des mobilisations

actives en étant assis. Je verbalise également beaucoup autour des angoisses qu'il exprime. En effet, ses douleurs l'ont poussé à réutiliser sa béquille à l'intérieur et il se sent diminué. J'insiste sur le fait que son état de santé altéré n'est que provisoire, une fois ses talons guéris, il retrouvera la même qualité de marche. En attendant, je continuerai de lui proposer des exercices assis pour maintenir sa forme musculaire.

M.C a manifesté très souvent, au long de la prise en charge, des douleurs (intestinales, costales et plus récemment au pied) et de la fatigue. Ce sont souvent ses premiers mots quand je rentre dans sa chambre, « je ne suis pas en forme aujourd'hui, je ne sais pas si je vais pouvoir aller dans les escaliers ». Cependant, dans la plupart des cas, il finit par se diriger lui-même vers les escaliers. Je dois souvent lui répéter qu'il n'est pas obligé, qu'il n'y a pas d'esprit de compétition dans les séances de psychomotricité. Au contraire, c'est les séances qui s'adaptent à l'état de santé du moment. Il me semble important de lui rappeler à ce moment-là, qu'il doit écouter son corps et arrêter d'être trop exigeant envers lui. De même, une journée sans marche ne va pas engendrer un retour au déambulateur.

Cette angoisse de perte de la marche ressurgit dans les moments de séparation lors de mes congés. M.C s'inquiète, me demande si je vais être remplacée durant mon absence, il note sur son carnet les dates de mon départ. Malgré l'anticipation de le prévenir deux semaines avant, il semble vraiment anxieux. Après avoir échangé avec ma maître de stage sur cette difficulté, elle me propose de lui préparer une fiche récapitulative des différents exercices réalisés en séance. J'y ajoute aussi quelques fiches d'ateliers cognitifs. En lui donnant la pochette, il me remercie à plusieurs reprises. Il semble ravi d'avoir du « travail ». A mon retour, il est enchanté de me rendre toutes les fiches remplies. La réussite aux ateliers cognitifs permet une revalorisation de M.C et d'une certaine façon à lui redonner confiance en lui. Je décide, en accord avec ma maître de stage, de continuer ce système de fiche à faire de semaine en semaine. En effet, il invite M.C à s'autonomiser et à réaliser de lui-même une séance de marche. L'objectif, à terme, serait qu'il soit moins dépendant de la psychomotricité et de la kinésithérapie.

M.C ne présente plus de troubles majeurs de la marche. Il se déplace seul dans l'institution ainsi qu'en milieu extérieur. Mon approche n'est donc plus de rééduquer la marche de M.C, cela est réalisé en kinésithérapie. Mon objectif vise la confiance de M.C envers son propre corps et l'acceptation du déclin de certaines capacités. Les exercices de marche permettent à M.C de verbaliser ses difficultés, ses angoisses de régression pour ensuite le rassurer et le revaloriser. C'est dans ce sens que continueront les séances.

III) Madame B.

1) Présentation du groupe équilibre

Ce groupe d'une durée d'une heure a lieu toutes les semaines avant l'heure du déjeuner. Il est dirigé par la psychomotricienne, le kinésithérapeute et deux stagiaires en psychomotricité, dont je fais partie. Comme précisé plus haut, il n'y a pas de salle de psychomotricité à disposition, cet atelier a donc lieu en salle de réunion et s'étend très souvent dans le couloir. L'étage étant majoritairement occupé par les bureaux des professionnels, la présence du groupe ne gêne pas les autres résidents et inversement, d'autres résidents ne viennent pas perturber le déroulement de la séance. Suivant les semaines, le groupe fluctue de 10 à 15 personnes, en fonction de l'état de chacun, de leur motivation et de leur disponibilité.

L'objectif de ce groupe varie selon les personnes, il vise à préserver les capacités physiques pour les uns, à retrouver la marche et une autonomie pour les autres. Ainsi, chaque séance se compose :

- d'un parcours psychomoteur pour varier la longueur, la hauteur et la largeur du pas. Le ramassage d'objets au sol et le lancer de sac lesté vers des cibles plus ou moins loin, exigent un équilibre stable et une régulation tonique adaptée.
- des exercices de motricité fine, tel que les assiettes chinoises ou le bilboquet en attendant le passage de chacun sur le parcours.
- de stimulations cognitives, soit pendant le parcours à travers « les défis moteur ». Ce sont des papiers disposés dans une pochette, que chaque personne va piocher durant le parcours. Sur chacun se trouve une consigne mettant en jeu du calcul mental, de la fluence verbale... Soit,

une des stagiaires en psychomotricité travaille avec le groupe autour, principalement, des fonctions mnésiques

La présence de nombreux intervenants nécessite que chacun ait un rôle défini pour que le déroulement soit fluide. La psychomotricienne et une des stagiaires assurent le ou les passages des personnes sur le parcours. Le kinésithérapeute s'occupe des personnes nécessitant un suivi spécial. La dernière stagiaire propose des activités assises aux personnes entre leur passage et propose de la marche pour les personnes ne pouvant effectuer le parcours. A la fin de la séance, le kinésithérapeute et la psychomotricienne se réunissent pour proposer un relevé du sol aux personnes qui le souhaite. La présence du kinésithérapeute est appréciable pour cet exercice puisqu'il connaît mieux les dispositifs à mettre en place dans le cas de prothèse, notamment de hanches.

2) Première rencontre

Je rencontre Mme B. pour la première fois fin octobre 2014. Après avoir mis en place la salle et le parcours avec la psychomotricienne, je vais chercher les résidents dans leur chambre pour les emmener au groupe. Avant de partir, la psychomotricienne me demande d'aller chercher Mme B. qui est en demande d'exercices moteurs et de marche. Lorsque j'arrive devant la chambre, la porte est ouverte. Je frappe tout en passant la tête dans l'entrebâillement de la porte. Elle est assise dans son fauteuil, un magazine dans les mains. Elle me fait signe d'entrer. Arrivée près d'elle je me présente et lui explique que je suis venue la chercher.

A sa hauteur je m'aperçois qu'elle est maquillée, elle porte du mascara et un peu de rouge à lèvres. Lorsqu'elle saisit sa canne, je remarque également qu'elle porte du vernis à ongles. Un peu plus tard, elle m'expliquera qu'elle le met elle-même chaque semaine. Elle me demande si je peux prendre le fauteuil qui est dans le couloir parce qu'elle ne peut pas marcher longtemps. Lorsque je re-rentre dans la chambre elle s'est levée du fauteuil et s'est approchée pour venir à ma rencontre. Je note alors la présence de chaussure à petits talons, qui change des chaussons souvent utilisés par les personnes âgées et accentue le côté coquette de Mme B.

En se dirigeant vers l'ascenseur, elle me remercie d'être venue la chercher. Elle me fait part de sa volonté de participer au groupe et espère que cela va faire évoluer sa marche.

Durant la séance, je lui propose de venir sur le parcours avec moi. Comme beaucoup de personnes âgées, elle a ses habitudes et souhaite que je me place à sa droite pour avoir sa canne à gauche. Elle me saisit l'avant-bras, « bras dessus, bras dessous » et refuse de varier son appui, cela rend mon accompagnement et ma posture très désagréable. Durant toute la durée du trajet, elle va m'agripper le bras. La respiration se saccade et la tête est baissée en direction de ses pieds. La marche et les enjambements engendrent manifestement un effort considérable à Mme B. . Lorsque je lui demande de se mettre sur le disque de forme arrondi, elle pose à deux reprises un pied dessus mais le retire aussitôt quand elle voit son pied basculer.

Lorsque je la ramène à table pour le déjeuner avec le reste du groupe, je lui soumetts de venir la chercher dans sa chambre chaque semaine. Ce qu'elle accepte volontiers. C'est ainsi que s'est constitué le lien de confiance avec Mme B. .

3) Anamnèse

Mme B. est entrée dans la résidence en octobre 2013 à l'âge de 94 ans. Précédemment, elle était dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) . Le retour à domicile étant difficile à cause de sa perte d'autonomie et d'une dépendance du suivi médical, la décision fut prise d'une institutionnalisation.

A son entrée, elle se déplace en déambulateur et éprouve une peur de se déplacer seule même dans sa chambre. Les chutes à répétition que Mme B. vit depuis quelques semaines expliquent sûrement cette réticence à la marche et l'anxiété observée chez cette dame.

A deux reprises, ces chutes se sont soldées par des fractures. La première a nécessité la mise en place d'une prothèse d'épaule gauche. La seconde s'est résorbée après immobilisation de l'épaule droite.

Dans son dossier médical, il apparaît plusieurs éléments concernant son système cardiovasculaire. Ainsi, en septembre 2009 les médecins mettent en évidence une insuffisance cardiaque³¹ avec des épisodes de décompensation. Des troubles du rythme AC/FA³² apparaissent. Un stimulateur cardiaque³³ à double chambre lui a été implanté en avril 2010.

4) Bilan psychomoteur

Je réalise le bilan de Mme B. fin janvier 2015, la prise en charge a déjà commencé et il s'agit par-là de noter les évolutions depuis son entrée. Avant de commencer le bilan à proprement parler, je pose quelques questions à Mme B. pour connaître son histoire et son ressenti de son quotidien dans la résidence.

Mme B. a perdu son mari il y a une dizaine d'année. Elle a deux filles dont une vit dans le sud mais qui prend de ses nouvelles tous les jours. Elle a également 4 petits-enfants et 9 arrière-petits-enfants. Elle est rentrée dans la résidence en octobre 2013 suite à des problèmes de rétention d'eau. Elle avait déjà chuté dans les escaliers en 2004 ce qui lui a valu une fracture de l'épaule droite. Deux ans après, une collision avec une personne entraîna la fracture de l'autre épaule. Depuis ses 90 ans, elle a besoin d'être accompagnée pour se déplacer. Son arrivée dans l'établissement a été, selon ses mots, « admis ».

Elle souffre régulièrement des épaules et du bas du dos.

Elle voudrait retrouver de l'autonomie dans ses déplacements même si selon elle cela sera difficilement réalisable. La vieillesse ne peut aller qu'en déclinant... Cependant, elle montre une réelle motivation sur les groupes équilibre et cherche toujours plus ses limites.

³¹ Il y a une insuffisance cardiaque quand le cœur ne peut plus effectuer correctement son travail de pompe, il n'assure plus le débit sanguin nécessaire au bon fonctionnement des tissus.

³² L'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire simplifiée dans le jargon médical par le terme AC par FA ou l'acronyme ACFA est le trouble du rythme le plus fréquent dont la présence augmente en rapport avec l'âge. Elle se présente comme une succession de contractions cardiaques rapides et désordonnées au niveau des oreillettes (auricules).

³³ Un stimulateur cardiaque est un appareil qui sert à stimuler le rythme du cœur. Il envoie un décharge électrique lorsque le rythme cardiaque ralentit et franchit une fréquence seuil. Il évite ainsi le risque de syncope.

Elle préfère lire plutôt que de participer aux activités, elle dit ne pas être joueuse. De plus, l'obligation d'appeler un soignant pour se rendre à l'activité la freine un peu.

Concernant son autonomie, elle fait sa toilette seule. Elle prend ses repas dans la salle à manger le midi et préfère dîner en chambre. Elle se déplace seule uniquement dans sa chambre. Elle se souvient de ses chutes les plus marquantes (celles de 2004 et 2006). Depuis, elle a sûrement chuté mais elle dit ne pas s'en rappeler. Par contre, une appréhension à la marche est très présente.

Lors du time up and go, réalisé dans sa chambre, elle se lève en prenant appui avec sa main gauche sur l'accoudoir, de l'autre main elle utilise sa canne. Pour se rasseoir, elle utilise la même technique. Elle marche uniquement avec sa canne par petits pas, ses talons de chaussures claquant régulièrement sur le sol. Elle effectue le changement de direction en décrivant un demi-cercle sur le sol. Avec cette méthode, elle semble éviter le déséquilibre dû au demi-tour. Le polygone de sustentation est adapté, la longueur et la hauteur du pas sont fortement diminuées lorsqu'elle n'a pas d'aide humaine.

L'équilibre bi-podal yeux ouverts puis fermés n'entraîne pas de déséquilibre important. Les quelques oscillations d'avant en arrière sont aussitôt réajustées pour maintenir la verticalité. L'équilibre uni-podal, sur la jambe gauche et droite est impossible même avec un appui. Un équilibre uni-podal inférieur à cinq seconde est signe de chute, donc cet item est important à prendre en compte.

Concernant les somatognosies, elles sont préservées.

Le test de l'horloge est correctement réalisé par Mme B. . Elle commence par placer les chiffres aux quatre coins cardinaux puis les autres. Les aiguilles sont bien placées. Cependant, elles ont la même longueur, elle ne discrimine pas les aiguilles.

Pour le test de l'horloge, aucun rappel indicé n'est nécessaire. Il n'y a pas de trouble mnésique apparent.

La réalisation du MMSE ne met en évidence aucune désorientation spatio-temporelle. Les capacités d'attention et de calcul sont préservées. Il en est de même des activités mnésiques. Les fonctions du langage ne sont pas altérées. On note, cependant, une difficulté à répéter une phrase sans sens. Les praxies

constructives sont maintenues. Seul le tracé est rendu difficile par la faible amplitude des épaules.

Tous les items de l'EMG sont identifiés et réalisés. Les modèles mettant en jeu le déliement digital nécessitent un temps d'ajustement et une réussite pièce par pièce. De nouveau, une limitation d'amplitude des épaules est observable.

Les différents items de ce bilan mettent en évidence des difficultés d'autonomie dans les déplacements liés à une peur de chuter. Une anxiété est assez présente dans ces moments. Concernant les capacités cognitives, aucun trouble n'est identifié. Le travail en psychomotricité consistera à revaloriser la marche et les compétences de Mme B. dans ce domaine. Pour cela, deux séances groupales par semaine auront pour objectif d'amener madame à se déplacer seule en dehors de sa chambre.

5) Suivi psychomoteur

A chaque séance, je vais chercher Mme B. comme je lui ai proposé lors de notre première rencontre. Ce petit rituel s'est installé au fil des semaines. Il permet un moment d'échange. Mme B. évoque, par exemple, son état général du jour, ses tracas du quotidien, sa relation avec les soignants... Cet instant en relation duelle a garanti la mise en place d'une confiance envers moi nécessaire pour l'évolution de la prise en charge. Ce moment d'échange se prolonge à la fin de la séance lorsque je la conduis au restaurant pour le déjeuner.

La présence de nombreux soignants, engendre un suivi personnel de chaque participant en « dent de scie ». En effet, la répartition des soignants est faite en fonction des activités proposées et non par rapport aux résidents. Ce fonctionnement nécessite un échange régulier entre les soignants et d'une façon générale, celui-ci est assuré. Les premières semaines, mon travail avec Mme B. s'est donc fait en fonction de l'activité que je menais.

Puis, au fil des accompagnements, les volontés et les attentes de Mme B. concernant le suivi sont devenus de plus en plus explicites. Elle souhaite remarcher de façon autonome. En accord avec ma maître de stage, j'ai ainsi proposé à Mme B. de marcher dans le couloir en plus du parcours. Dans les premiers temps, la marche se fait avec mon bras et sa canne. De cette manière,

la marche est fluide, d'un rythme soutenu, aucune appréhension n'est visible. Puis, très vite je lui demande de lâcher mon bras et de marcher seule comme elle en est capable dans sa chambre. D'un coup, son corps devient hypertonique, sa main droite se crispe, la respiration devient saccadée, les pas deviennent tout petits, les talons tapent contre le sol et Mme B. se colle contre le mur pour être proche de la rambarde. Cet exercice semble très anxiogène pour elle bien qu'il soit déjà travaillé avec le kinésithérapeute une fois par semaine.

Très vite, les progrès de Mme B. lors de cette marche autonome sont visibles. La longueur du pas s'agrandit, la respiration s'apaise progressivement et surtout la distance parcourue s'allonge. Elle demande encore mon bras pour les changements de direction. De même, la crispation de sa main droite reste toujours présente. Depuis peu, je m'écarte petit à petit d'elle au fur et à mesure de sa marche, pour qu'elle s'habitue à se déplacer seule. Je me place ainsi légèrement en arrière et non plus à côté d'elle. J'essaye ainsi de l'amener à utiliser les aides mécaniques à sa disposition (cane, rambarde) qu'elle utilise très peu et diminuer l'aide humaine. Je souhaiterais à terme être vue par Mme B. comme un élément rassurant et motivant et non être un « objet » auquel elle peut se tenir.

Pour favoriser l'autonomie de Mme B. je l'invite à se rendre au restaurant en marchant et non en fauteuil comme à présent. Elle accepte volontiers. Elle m'explique alors qu'elle descend chaque jour de la semaine en marchant avec l'aide d'un soignant. Cependant, elle remonte toujours à son étage avec son fauteuil. En effet, après une tentative où elle s'est trouvée mal en arrivant dans sa chambre, le cœur palpitant, elle ne souhaite pas réitérer l'expérience.

Les troubles cardiaques de Mme B. entraînent souvent une fatigue si la marche ou la position debout dure trop longtemps. J'ai pu le constater une fois lors de la fin du groupe. Au moment de prendre l'ascenseur pour accompagner les résidents déjeuner, celui-ci n'est pas arrivé tout de suite à cause de la forte utilisation durant cette période. Le temps de trajet a mis le double du temps habituel. Lorsque j'ai laissé Mme B. à table, j'ai constaté que mon bras était tout chaud et moite à l'endroit où sa main se tenait. C'est à ce moment que j'ai pris conscience de la force qu'elle avait progressivement appliquée dessus. J'ai pu mettre en lien avec les nombreux souffles et ajustements posturaux que

j'avais d'abord interpréter comme de l'exaspération d'attendre et non comme une réelle fatigue.

Cependant, l'incapacité à se mouvoir seule en dehors de sa chambre ne dépend pas exclusivement de ces problèmes respiratoires et cardiaques. Comme il est indiqué dans son dossier et ce que j'ai de nouveau constaté lors du bilan, Mme B. a une appréhension à la marche liée à une peur de tomber. Pour améliorer cette vision altérée de ses capacités corporelles, je verbalise énormément lors de la marche autonome sur les évolutions au cours des séances. Cette attention portée sur ses progrès produit souvent un discours positif, de la part de Mme B. , de ces possibilités. Elle revient sur son évolution depuis son entrée dans la résidence en déambulateur, où elle ne bougeait jamais seule même dans sa chambre, jusqu'à maintenant. Elle apprécie son autonomie de nouveau acquise dans sa chambre depuis quelques mois. Elle me livre également qu'elle « marche souvent sans y penser maintenant ».

Quelques fois ce discours se termine de façon contradictoire avec tout ce qu'elle a pu dire auparavant. Elle est ravie de ses progrès, elle aimerait que cela continue encore mais elle est vieille. De nouveau, elle reparle du vieillissement forcément déclinant, déjà évoqué lors du bilan. Ce discours nécessite de ma part, l'utilisation de mots adaptés. En effet, il faut en aucun cas nier les conséquences du vieillissement et en même temps, les capacités motrices et cognitives peuvent être maintenues grâce à des exercices quotidiens. Mon objectif thérapeutique prendra en compte cette ambivalence

Mme B. montre une marche adaptée lorsqu'elle a une aide humaine à ses côtés. Les différents exercices effectués ont pour but de maintenir et renforcer sa condition physique tout en prenant en compte sa fatigabilité cardiaque. Cependant, l'objectif principal reste d'améliorer l'autonomie de Mme B. dans ses déplacements et l'accompagner progressivement à se déplacer seule, sur de courtes distances au début, en dehors de sa chambre et sans présence près d'elle. Il s'agit en d'autres termes de lui redonner confiance en elle à travers un processus de re-narcissisation.

DISCUSSION

I) Le contexte de mon travail

1) L'origine de mon travail

Ce travail autour de la marche provient essentiellement de la demande des personnes elles-mêmes qui souhaitent maintenir leur marche, retrouver une marche plus satisfaisante, voire remarcher.

A partir de ce constat, et avec les compétences acquises lors de notre formation en psychomotricité, nous pouvons proposer une rééducation à la marche. Dans la plupart des EHPAD, le psychomotricien propose un « atelier équilibre » ou « gym douce » comme c'est le cas sur mon lieu de stage. C'est en intervenant sur ce groupe que j'ai commencé à m'interroger sur ce qui se jouait pour les participants.

Leurs verbalisations sur leurs craintes « Je ne pourrais jamais passer cet obstacle, il est bien trop haut ! », ou « Oulala, qu'est-ce que vous nous avez préparé aujourd'hui » en voyant le parcours en place, ainsi que sur leur difficulté « C'est dur cet exercice ! », « Ca, je ne fais pas, je n'y arrive pas » m'ont poussé à aller chercher plus loin que les connaissances reçues lors de ma formation. Je voulais savoir ce que le vieillissement entraînait sur leurs capacités physiques mais également d'un point de vue psychologique. En effet, des décalages entre les réalisations faites lors de l'atelier et leurs dires m'ont à plusieurs reprises interpellée. Cela m'a questionnée sur la difficulté des exercices demandés et ma capacité à m'adapter à leur niveau. Et pourtant, chaque semaine, le groupe était de nouveau réuni.

Cette envie d'aller chercher plus loin a été accentuée avec la prise en charge de M.C.. Notamment dans cette motivation voire parfois un certain acharnement à se déplacer et à repousser ses limites.

J'en suis arrivée aux questions suivantes : pourquoi la marche est-elle si importante pour la personne âgée ? Quel idéal représente-t-elle ? Quel impact existe-t-il lorsqu'elle décline ?

2) Le retentissement psychologique du vieillissement

Même si la problématique principale de ces deux patients s'articule autour de la réadaptation de la marche ou de son maintien, ces sujets restent des personnes vieillissantes. Il me semble donc important de revenir sur les différentes perturbations liées au vieillissement.

a) La notion de crise

Chacun sait qu'il est mortel et que la vieillesse va finir par le toucher. Seulement, pendant très longtemps la vieillesse retentit chez les autres. Chacun semble agir comme si le développement prend fin avec l'approche de la maturité et de l'âge adulte. Lorsque la vieillesse touche le sujet, la rencontre s'annonce plutôt tragique. C'est le début d'une succession de drames plus ou moins intenses impliquant des crises qu'il devra résoudre pour continuer d'être, d'exister. En psychologie, la crise désigne toute période critique dans le développement psychologique et psychique de l'individu. Plusieurs crises surviennent au cours de l'existence. La crise du huitième mois où l'enfant se différencie de sa mère, la crise œdipienne qui intervient dans la structuration de la personnalité et l'accès à la génitalité, la crise d'adolescence et ses bouleversements des investissements narcissiques. Cette crise de la vieillesse révèle un décalage entre ce que la personne voudrait faire et l'impossibilité de le réaliser par manque de temps ou de force. Elle se constitue d'intenses moments de travail psychique où la personne combat pour exister. Elle y perd, elle y gagne, pour maintenir ce qui lui est essentiel, et pour cela, elle est prête à sacrifier beaucoup de choses.

b) La spécificité de la crise

Selon HERFRAY C.³⁴, les crises se rapportent à trois concepts inventés par Freud. Le premier concept touche le narcissisme, c'est-à-dire l'amour que porte le sujet à lui-même. Lorsque l'image de soi se trouve modifiée et se dégrade pour appartenir à la catégorie des "vieux", qu'en est-il de cet amour propre? Le second concerne la structure psychique et l'existence du refoulé. « Le retour du refoulé implique reviviscence des problématiques de la petite enfance et des

³⁴ HERFRAY C. (2007)

fantasmes qui s'y articulent, car de même que le refoulé se manifeste pendant le rêve de manière "déguisée", il ne cesse de "faire signe" quand la force du Moi vacille, lors de la vieillesse en particulier.»³⁵ Chaque crise modifie le rapport que le sujet entretient avec lui-même. Enfin, ces deux perturbations ébranlent également la problématique de la demande qui s'adresse à quelqu'un. La personne n'ose plus demander de l'amour à autrui et ne se sent plus appréciée, valorisée.

c) Le travail de deuil

« L'enfant, au fur et à mesure qu'il perd son statut d'enfant, est contraint à des deuils pour accéder à son identité propre : mais il y gagne. Les pertes qu'il assume se soldent par des acquis [...] Mais que gagne le vieillard? Si les échanges du début de la vie s'inscrivent dans la promesse de nouvelles possibilités, de nouvelles conquêtes et du plaisir trouvé en échange d'une "jouissance" perdue, ceux de la fin connotent d'une manière ou d'une autre l'envers de la promesse. L'heure est à la dépossession. L'éventail objectal s'amenuise. »³⁶ Le sujet âgé doit faire le deuil de ce qu'il était et faire face aux différentes pertes. Cet état rappelle le phénomène de castration évoquée par Freud.

La vieillesse est un effort quotidien pour ne pas sombrer. C'est une lutte contre l'aspiration sournoise au repos, évocateur du grand sommeil de la mort. Ce repos peut être une véritable tentation dans lequel le sujet pourrait glisser s'il ne prend pas garde. Pour lutter contre, c'est une véritable bataille que la personne âgée doit mener où elle se trouve souvent perdante, devant s'incliner chaque fois face à ce corps défaillant. Accepter cet état fait partie de la vie qui se définit comme une éternelle évolution constituée de séparation et de deuil des repères passés. « Le deuil est lié à la perte et caractérise la réaction à la perte d'un objet d'amour, d'une relation d'objet ou de toute situation investie narcissiquement.»³⁷ Le deuil s'accompagne du travail du deuil. Celui-ci se caractérise par une opération psychique où la réalité l'emporte pouvant laisser place au principe de plaisir. Ce travail ne se fait pas sans mal. Tout d'abord, des manifestations somatiques s'expriment composées de douleurs physiques violentes. Une douleur morale s'ajoute. Ce processus de travail du deuil mobilise

³⁵ *Ibid* p 26.

³⁶ HERFRAY C. (2007) p 24.

³⁷ CARON R (2000) p 31.

toutes les capacités énergétiques et adaptatives du moi, nécessitant du temps et de l'élaboration. C'est un vrai processus de séparation vis-à-vis de l'objet. De nouvelles capacités d'investissement aident ce travail et l'accélèrent. Chez le sujet âgé les pertes sont souvent nombreuses : perte des capacités, perte des ascendants, perte des descendants parfois, perte du conjoint, perte des pairs. Les possibilités de réinvestissement se trouvent alors amoindries. Il faut faire appel au travail de vieillir qui consiste à éprouver ces différentes difficultés mais aussi les intégrer psychiquement afin d'éprouver une continuité d'être. La personne peut alors vivre en harmonie avec elle-même.

d) Les modifications corporelles et l'image du corps

Le passage du temps se remarque en premier par les transformations physiques de la personne. Le corps apparaît moins séduisant, moins souple, plus douloureux, plus défaillant et plus fragiles aux agressions.

« L'image du corps est la représentation que chaque sujet a de son corps propre, représentation qui comporte des aspects conscients et inconscients qui jouent un rôle prépondérant dans la genèse de la représentation de soi. »³⁸ L'image du corps se construit sous l'influence de l'environnement et des expériences vécues. Elle est propre à chaque individu puisqu'elle dépend de sa propre histoire. La dégradation des fonctions physiques et l'altération biologique de certaines fonctions se traduisent par une altération de l'image corporelle. Le sujet âgé doit ainsi réajuster son image.

Lorsque M.C me dit « mon équilibre n'est plus comme avant », ou encore « je ne marche plus bien », je note qu'il est dans la comparaison avec ses compétences passées. Son envie à chaque séance d'aller toujours plus loin malgré un essoufflement et une certaine fatigue, me laisse penser que son travail de deuil n'est pas entamé ou du moins pas terminé. Il est encore dans l'idée de retrouver ce qu'il avait avant et cela impacte sur son image du corps et son estime de soi.

3) La vie en institution

³⁸ *Ibid*, p 44.

Effectuant mon stage en EHPAD, c'est-à-dire en institution, il me semblait important de revenir sur les éventuels traumatismes liés à ce passage du domicile, lieu privé, à l'institution, lieu commun.

a) L'évolution de la prise en charge des aînés

Avec le rallongement de la durée de vie de la population, les relations familiales se sont vues modifiées. Alors que les descendants s'occupaient de leurs aînés jusqu'à leur mort, aujourd'hui ils se retrouvent incapable de satisfaire cette fonction étant eux-mêmes dépendants. En effet, une personne de 85 ans, âge à laquelle se font en moyenne les entrées en institution, a des enfants âgés d'environ 60 ans, bien souvent à la retraite qui se sentent incapable de s'occuper d'eux. Cette évolution a laissé place à une nouvelle relation entre les différentes générations basées sur la transmission de savoir et non plus d'aide. Cela est alors confié bien souvent à des aides ménagères et autres aides à domicile développées ces dernières années (portage de repas, aide à domicile...). Lorsque ces dispositifs ne suffisent plus, la décision d'institutionnalisation est faite. Ce choix retentit sur les deux protagonistes. Le sujet âgé se sent abandonné par sa famille, lésé de ce soin qu'il estime recevoir. Le descendant culpabilise de laisser des inconnus s'occuper et prendre soin de son parent et a le sentiment de l'abandonner. Le personnel doit, par conséquent, prendre en compte cette dimension et favoriser les échanges entre les générations en proposant des activités partagées pour rétablir un lien et une relation afin que l'institutionnalisation se passe pour le mieux.

b) L'entrée en institution

Le maintien à domicile persiste le plus longtemps possible jusqu'à ce que la dépendance soit trop importante pour prolonger cette situation. L'institution devient alors la dernière alternative. De ce fait, l'entrée se réalise à un âge de plus en plus tardif. Elle est souvent motivée par un drame personnel ou familial. C'est le cas de M.C rentré à l'EHPAD suite au décès de sa femme. L'entrée en institution résonne comme un écho à l'approche de la mort. En effet, la première raison de cet état de fait est liée à la présence du personnel soignant et d'une forte densité de personnes âgées dans ce lieu. La seconde est d'ordre médical, l'arrivée étant rarement un choix volontaire. Enfin, le taux de

mortalité atteint quasiment les 100% dans les établissements (VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M., 2001).

c) La perception de l'institution

Il est alors question d'« insertion de la vie dans la mort »³⁹. L'individu continue d'exister à travers ce qu'il fût, avec comme nouvelle dimension le passage de la sphère privée, intime à une sphère publique, collective. L'individu est alors en rupture et doit user de mécanisme d'adaptation. L'institution regroupe des personnes aux pathologies multiples qui peuvent procurer des images négatives et un sentiment de solitude ou de tristesse. Elle révèle aussi une atteinte à l'intimité de la personne, avec un sentiment de proximité portant préjudice à son intégrité sociale.

d) Les retentissements psychologiques liés à ce nouvel environnement

Quitter sa maison oblige à laisser son « chez soi » pour en trouver un autre qui est aussi partagé et qui devient un « chez les autres ». La perte du domicile d'origine est un passage brutal, car rarement préparé ou simplement évoqué. L'effet est exacerbé par le côté définitif du passage en institution. Désormais confiné dans une chambre d'environ 20m², la personne doit faire un tri dans ses biens et se séparer de plusieurs d'entre eux. Même si la personne peut prendre plaisir à donner, c'est très généralement une souffrance de voir partir ce qui lui appartenait et formait son univers. Le plus dur consiste à voir disparaître tout ce qui constituait la vie quotidienne. Ceci revient à faire un tri dans sa propre histoire, dans sa vie, dans ses souvenirs. VERCAUTEREN R. *et al* indique de réaliser un « fichier de l'histoire de vie du résident » afin de connaître au mieux la personne et lui proposer un suivi qui lui correspond. Ce fichier peut également être complété au fur et à mesure du séjour dans l'institution.

Comme tout espace commun, certaines règles sont de rigueur pour un bon fonctionnement de l'établissement. De plus, une position de domination peut se mettre en place entre la personne et les soignants. Ces derniers ayant le « pouvoir de faire » et le sujet âgé la « nécessité d'attendre » (VERCAUTEREN

³⁹ VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M., 2001, p 36.

R., PREDAZZI M., LORIAUX M., 2001). Ce qui est contradictoire au fait que la personne âgée paie pour bénéficier de service. La « nécessité d'attendre » engendre une dépendance au personnel. Le sujet est obligé d'attendre un soignant pour des actes, des soins indispensables à sa survie.

II) Pourquoi maintenir la marche ?

1) Marche et autonomie

A travers mon intervention sur la préservation de la marche, je cherche à favoriser les déplacements et les actions de la personne sur son environnement. Ce travail va même au-delà en garantissant, selon moi, une autonomie.

a) Institution et autonomie

Comme je l'ai dit plus haut, l'entrée en institution s'avère parfois inévitable lorsque la personne n'est plus capable de rester à domicile. Cette prise en charge en établissement vient pallier une perte d'autonomie. Cependant, celui-ci est également source de restriction de cette même autonomie, d'où un certain paradoxe. Cette entrée qu'elle soit d'origine psychomotrice (limitation des déplacements, impossibilité de faire ses courses...), gériatrique (présence d'une démence ou une dépression) ou encore sociale (l'entourage ne peut plus venir soutenir et aider) altère toujours l'autonomie par son fonctionnement et le cadre qu'elle instaure. Ces règles appliquées (horaires des repas, des activités, de la toilette...) par l'établissement limitent la liberté d'action des personnes qu'elle cherche justement à aider.

b) L'acquisition de l'autonomie

« L'autonomie s'inscrit dans un rapport entre un organisme et son environnement. »⁴⁰ Pour parvenir à une certaine autonomie, tout un processus s'avère nécessaire. Chez l'Homme l'autonomie s'inscrit dans une visée développementale. Le petit naît non mature et doit acquérir ce qui fait de lui un Homme. A savoir, en premier lieu, l'appropriation de son espace en se

⁴⁰ ALAPHILIPPE D., in Difficultés et réussites de la vie en établissements pour personnes âgées, (2007) p 82.

déplaçant jusqu'à pouvoir marcher. Un environnement social stimulant, maternant est nécessaire pour cela. En même temps, se développe le langage permettant la communication avec autrui. A trois ans, l'enfant maîtrise les bases de sa langue maternelle. A cette même époque, les apprentissages cognitifs s'enseignent au sein des écoles maternelles puis à l'école primaire. L'école va garantir l'accès à la lecture, l'écriture, le calcul. Toutes ces acquisitions contribuent à donner en autonomie au sujet. En effet, la personne peut agir sur son environnement en se déplaçant, en découvrant de nouveaux lieux, et en se les appropriant. La maîtrise de la langue garantit la communication, les échanges et la collaboration et l'expression des affects. Enfin, l'expansion de la sphère cognitive permet l'accès au savoir, ce qui donne accès à une meilleure intégration sociale et professionnelle. « Un développement harmonieux de toutes les fonctions psychologiques est la condition de l'autonomie. »⁴¹

Cependant, il est important de noter que tous les apprentissages, en particulier cognitif, nécessitent certaines contraintes et remettent en cause cette autonomie. En effet, c'est le cas par exemple de l'éducation, qui propose un savoir garant d'une autonomie mais nécessite pour y accéder de suivre un rythme de vie dicté avec parfois des tâches fastidieuses.

L'acquisition du savoir continue tout au long de la vie adulte à travers un savoir-faire, un savoir-être, des expériences professionnelles, culturelles ou corporelles. Cependant, avec l'âge les principales fonctions psychomotrices et cognitives déclinent dégradant par conséquent l'autonomie. Ce déclin commence vers trente ans, il est rarement perceptible au début, seule l'utilisation des performances à haut niveau est perceptible. Malgré ces pertes de capacités, l'apprentissage demeure possible. Seulement lorsque certaines activités deviennent impossibles, il faut savoir se concentrer sur d'autres plus accessibles et ainsi les développer. Cette stratégie adaptative permet de conserver des niveaux de performance élevés malgré le vieillissement.

c) Comment aider à préserver cette autonomie en institution ?

Pour maintenir une autonomie chez une personne, il est important de préserver tous les éléments qui constituent sa personne et donc son identité.

⁴¹ *Ibid* p 88.

Dans ce but, les capacités de décision et d'action ne doivent pas être limitées et peuvent même se voir augmentées.

Dans un premier temps, l'institution se doit d'être fonctionnelle afin de privilégier les déplacements des résidents. Ces dernières années les bâtiments ont été construits dans cet objectif. Ils possèdent des couloirs larges permettant le passage de fauteuil, des chambres et des salles de bain adaptées avec des rampes, des douches de plain-pied, des lits médicalisés... Le personnel doit veiller à ce que tous ces espaces restent libres, non encombrés et garantir une accessibilité.

Ensuite, une intégration sociale satisfaisante favorise une meilleure autonomie. Avec l'avancée en âge, et surtout avec l'arrivée en institution, les liens sociaux s'étiolent. Famille et amis deviennent moins présents favorisant un sentiment de solitude. C'est pourquoi, la présence d'animateurs dans la structure pallie ce processus en proposant des activités ludiques, culturelles et d'échanges.

Pour atténuer les effets néfastes du fonctionnement institutionnel sur la représentation de soi, tous les intervenants peuvent contribuer à orienter cette perception de soi de manière à ce qu'elle soit la plus efficiente et la plus conforme à la réalité des compétences préservées et des performances potentielles. Toutes les activités proposées ont pour finalité de contribuer à une prise de conscience des compétences encore disponibles. Cela engendre une revalorisation de la représentation de soi. Le rôle de l'institution est primordial dans ce cas car la personne âgée est rarement consciente de ses capacités et de ses potentialités et prend rarement l'initiative de les mobiliser.

C'est en ce sens que j'ai axé mes prises en charge. Que ce soit avec M.C ou Mme B. mes paroles se veulent toujours encourageantes et réconfortantes. A chaque progression observée, je tends à leur faire remarquer. A l'inverse, lors de jour « sans », où les réalisations des fois précédentes sont plus dures ou impossibles, je relativise en leur expliquant que chez chacun il y a des jours où la fatigue ou la motivation sont moins présentes. Les fois prochaines seront mieux. Cependant, je tiens à toujours garder un discours cohérent vis-à-vis des capacités. Il s'agit de les encourager à progresser et persévérer toujours un peu

plus en leur montrant qu'ils en sont capables. Mais il n'est aucunement question de leur « vendre » une jeunesse éternelle.

2) Des accompagnements en lien avec l'Humanitude

Mon intervention se veut être une continuité de la philosophie de l'Humanitude instaurée au sein de l'établissement. En effet, ce principe de « prendre soin » encourage le « vivre et mourir debout », concept décrit par GINESTE Y. et MARESCOTTI R.. Mes objectifs thérapeutiques s'appuient sur ce principe mais également sur la préservation des différents systèmes de l'organisme décrit dans la première partie de ce mémoire.

a) L'impact de la grabatisation

La marche et le mouvement d'une manière générale stimule les récepteurs proprioceptifs et fournissent un grand nombre d'informations proprioceptives. Toutes ces données participent à l'élaboration du schéma corporel défini par AJURIAGUERRA comme ceci : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »⁴². Il est donc entretenu, affiné, modifié en permanence par l'expérience. Le schéma corporel est indispensable dans la réalisation de gestes précis, organisés en schèmes moteurs, comme pour l'équilibre et pour la marche.

« Chez les personnes grabataires, la stabilité des positions (allongées en permanence, ou au lit 12 heures et assises au fauteuil 12 heures) affaiblit progressivement le schéma corporel et l'intelligence sensori-motrice. Celle-ci peut atteindre l'intelligence conceptuelle (ou du moins ses capacités expressives) et favoriser les phénomènes de désorientation spatio-temporelle, de perte d'idéation, etc. »⁴³ La détérioration des capacités débutent dès les premières heures d'immobilisation au lit ou au fauteuil et évoluent très rapidement. Un sujet âgé devient grabataire en pratiquement trois semaines

⁴² Cité par PAVOT C., dans son cours sur le schéma corporel et l'image du corps.

⁴³ GINESTE Y., PELISSIER J., (2007), p 236.

d'immobilisation. Ces auteurs ont constaté que la majorité des personnes grabataires subissent une invalidité « iatrogène » due à une incapacité de se fonder sur les capacités restantes de la personne pour lui permettre de vivre debout jusqu'à la fin de sa vie. Alors qu'en dehors de toutes pathologies spécifiques, la personne âgée dispose d'assez d'énergie pour se tenir chaque jour debout et accomplir des déplacements aidés.

b) S'adapter en fonction des possibilités du patient

Cette philosophie de soin distingue quatre types de patients qui vivent dans les institutions ou services hospitaliers. Cette classification permet d'évaluer le type d'aide à la marche à mettre en place mais aussi le type de toilette.

La première catégorie de patient regroupe « les hommes debout ». Ces hommes se lèvent et se déplacent seuls. Cependant, même s'ils n'ont pas besoin d'aide manuelle, ils requièrent une motivation et une stimulation. Celles-ci peuvent provenir de l'environnement (activités physiques ou sociales, lieux de rencontres et d'échanges, activités extérieures). Cette présence d'activités, de contact social et de relations empêchent l'installation d'un syndrome d'immobilisme. La présence des proches et des soignants apporte également un soutien grâce à ce regard de l'autre et surtout créer l'envie de lui faire plaisir. Le sentiment d'être digne de l'attention d'autrui apporte plus en estime de soi que l'action en elle-même.

Ensuite, la catégorie des « hommes assis-debout » englobe tous les hommes capables de porter leur poids sur leur jambes, mais ayant besoin d'un soignant pour rester debout ou se déplacer. Trois facteurs peuvent les empêcher d'être des hommes debout :

- Des problèmes physiques, d'équilibre, qui nécessitent que les soignants sachent se placer correctement pour prévenir tout risque de chute ;
- Des problèmes cognitifs, de compréhension qui les empêchent de comprendre les informations et les consignes données par le soignant ;
- Des problèmes psychologiques, de peur (peur de chuter, peur de la douleur).

Avec ces personnes, l'accompagnement se fait principalement sur une communication appropriée, souvent non-verbale, à travers la qualité des saisies et des prises.

Les « hommes assis-couchés » désignent les personnes dont la verticalisation est impossible pour diverses raisons (paralysie, rétraction des membres inférieurs...). Ils peuvent néanmoins se tenir assis et vivre la plupart du temps avec le reste des résidents. Leurs déplacements nécessitent des techniques de manutention spécifiques. Elles sont enseignées au cours du cursus des différentes professions mais également reprises lors des formations Humanitude.

Enfin, les « hommes couchés » constituent cette dernière catégorie. Ce sont des personnes qui ne peuvent quitter le lit pour des raisons médicales (problèmes cardiaques, fractures de la colonne vertébrale, douleur...) dans la majorité des cas. Il peut s'agir aussi de raisons psychologiques, la personne refuse de sortir du lit. Ou alors, l'alitement intervient comme solution de confort, c'est le cas dans un contexte de décès imminent.

c) Intervenir de façon adaptée

En fonction de ces catégories, la prise en charge se différencie, toujours dans l'idée de proposer une prise en charge personnalisée. C'est pourquoi, malgré une problématique commune, les séances réalisées avec Mme B. et M.C. ne sont pas identiques. Cela repose également sur le fondement même de la psychomotricité, qui consiste à considérer le patient dans son intégralité et non uniquement sur ses difficultés.

En effet, avec M.C. l'objectif vise à lui donner une motivation à se déplacer, à favoriser son appétence de la marche. Cela en lien avec la catégorie des « hommes debout » à laquelle il appartient. Les auteurs de cette philosophie de l'Humanitude détaillent cette envie de faire pour l'autre, pour faire plaisir à l'autre. Avec ce monsieur je retrouve énormément ce phénomène. Malgré des fiches descriptives des exercices réalisés en séance à sa disposition, il reconnaît ne pas avoir l'envie de le faire seul le reste de la semaine.

Avec Mme B. la dynamique de la prise en charge reprend celle de la catégorie des « hommes assis-debout ». Cette dame possède les capacités de se lever et de se déplacer seule, cependant une forte appréhension à la marche en dehors de sa chambre l'en empêche. L'objectif premier est donc de lui redonner confiance en elle et en ses capacités pour qu'elle ne dépende plus de l'aide d'un soignant et regagne en autonomie. Sa prise en charge se fait de façon groupale. Elle rencontre d'autres personnes, observe leurs capacités et surtout donne et reçoit des encouragements. Au vu des améliorations, le groupe semble être approprié à ses besoins.

3) Le choix d'une prise en charge groupale

Ce qui m'amène à ce questionnement : comment décider d'un suivi groupal ou à l'inverse d'un suivi individuel pour telle personne ?

a) La définition du groupe

Dans l'ouvrage « La dynamique des groupes restreints », MARTIN J.-Y. et ANZIEU D.⁴⁴ écrivent que le terme groupe vient étymologiquement de l'italien « *gropo ou gruppo* ». Ce terme est d'abord employé dans la technique des beaux-arts pour désigner plusieurs individus peints ou sculptés formant un sujet. Ce n'est qu'au XVIIIème siècle que le groupe désigne une réunion de personnes. ANZIEU D. propose la définition suivante, « un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe n'est pas constituée, il peut se trouver un agrégat humain, il n'y a pas de groupe. »⁴⁵

Dans le même ouvrage cité plus haut, MARTIN J.-Y. et ANZIEU D. distinguent cinq catégories fondamentales de groupes⁴⁶ :

- La foule se caractérise par la présence d'un grand nombre d'individus au même endroit, sans qu'ils n'aient cherché à se réunir. Chaque personne satisfait un besoin individuel.
- La bande est une réunion volontaire d'individus pour le plaisir d'être ensemble. Elle peut être sécurisante, être un soutien affectif, etc.

⁴⁴ ANZIEU D., MARTIN J.-Y. (2003) p 17.

⁴⁵ ANZIEU D. (1984) p 1.

⁴⁶ ANZIEU D., MARTIN J.-Y. (2003) p 18.

- Le groupement est une réunion d'individus au nombre variable, avec une fréquence de réunions plus ou moins grande et avec une permanence des objectifs dans l'intervalle des réunions.
- Le groupe primaire ou restreint fonctionne en petit comité pour que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres. Il y a poursuite commune des mêmes buts, des relations affectives interdépendantes, un sentiment de solidarité, des constitutions de normes, des rites propres au groupe.
- Le groupe secondaire ou organisation est un système social qui fonctionne selon des institutions, à l'intérieur d'un segment particulier de la réalité sociale.

b) Ce qui sous-tend le groupe

Dans les groupes il y a souvent un chef, observable également chez les primates et les félins. Il se distingue du reste du groupe et le guide. Il a alors le statut de meneur. Au sein du groupe familial, le père tient souvent ce rôle même si la société patriarcale n'est plus le modèle absolu. Chaque membre participe à la cohésion du groupe mais le meneur est plus facilement écouté et respecté. Une différence d'âge, un vécu riche d'expériences, une bonne rhétorique, un charisme, une aura, un caractère plus affirmé ou plus agressif peut expliquer cette position.

Le groupe favorise des liens relationnels qui sont des liens d'attachement. Cet attachement peut être physique, symbolique ou matériel. Certains vont avoir plus de difficulté à vivre sans l'autre, un éloignement pourrait être vécu comme un abandon. Cet attachement renvoie au premier lien d'attachement entre l'enfant et sa mère.

Le terme « cercle » est souvent employé pour parler de groupe. Le cercle de par sa forme confère une égalité entre tous ses membres. Il invite aussi à la douceur, la contenance. Les sensations thermiques, la respiration, les organes des sens, le dialogue tonique contribuent à la création d'un lien entre les membres du groupe. Chaque membre est conscient de la présence des autres grâce au dialogue tonique support des émotions et à la peau. Ce qui renvoie aux 8

fonctions du moi peu décrit par ANZIEU D.⁴⁷ : fonction de maintenance, fonction contenante, fonction de pare-excitation, fonction d'individuation de soi, fonction d'intersensorialité, fonction de soutien de l'excitation sexuelle, fonction de recharge libidinale, fonction d'inscription des traces sensorielles.

Dans un groupe, chaque membre trouve sa place. La distance entre deux membres peut être plus ou moins égale. Cela renvoie au terme de proxémie de HALL E.T.⁴⁸ . Il décrit ainsi quatre distances : intime, personnelle, sociale et publique. Chacune d'elles peuvent être utilisées en mode proche ou lointain. Au sein d'un groupe, certaines distances vont être observables en fonction du travail abordé, des affinités, de son ancienneté.

c) Le groupe thérapeutique

Selon BION W.R., il existe sept qualités requises pour employer le terme de « bon esprit de groupe »⁴⁹. Ces qualités sont les suivantes :

- 1) Avoir un objectif commun quel qu'en soit la finalité, tant sur le plan des relations sociales que des activités physiques.
- 2) Une prise de conscience commune des limites du groupe par ses membres.
- 3) Une capacité de flexibilité mentale concernant les arrivées et départs de membre du groupe. Important en gériatrie où les décès peuvent survenir.
- 4) Absence de sous-groupes internes ayant des limites rigides, exclusives.
- 5) Chacun des membres a son importance pour ce qu'il apporte au groupe.
- 6) Le groupe doit savoir réagir en cas de mécontentement interne et doit trouver un moyen pour le résoudre.
- 7) Le groupe doit se composer d'au moins trois membres pour que les relations soient interpersonnelles.

La mise en place d'un dispositif groupal s'élabore en fonction des patients, de leur pathologie et leur capacité à travailler ensemble. Le projet thérapeutique doit avoir un cadre institutionnel, un espace et un temps définis, une durée, un objectif de travail en groupe, un nombre de séances, un rythme à

⁴⁷ ANZIEU D. (1985) p 121-128.

⁴⁸ HALL E.T. (1971) p 150.

⁴⁹ BION W.R (1982)

l'intérieur des séances et des règles à respecter. Le cadre se définit avec l'ensemble des participants.

Dans le cas de Mme B., le groupe lui a permis premièrement de retrouver des relations sociales au sein de l'établissement. A son arrivée dans la salle, les autres participants la saluent et ils échangent ensemble durant les activités. Cette intégration sociale s'est concrétisée dernièrement par son élection au conseil de la vie social avec deux autres participants du groupe. La régularité du groupe et le « rituel » de venir la chercher dans sa chambre ont contribué à maintenir sa motivation tout au long de la prise en charge. Enfin, le sentiment d'être comme les autres, à savoir d'avoir des difficultés de mobilité, même si elles ne sont pas identiques, a garanti toutes les améliorations observées. Celles-ci sont liées également aux encouragements reçus de ma part mais aussi des participants, renforçant en retour un petit plus les liens sociaux.

Ce dispositif groupal a été proposé à plusieurs reprises à M.C. car les objectifs pourraient lui convenir également. Cependant, il s'est toujours opposé à une telle prise en charge. En effet, en séance il est beaucoup dans la comparaison et cherche sans cesse à savoir si ses réalisations sont correctes et s'il fait mieux que les autres. Dans son refus, il évoque sa peur d'être nul comparé aux autres. Cela me fait penser à une peur du regard des autres et du jugement qu'ils pourraient formuler. Je pense même que M.C. se sent valorisé par une relation duelle, lui donnant la sensation d'être l'objet de toute l'attention du thérapeute et d'avoir une relation exclusive.

III) Mon travail en tant que stagiaire psychomotricienne

Tout au long de cette partie j'ai abordé quelques éléments de mon travail avec ces deux personnes. Je vais à présent rentrer plus en détails sur les objectifs de mon travail, leur mise en pratique et leur réussite ou non.

1) La création d'un lien thérapeutique

a) La relation de confiance

Dans une relation thérapeutique, il est nécessaire que le patient ait confiance en son thérapeute. Cette confiance doit s'installer afin que le travail à réaliser soit possible et se déroule dans les meilleures conditions possibles. Cependant, quel que soit l'âge d'une personne il est difficile d'accorder sa confiance, surtout quand il s'agit d'un inconnu. Ce processus s'inscrit un peu plus dans le temps à chaque rencontre et à chaque action du thérapeute. Avec la vieillesse, alors que les faiblesses s'accroissent, l'estime de soi, elle, s'étioule petit à petit. Dans ces conditions, il est encore plus difficile d'accorder cette confiance.

C'est pourquoi mon action avec ces personnes s'est faite de façon progressive dans le temps. Dans un premier temps, avec M.C. j'ai repris les exercices tels qu'il avait l'habitude de les faire pour qu'il s'habitue à moi, à ma présence, à ma qualité de thérapeute, différente de ma maître de stage ou du kinésithérapeute. Ainsi, après quelques séances lorsque j'ai senti qu'il m'attendait, moi, et pas quelqu'un d'autre, j'ai apporté de nouveaux éléments à la prise en charge progressivement comme je l'ai détaillé lors de ma description de ce monsieur. Ce sentiment d'être attendu je l'ai identifié dans son discours avec l'utilisation de mon prénom ou par son attitude, prêt à se lever pour marcher et "faire sa séance".

Avec Mme B. la relation de confiance s'est installée de la même manière. Lors des premières séances en particulier, j'ai pris en compte son appréhension, sa peur de marcher. J'ai également respecté ses habitudes de marche, à savoir, de me placer à sa droite lors des déplacements. Le fait d'aller la chercher et de la conduire jusqu'au groupe a, je pense, contribué aussi à l'installation d'un climat de confiance, notamment par ma régularité et la stabilité de ma présence.

La confiance que ces personnes m'ont accordée au fil des séances leur a permis de réaliser des exercices qu'ils n'auraient probablement pas réalisés au début de la prise en charge. En effet, lorsque je leur propose des choses un peu plus compliquées, je sens dans leur attitude une crainte quand elle n'est pas exprimée directement. Cependant, par mon discours qui se veut rassurant et encourageant sur leurs capacités, ils essayent et finissent très souvent par réussir. Si cette confiance n'était pas en place mes paroles ne suffiraient pas à

leur donner l'envie et la "force" de surmonter leur peur. Ils osent ainsi se tromper, tenter devant moi grâce à ce lien de confiance, tout en étant assurés d'être aidés si besoin.

b) La présence de l'autre

À chacune de ses séances, le psychomotricien doit faire preuve d'une disponibilité psychocorporelle. A travers le toucher, la parole ou encore le regard il assure une présence physique. La présence psychique garantit l'accueil des éprouvés et des affects du patient à tout moment. La psychomotricité faisant le lien entre corps et esprit. Pour PERSONNE M., " en se sentant exister sous le contact, le regard d'autrui et dans sa parole, en étant reconnu par l'autre, l'individu peut être aidé à ne pas se perdre totalement, voire à retrouver sa qualité de sujet"⁵⁰. J'ai déjà abordé l'importance de la présence de l'autre un peu plus haut lorsque je parlais de l'Humanitude. Je décrivais l'impact sur le patient de cette présence et la motivation, l'envie qu'elle déclenche de « faire plaisir » et de « faire pour l'autre ». Mais cela va bien au-delà. A l'image du nouveau-né qui existe grâce aux regards et aux soins de sa mère, la personne âgée trouvera la soutenance pour être, mais aussi pour se déplacer, auprès du thérapeute. La présence de l'autre garantit d'être écouté, entendu, compris et se sentir estimer, se sentir être.

C'est tout ce qui s'est joué avec Mme B. au cours de mon stage. Le simple fait de pouvoir se tenir à mon bras lui a permis de se lever et de marcher dans des lieux extérieurs à sa chambre. De plus, ces espaces comprennent des obstacles (sur les parcours par exemple) mais aussi avec des facteurs extérieurs aléatoires (déplacements des autres participants, passage de professionnels...). Se tenir à moi, me sentir près d'elle a rassuré Mme B., cela a apaisé ses craintes, ses peurs et lui a garanti de passer outre. Au fil du temps, je me suis détachée d'elle, la laissant marcher seule avec sa canne. Cependant, malgré le contact physique rompu, je suis toujours près d'elle, à garantir une aide si besoin. Le contact passe désormais plus par ma voix mais aussi par ma disponibilité psychique.

⁵⁰ PERSONNE M. (2011) p 42.

c) Écoute et empathie

Ce sentiment d'être "entre de bonnes mains", requiert de la part du thérapeute une écoute et une capacité d'empathie. Selon DORON R. et PAROT F., l'empathie est « l'intuition de ce qui se passe en l'autre, sans oublier toutefois qu'on est soi-même car, dans ce cas, il s'agirait d'identification. Pour ROGERS C., l'empathie consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme s'il l'on était cette autre personne »⁵¹. L'empathie consiste donc à identifier les émotions d'une autre personne, les comprendre sans les éprouver pour autant.

Tout au long de mon stage j'ai fait preuve d'écoute et d'empathie. J'ai écouté les plaintes, les difficultés, les peurs voire les angoisses de chacun de mes patients. J'ai été attentive à toutes les paroles prononcées ainsi qu'à leur attitude pour mieux comprendre leur état interne. Avec M.C tout particulièrement, lorsqu'il a eu quelques problèmes au talon qui limitaient ses déplacements, ces qualités ont été essentielles. Durant cette période, mon arrivée dans sa chambre déclenchait un flot de paroles, toutes plus négatives les unes que les autres sur son état de santé. La gêne voire la douleur à poser le pied au sol, entraînait des sensations de pertes d'équilibre et le besoin d'utiliser sa béquille pour se déplacer, utilisée en temps normal uniquement à l'extérieur. J'ai donc écouté et accueilli ces plaintes concernant ce sentiment de pertes de capacité et fais preuve d'empathie. Je lui dis que je comprenais ce qu'il ressentait ainsi que les émotions qu'il éprouvait. Mais je l'ai aussi rassuré sur le fait que cet état serait passager. De plus, durant ce laps de temps je lui ai proposé des exercices plutôt assis pour éviter la mobilisation du talon jusqu'à ce qu'il soit cicatrisé, et donc un maintien de la prise en charge grâce à une adaptation des séances.

Ces qualités, la disponibilité psychocorporelle, l'empathie et l'écoute, me semblent essentielles en tant que psychomotricien. Elles garantissent une relation de confiance et permettent aux patients d'exprimer leurs ressentis, leurs souffrances physiques ou psychiques. Ils se sentent écoutés et cela renforce l'estime qu'ils portent au thérapeute.

⁵¹ DORON R., PAROT (1998), p 251.

2) Mon rôle de soutien

J'ai pu être un soutien physique pour Mme B. tout au long des séances, mais aussi un soutien psychique pour appréhender la peur de chuter. Cela passe par mes mots, par mes attitudes corporelles, par tout ce que je communique aux patients. C'est le principe même de la psychomotricité, soutenir physiquement et psychiquement.

a) La verbalisation du psychomotricien

Etre disponible physiquement et psychiquement, invite l'autre à se confier librement. Mais cela engage aussi, de la part de celui qui écoute, d'être en mesure de répondre à ces mots (ou maux), de la façon la plus juste possible. Les réponses apportées témoignent de l'empathie et de l'attention du psychomotricien. Les paroles prononcées donnent sens aux ressentis. D'ailleurs, « une des fonctions du psychomotricien [...] et ce qui constitue sa spécificité sera de faire redécouvrir au patient le plaisir de l'utilisation de son corps, le goût de parler, d'explorer à nouveau toutes ses possibilités corporelles, en un mot, de communiquer et d'avoir envie de le faire »⁵².

Lorsque M.C. a traversé cette période difficile (pansement au talon), limitant ses déplacements et remettant au-devant de la scène ce corps vieillissant, ma présence, mon écoute et surtout mes réponses ont été nécessaires pour l'aider à accepter cette situation et continuer d'aller « de l'avant ». Par mon discours, j'ai tenté d'apaiser ses paroles parfois dépressives. Durant deux, trois séances j'ai écouté, fais preuve d'empathie et de compréhension. Ce passage où je prenais en compte ses difficultés, ses maux en l'écoutant et en adaptant les séances à son état de santé lui a été nécessaire. Cependant, les fois suivantes, alors que j'avais confirmation par l'équipe médicale que son état allait mieux, ma verbalisation a eu un tout autre objectif. En gardant cette disponibilité psychocorporelle, j'ai axé mon discours de manière un peu plus directive, en laissant moins de possibilité de changement. En quelques sortes, je lui « imposait » d'aller marcher et de reprendre les exercices mis en place. Bien évidemment, je précisais qu'ils pouvaient être adaptés si besoin. Mais, en

⁵² CONTANT M., CALZA A. (1994), p 147.

particulier avec ce monsieur, notre discours est aussi une manière de lancer, d'entraîner, d'initier le mouvement en laissant peu de place à l'hésitation ou l'indécision. Ce phénomène est particulièrement vrai et visible dans le domaine gériatrique où la tendance à l'immobilisme est accrue.

b) La communication non-verbale

La communication verbale s'accompagne, en thérapie psychomotrice, d'une communication non-verbale. En effet, le psychomotricien grâce au dialogue tonico-émotionnel communique avec le patient. « Nous constatons fréquemment combien le langage se montre insuffisant pour tout exprimer. Dans certaines situations, le corps supplée au langage »⁵³. De la même façon que le bébé s'accorde avec sa mère par le dialogue tonique, la relation entre le thérapeute et son patient passe par les attitudes, les postures et mimiques du corps. L'Homme a cette capacité d'identifier, de lire le langage corporel. Il est ainsi capable de reconnaître les différentes émotions de l'autre, la joie, la tristesse, le dégoût, etc.

En gériatrie, la présence de personnes atteintes de démences accompagnées de troubles psycho-comportementaux est importante. L'attitude, l'entrée en relation avec ces personnes demandent par-dessus tout, une posture adaptée pour ne pas entraîner de comportements agressifs. Pour cela, j'adopte une posture d'ouverture, capable de recevoir, accompagnée d'un sourire. Elle va avec ces capacités d'écoute et d'empathie décrites plus haut. Cette posture n'est pas forcément facile à adopter tous les jours, elle nécessite de mettre de côté ses propres soucis personnels et d'être disponible en tout temps. Cela n'est pas toujours réalisable. Cependant, il est important d'en avoir conscience.

Lors des séances avec M.C. et Mme B. cette communication non-verbale s'est jouée à chaque instant. Avec M.C. elle a accompagné mon discours. En effet, en plus d'utiliser un discours plutôt directif, j'utilisais mon corps pour accentuer l'idée. Après lui avoir mis ses chaussures, je restais debout et l'invitais donc à me suivre et sortir de sa chambre. De même, entre chaque palier d'escaliers, lorsque M.C. s'arrêtait pour réfléchir et se stoppait trop longtemps, le simple fait de gravir une ou deux marches le faisait repartir.

⁵³ BALLOUARD C., 2006, p 57.

Mme B., ce dialogue tonico-émotionnel s'est exprimé d'une autre manière. Alors qu'elle progressait chaque semaine dans la qualité de sa marche, je lui ai proposé de lâcher mon bras et d'avancer seule avec sa canne. Ce qu'elle a accepté mais un recrutement tonique est apparu au niveau de son bras droit. Le bras plié contre elle, le poing bien serré, elle avançait par petits pas. Ce recrutement tonique s'est également retrouvé au niveau de la respiration, plutôt saccadée. Par ma verbalisation, je lui ai fait d'abord prendre conscience de ce phénomène puis pour l'aider j'ai respiré avec elle de façon à ce qu'elle m'entende. Depuis, lorsque sa respiration se saccade, s'accroît deux, trois fois mon cycle respiratoire et cela l'aide à retrouver une respiration plus fluide.

3) Mes limites

a) Des limites liées à des facteurs physiologiques progressifs

En gériatrie, plus encore qu'avec toute autre population, le travail du psychomotricien se trouve limité. En effet, il est impossible de lutter contre le vieillissement. C'est un phénomène continu et irréversible. En tant que thérapeute, il est donc important de prendre en compte ce point car il va déterminer la vision de notre travail. Bien que le psychomotricien puisse avoir un abord plus rééducatif en gériatrie, c'est le cas de mon travail, l'enjeu prioritaire est de maintenir les capacités physiques et cognitives encore présentes. Une bonne capacité d'adaptation s'avère primordiale puisqu'il faut prendre en compte les déficiences sensoriels (presbyacousie, malvoyance...), les éventuelles restrictions de mouvements (fractures, prothèses, douleurs...) pour chaque exercices proposés. De nombreuses activités deviennent parfois impossibles à réaliser. Le vieillissement limite les champs d'action du psychomotricien et l'oblige à regorger de créativité pour travailler les différents items psychomoteurs. Mais il limite aussi le travail du psychomotricien au quotidien. Les problèmes médicaux deviennent plus récurrents et empêchent la plupart du temps un suivi régulier et efficace.

Le désir de Mme B. est de pouvoir se déplacer à nouveau seule. Tout le travail réalisé avec elle a donc pour but de réaliser son souhait. Maintenant que sa marche est plus fluide et qu'elle arrive à se déplacer sans mon aide,

j'aimerais qu'elle le mette en pratique dans la vie quotidienne notamment pour aller manger au restaurant de l'établissement. Je l'ai déjà instauré après le groupe pour descendre, mais je souhaiterais qu'elle fasse également le retour à sa chambre. Cependant, ses problèmes cardiaques m'empêchent de mettre en place ce genre d'action car la durée de ses déplacements est réduite.

b) Des limites liées aux angoisses

Les peurs, les angoisses voire les phobies restreignent les déplacements et les possibilités d'agir sur le monde. Celles-ci sont des processus psychiques conséquents, souvent mis en place depuis plusieurs années, qui s'amplifient chaque jour un peu plus. En tant que futur psychomotricienne, j'ai cherché à diminuer cette appréhension, cette peur de tomber chez Mme B.. Cependant, cela nécessite une période assez longue dans le temps pour atténuer ces processus. Durant ce laps de temps, le vieillissement continue progressivement à se ressentir et à alimenter les angoisses de chutes liées à ce corps de moins en moins fiable. Là encore, le psychomotricien, doit avoir conscience que l'objectif final n'est pas de faire disparaître ces angoisses mais de les atténuer et de redonner aux personnes une autonomie la plus importante possible.

Malgré ces limites, le psychomotricien et son action me paraissent indispensables auprès de ces personnes. Grâce à sa capacité à faire le lien entre le corps et l'esprit, il accompagne la personne âgée, parfois jusqu'à la fin de sa vie. Par les activités motrices proposées, il invite la personne à reprendre conscience de son corps, de retrouver une confiance en lui, en ses capacités. Mais aussi par sa présence psychocorporelle, il garantit la possibilité d'être écouté, encouragé voire réconforté. L'objectif principal du psychomotricien, selon moi, est de garantir une image du corps, une estime de soi correcte le plus longtemps possible.

CONCLUSION

La marche ne se limite pas à un simple mouvement alterné des membres inférieurs. Elle garantit l'exploration de l'espace et surtout elle supporte l'intention, l'envie « d'aller vers ». Cette possibilité de se mouvoir selon nos désirs confère une autonomie et permet d'entrer en communication avec autrui.

D'un point de vue anatomique, de nombreuses structures interviennent pour maintenir un équilibre dynamique adapté. Le vieillissement altère ces systèmes, devenant moins performant. Le sujet âgé se retrouve « enfermé » dans un corps qui ne répond plus à ses exigences. Il se doit de limiter ses déplacements, de diminuer ses sorties le coupant petit à petit de ce qui le retient à la vie. Ce sentiment de corps régressant s'exprime également à d'autres échelles (sensitive, cognitive...). La personne âgée est confrontée à une nouvelle crise dans sa vie et doit la surmonter par un travail de deuil, deuil des capacités perdues.

Le psychomotricien, avec l'aide de l'ensemble de l'équipe soignante, va essayer d'accompagner la personne dans cette période difficile. En faisant le lien entre le corps et l'esprit, il va être à l'écoute des angoisses, des peurs, des craintes ainsi que des maux corporels. Tout le travail du psychomotricien pour maintenir la marche ne se limite donc pas à favoriser le mouvement mais aussi à atténuer les angoisses liées à ce corps diminué. Il s'agit de donner à la personne, grâce à des expériences corporelles, une perception ajustée de son corps et une meilleure estime de soi et de ses possibilités. La marche agit également sur la préservation des différentes fonctions physiologiques.

La diminution de la marche chez la personne âgée sonne comme une étape déterminante vers la mort. Elle limite l'entrée en interaction avec l'autre, elle engendre divers problèmes médicaux liés à l'immobilisme et elle impacte sur le psychisme avec ce sentiment de ne plus être utile, de ne plus pouvoir rien faire. Cette demande accrue de marcher intervient dans ce but de lutter contre cette fin qui approche et de s'accrocher un peu plus à la vie.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

ALBARET J.-M., AUBERT E. (2001), *Vieillesse et psychomotricité*, Marseille, SOLAL.

ANZIEU D. (1984), *Le groupe et l'inconscient (L'imaginaire groupal)*, Paris, DUNOD.

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, DUNOD, 1995.

ANZIEU D., MARTIN J.-Y. (1968), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, 2003.

BALLOUARD C. (2006), *Le travail du psychomotricien*, Paris DUNOD.

BERTHOZ A. (1997), *Le sens du mouvement*, Paris, ODILE JACOB, 2008.

BION W.R. (1965), *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1982.

CALAIS-GERMAIN B. (1989), *Anatomie pour le mouvement*, Italie, DésIris, 2011.

CARON R. (2000), *Comprendre la personne âgée*, Canada, GAETAN MORIN EDITEUR.

CONTANT M., CALZA A. (1994), « *Psychomotricité* », Paris, MASSON, 2005.

DORONT R. et PAROT F. (1998), *Le dictionnaire de psychologie*, Paris, PUF.

GINESTE Y., PELISSIER J. (2007), *Humanitude - Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, ARMAND COLIN.

HALL E.T. (1984), *La dimension cachée*, Paris, SEUIL.

HERFRAY C. (2007) *La vieillesse en analyse*, Ramonville-Saint-Agne, ERES.

JACQUOT J.-M., STRUBEL D., PELISSIER J *et al* (1999), *La chute de la personne âgée*, Paris, MASSON.

JOVER M. (2000), *Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture*, in *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Rivière, Jover, Bril, Lhote, Fagard, Devouche, SOLAL.

Le Petit Robert, 60^e anniversaire, Grand format, Paris, 2012.

LEROUZO M.L. (2008), La personne âgée, Psychologie du vieillissement, Rosny-sous-Bois, BREAL.

PERSONNE M. (2011), Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Toulouse, ERES.

SCHWEGLER J., LUCIUS R. (2013), Le corps humain : anatomie et physiologie, Paris, MALOINE.

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (2011), Manuel d'enseignement de psychomotricité, Marseille, SOLAL.

TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F. (1991), Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgée, Paris, FRISON-ROCHE, 1999.

TROGLIA P. (2013), Biologie - Je prépare les concours paramédicaux, Paris, DUNOD.

VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M. (2001), Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie, Ramonville-Saint-Agne, ERES.

VIEL E. et al (2000), La marche humaine, la course et le saut - Biomécanique, explorations, normes et dysfonctionnements, Paris, MASSON.

WAUTERS-KRINGS F. (2012), (Psycho) Motricité, soutenir, prévenir et compenser, Belgique, DE BOECK.

Article

GASQ D., MOLINIER F., LAFOSSE J.M., Physiologie, méthodes d'explorations et troubles de la marche disponible sur www.medecine.ups-tlse.fr

Mémoires

ETCHEBARNE B. , De l'individu au groupe...Ou quand le groupe fait grandir, JUIN 2014

LE FLOCH A. , Prévention et rééducation psychomotrice des troubles de l'équilibre chez la personne âgée, Intérêt de l'utilisation du Qi-Qong & Tai-Chi, JUIN 2006.

POIGNANT S., L'impact des troubles de la verticalité sur l'image du corps et le narcissisme, JUIN 2013.

Notes de cours

LEFEVRE C., note de cours de gériatrie, troisième année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2014-2015.

PAVOT C., note de cours de psychomotricité, Schéma corporel et image du corps, première année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2012-2013.

Sites internet

L'ensemble des ressources internet suivantes sont des sites de vulgarisation du domaine médical :

<http://www.aidesociale.com/16.html> visité le 9/02/2015

<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/42630-pneumopathie-hypoxemiante-definition> visité le 18/02/2015

http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_1575_embolie_pulmon.htm visité le 18/02/2015

http://www.chuv.ch/rad/rad_home/rad-professionnels-sante/rad-nos_interventions/rad-radiologie_interventionnelle_vasculaire-10/rad-insertion_d_un_filtre_cave.htm visité le 18/02/2015

<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/19266-epanchement-pericardique-definition> visité le 18/02/2015

<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/8423-acfa-arythmie-cardiaque-par-fibrillation-auriculaire> visité le 18/02/2015

http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_1581_insuffis_cardi.htm visité le 18/02/2015

http://www.doctissimo.fr/html/dossiers/maladies_cardiovasculaires/articles/9106-stimulateurs-cardiaques.htm visité le 23/02/2015

ANNEXES

Annexe 1

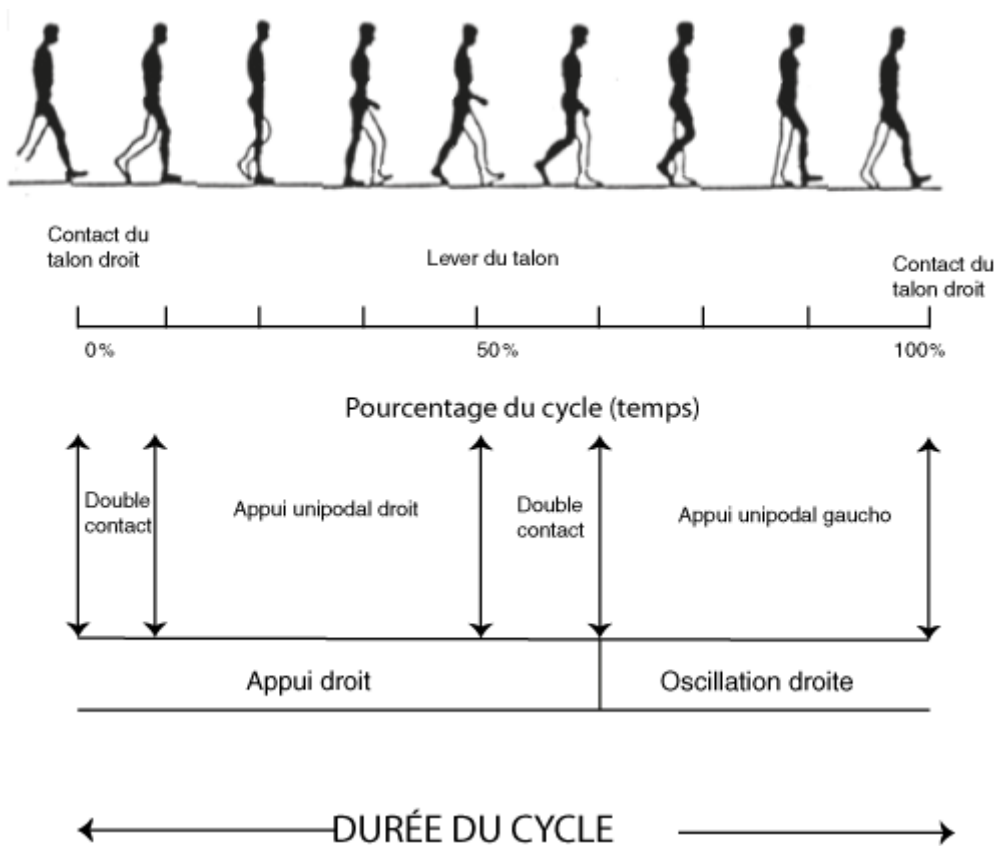


Figure élaborée à partir de Shirley M., 1933.

The first two years. A study of twenty-five babies – Vol. II. Minneapolis, in Cloutier Renaud 1990. University of Minnesota Press.

Source : WAUTERS-KRINGS F. (2012), (Psycho) Motricité, soutenir, prévenir et compenser, Belgique, DE BOECK.

Annexe 2



Source : <http://www.cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Orientation%20diagnostique%20devant/Troubles%20de%20la%20marche%20et%20de%20l%27%C3%A9quilibre/index.phtml> photo du cycle de la marche, visité le 26/02/2015

Annexe 3

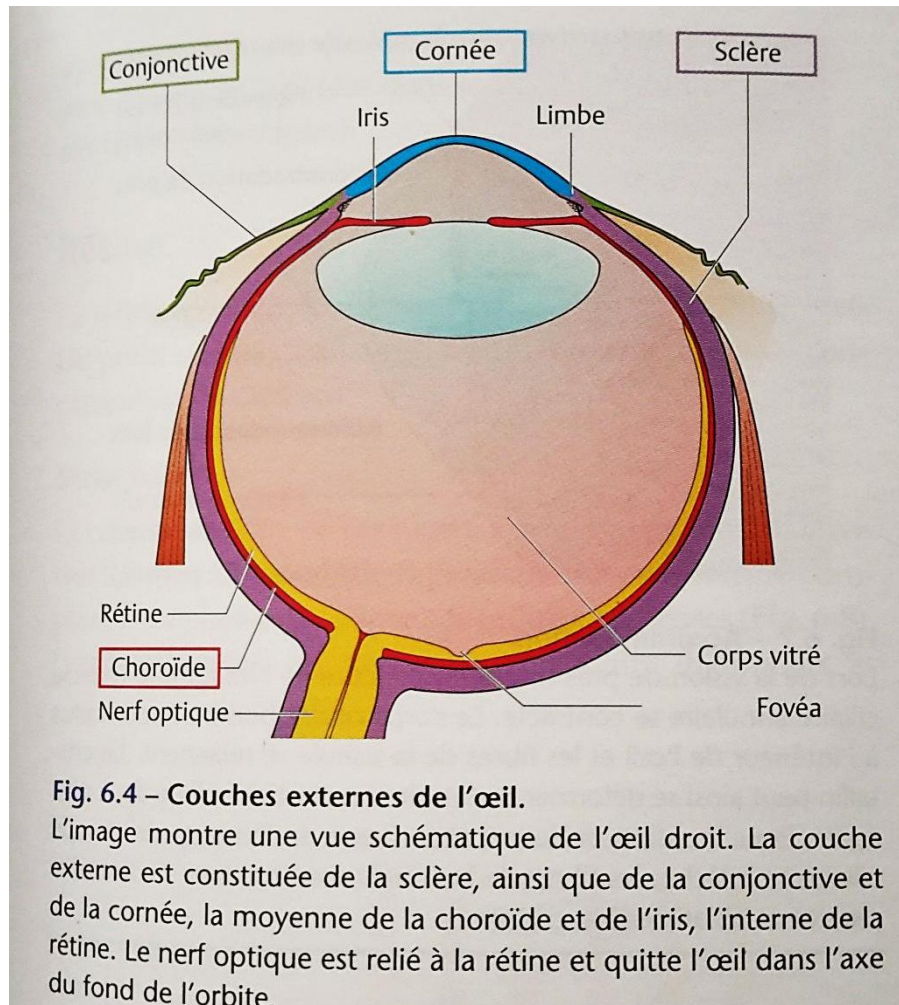


Fig. 6.4 – Couches externes de l'œil.

L'image montre une vue schématique de l'œil droit. La couche externe est constituée de la sclère, ainsi que de la conjonctive et de la cornée, la moyenne de la choroïde et de l'iris, l'interne de la rétine. Le nerf optique est relié à la rétine et quitte l'œil dans l'axe du fond de l'orbite.

Source : SCHWEGLER J., LUCIUS R. (2013), Le corps humain : anatomie et physiologie, Paris, MALOINE.

Annexe 4

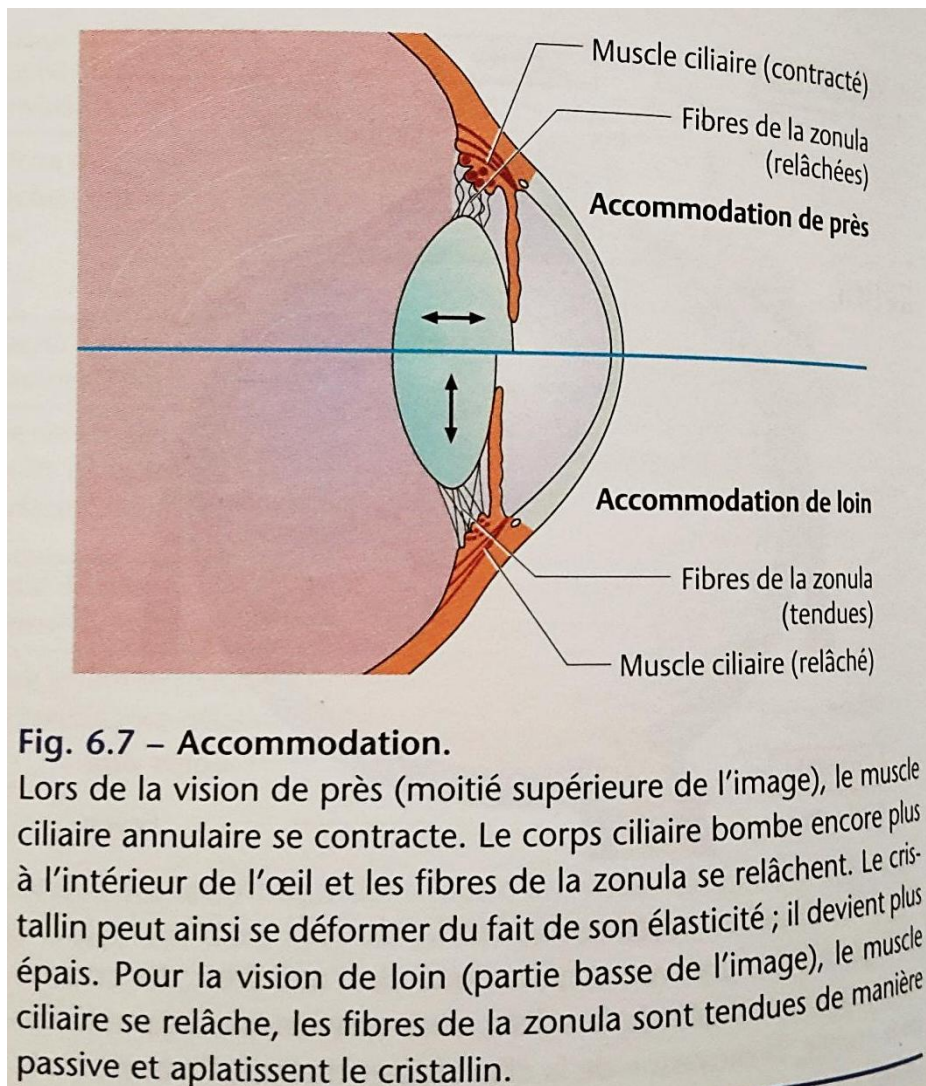
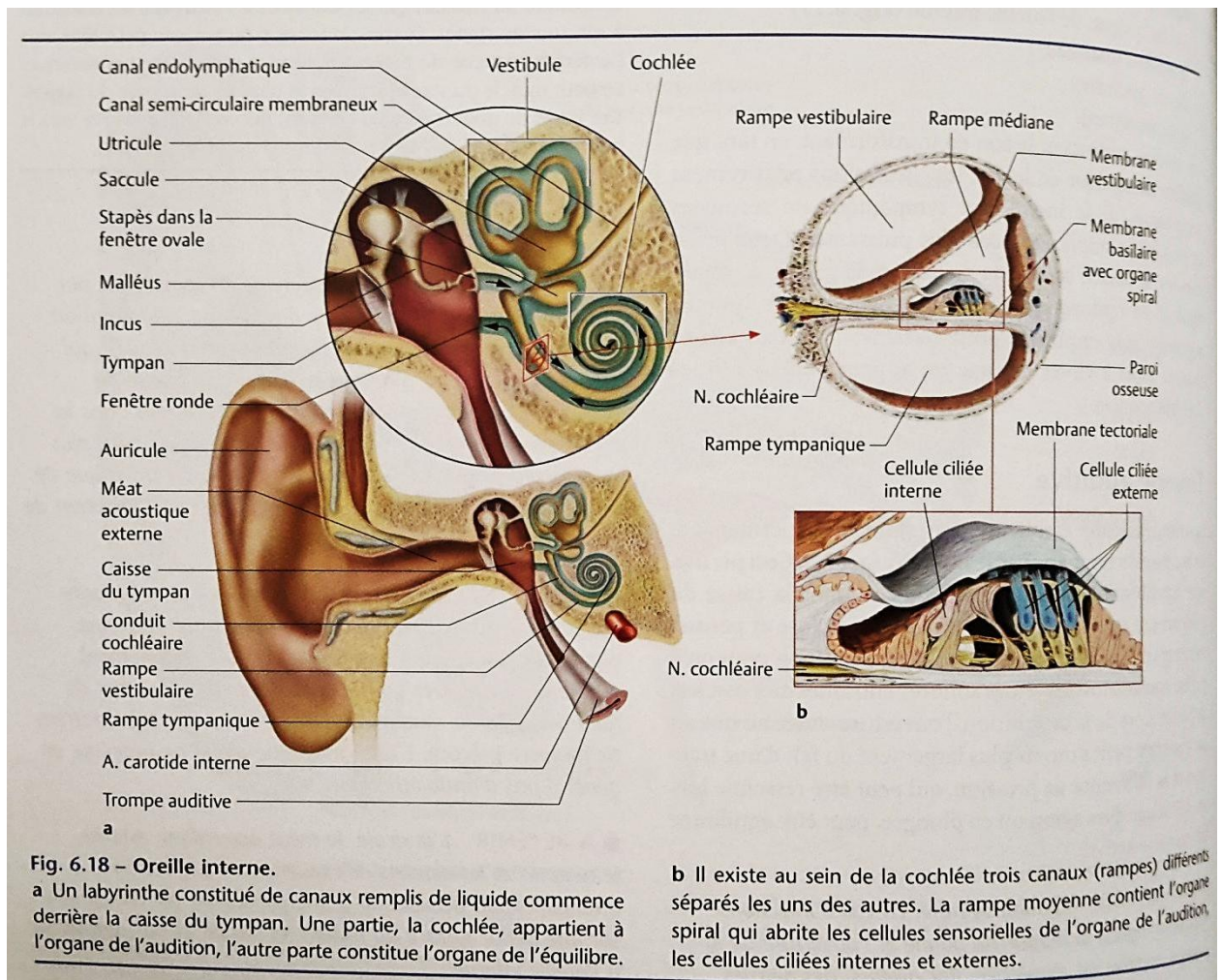


Fig. 6.7 – Accommodation.

Lors de la vision de près (moitié supérieure de l'image), le muscle ciliaire annulaire se contracte. Le corps ciliaire bombe encore plus à l'intérieur de l'œil et les fibres de la zonula se relâchent. Le cristallin peut ainsi se déformer du fait de son élasticité ; il devient plus épais. Pour la vision de loin (partie basse de l'image), le muscle ciliaire se relâche, les fibres de la zonula sont tendues de manière passive et aplatissent le cristallin.

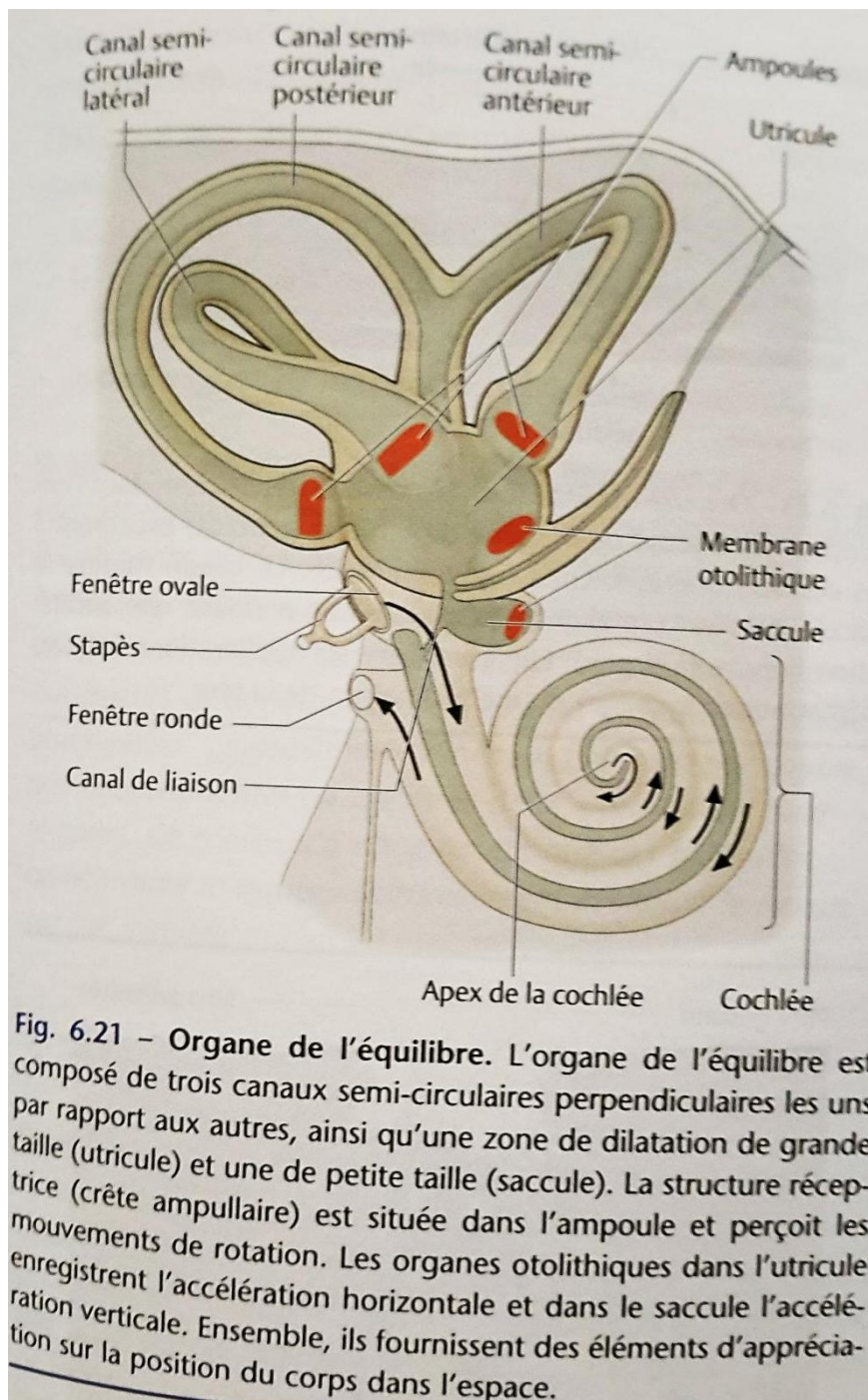
Source : SCHWEGLER J., LUCIUS R. (2013), Le corps humain : anatomie et physiologie, Paris, MALOINE.

Annexe 5



Source : SCHWEGLER J., LUCIUS R. (2013), Le corps humain : anatomie et physiologie, Paris, MALOINE.

Annexe 6



Source : SCHWEGLER J., LUCIUS R. (2013), Le corps humain : anatomie et physiologie, Paris, MALOINE.

Résumé

Ce mémoire relate mon expérience de stagiaire psychomotricien en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Je me suis intéressée au retentissement physique et psychologique du vieillissement sur la marche chez la personne âgée. A partir de deux présentations cliniques, j'ai essayé de retranscrire au plus près les difficultés traversées par ces personnes. A partir de là, j'ai essayé de définir mon rôle et l'apport de la psychomotricité avec des personnes âgées dont la marche devient déficiente.

Mots clés : personnes âgées, bipédie, autonomie, estime de soi, image du corps, psychomotricité.

Summary

This dissertation is relating my experience as a psychomotor therapist in an EHPAD (Accommodation Establishments for Dependent Elderly Persons). I have been interested in the physical and psychological impact of aging for the walk on elderly. With 2 clinical presentations, I tried to relate the more precisely the difficulties underwent that occur for them. From there, I worked to define my role and the psychomotricity contribution for elderly who are beginning to lack walking capability.

Key words: elderly, bipedalism, self-sufficiency, self-esteem, body image, psychomotricity.