



HAL
open science

Le vieillard, cet autre d'autant plus menaçant qu'il est notre semblable : étude des facteurs impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées

Camille Bled

► **To cite this version:**

Camille Bled. Le vieillard, cet autre d'autant plus menaçant qu'il est notre semblable : étude des facteurs impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359497

HAL Id: dumas-01359497

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359497>

Submitted on 2 Sep 2016

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.

Institut de Formation en Psychomotricité
Université Pierre et Marie Curie
Site Pitié Salpêtrière
91, bd de l'hôpital
75013 PARIS



Le vieillard, cet autre d'autant plus menaçant qu'il est notre semblable

*Étude des facteurs impactant l'image de soi des
personnes âgées hospitalisées*

Mémoire présenté par Camille BLED en vue de l'obtention du Diplôme d'État de
Psychomotricien

Référente de mémoire :

TUSCHER Marie-Claude

Session juin 2016

Remerciements

Je tiens à remercier Marie-Claude, ma maîtresse de mémoire, pour son écoute, ses conseils, l'attention portée à ce mémoire et son sens du détail, mais aussi pour toutes nos discussions enrichissantes qui ont fait avancer ma réflexion.

Un grand merci à l'ensemble de mes maîtres de stage, pour le partage de leurs nombreuses expériences et de leur savoir psychomoteur.

Merci à tous les patients auprès de qui j'apprends tous les jours un peu plus sur moi-même et sur mon futur métier.

Merci également à l'ensemble des équipes soignantes de mes différents lieux de stage pour leur accueil et le partage de leurs connaissances.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amis pour leur soutien, leur patience, leurs relectures, et pour avoir su trouver les mots justes dans les moments difficiles.

Sommaire

<i>Introduction</i>	<u>7</u>
---------------------------	----------

Partie I

<i>Les facteurs intrinsèques impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées</i>	<u>9</u>
---	----------

A. Les événements de vie.....	<u>10</u>
1 Anamnèse de Madame S.....	<u>10</u>
2 Comportement de Madame S. au sein de l'UHR.....	<u>11</u>
3 La prise en charge en psychomotricité.....	<u>12</u>
4 Mise en lien de l'histoire et du comportement de Madame S.....	<u>13</u>
B. L'identité et la personnalité.....	<u>16</u>
1 Anamnèse de Madame G.....	<u>16</u>
2 Prise en charge en psychomotricité en SSR.....	<u>17</u>
3 Hypothèses sur la personnalité de Madame G.....	<u>18</u>
4 L'atteinte identitaire dans le cadre de démences.....	<u>18</u>
C. L'impact des pathologies	<u>20</u>
1 Le champ des démences.....	<u>20</u>
a) La maladie d'Alzheimer.....	<u>20</u>
b) Les autres types de démence.....	<u>22</u>
2 La maladie de Parkinson.....	<u>23</u>
3 La chute.....	<u>25</u>
4 Les conséquences des différentes pathologies liées à l'âge sur l'image du corps.....	<u>26</u>
L'identité.....	<u>27</u>
L'identité sexuée.....	<u>28</u>
La peau	<u>28</u>
L'intérieur du corps.....	<u>29</u>
Le tonus.....	<u>29</u>
La sensibilité somato-viscérale (sensorialité).....	<u>30</u>

Les compétences communicationnelles du corps.....	31
Les angoisses archaïques.....	32

Partie II

Les facteurs extrinsèques impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées.....[33](#)

A. Le rôle de la société civile occidentale.....	35
1 La place des personnes âgées dans les sociétés civiles occidentales.....	35
2 Les représentations des personnes âgées dans l'art et les médias	38
3 Les représentations des personnes âgées par elles-mêmes.....	41
4 Les conséquences des représentations sociétales sur l'image de soi des personnes âgées.....	43
B. Le rôle de l'environnement.....	45
1 Hospitalisation ou maintien à domicile.....	45
2 L'hospitalisation et la dépendance.....	47
3 Les familles des patients.....	48
4 Les répercussions sur l'image de soi des personnes âgées hospitalisées	49
C . Le rôle des soignants.....	52
1 Les conséquences psychiques du travail en gériatrie.....	53
2 Les mécanismes de défense des soignants.....	55
3 La relation soignants-soignés	56

Partie III

Le rôle du psychomotricien face à cette problématique.....[58](#)

A. Travailler autour de l'identité.....	60
1 Le toucher thérapeutique.....	61
2 La ceinture de Madame S.....	62
3 Le maintien de l'identité grâce à la musicothérapie active.....	63
B. Le travail en groupe.....	67

1	Présentation de l'atelier de gymnastique douce.....	<u>67</u>
2	Présentation de Madame Z.....	<u>68</u>
	a) Les premières séances.....	<u>68</u>
	b) L'aide du groupe.....	<u>69</u>
3	Travail en groupe et image de soi.....	<u>70</u>
C .	Le lien avec les familles.	<u>72</u>
	1 L'exemple du groupe de musicothérapie.....	<u>72</u>
	2 L'intérêt du lien avec les proches.....	<u>73</u>
D .	Un groupe de parole pour les soignants.....	<u>75</u>
E.	Le psychomotricien face à l'influence de la société.....	<u>77</u>
	Conclusion	<u>79</u>
	Bibliographie	<u>81</u>
	Annexes	<u>85</u>

Introduction

Durant mes études de psychomotricité, j'ai été amenée à effectuer différents stages dans le secteur gériatrique. J'ai réalisé mes deux stages longs de dernière année auprès de personnes âgées hospitalisées. Le premier se déroulait dans une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), accueillant des patients atteints de démences de type Alzheimer à un stade sévère et de maladies apparentées. La majeure partie des personnes accueillies dans cette unité présente d'importants troubles du comportement, rendant la vie dans les autres secteurs de l'hôpital difficile. Le second se déroulait dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique, accueillant des patients hospitalisés pour diverses raisons (rééducation suite à une chute, altération de l'état général, AVC, dépression, maladies neurodégénératives ou encore incurie).

Au cours de ces différents stages, j'ai été frappée par le discours très négatif que certains patients tenaient en désignant leurs corps, allant parfois jusqu'à le traiter de « vieille carcasse ». De même, je me suis aperçue que certains d'entre eux parlaient de différentes parties de leur propre corps à la troisième personne, disant par exemple « ma main est fainéante, elle ne veut pas faire ce mouvement ». Au cours de mes échanges avec les patients, je me suis rendue compte que ce discours négatif concernait non seulement leur lieu de vie, mais aussi les autres patients. J'ai alors réalisé que non seulement de très nombreux patients âgés hospitalisés avaient une image négative d'eux-mêmes, mais qu'ils avaient également une représentation très péjorative de la vieillesse en général.

Les conséquences psychomotrices de cette représentation négative de soi sont multiples. Elles se manifestent souvent par une altération de l'image du corps. On pourrait définir cette image comme la représentation fantasmagorique que chacun a de son propre corps, et dont une grande partie demeure inconsciente. Une représentation négative de soi peut également être le symptôme d'une dépression, très fréquente chez les sujets âgés, et être en lien avec un ralentissement psychomoteur. Enfin, nous pouvons observer en institution gériatrique des patients présentant un fort désinvestissement corporel. Face à tout cela, nous nous rendons compte que la question de la représentation de soi est une problématique qui concerne le psychomotricien.

En partant de ces constats, je me suis alors demandée quels étaient les facteurs qui avaient pu impacter l'image de soi de ces personnes âgées hospitalisées. Était-ce lié à l'histoire de vie de ces sujets ? À leurs personnalités ? À l'évolution de la pathologie dont ils étaient atteints ? Ou bien était-ce lié à des facteurs extrinsèques à ces patients, comme l'influence de la société, ou encore le fait d'être hospitalisé ?

D'autre part, j'ai été frappée lors de mes premiers jours de stage en gériatrie de voir ces personnes dont le corps porte les stigmates de l'âge et de la maladie pour certains. Mes réactions face à cela m'ont alors surprise. Je me suis vue instaurer une grande distance entre les patients et moi-même, sans comprendre à quoi cela était dû. En me posant la question des facteurs impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées, je me suis demandée si le comportement des soignants vis-à-vis d'eux, et donc le mien, était l'un de ces facteurs.

Ainsi, riche de cette réflexion, nous pourrions étudier la manière dont nous pouvons en psychomotricité travailler à préserver et revaloriser cette image de soi des patients.

Avant d'entamer ce travail, il nous faut définir ce concept d'image de soi que nous emploierons tout au long de ce mémoire. Nous préférons ce terme à celui d'image du corps. Cette dernière désigne la représentation fantasmagorique que chacun a de son propre corps. Par le terme d'image de soi, nous englobons cette notion d'image du corps, mais y ajoutons la dimension d'estime de soi et de représentation mentale de ses capacités réelles. En lien avec ces deux notions, la question de l'identité des patients sera récurrente tout au long de ce mémoire.

Partie I

Les facteurs intrinsèques impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées

A. Les événements de vie

En 2003, une étude intitulée *Événement de vie, personnalité et démence* parue dans la revue *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement* se proposait d'étudier les conséquences des événements de vie sur l'apparition de syndromes démentiels. Il ressort de cet article que les sujets déments étudiés avaient au cours de leur existence vécu plus d'événements traumatiques que les sujets du groupe contrôle (constitué par leurs conjoints), suggérant qu'une fragilité psychologique pourrait favoriser l'apparition de démences.

D'autre part, nous pouvons définir l'image de soi comme une représentation de sa personne, propre à chacun. Cette image se construit et se modifie en permanence en fonction des événements vécus, mais aussi de l'environnement dans lequel le sujet se trouve. Au vu des récentes études, on peut se demander si ces événements de vie, traumatiques ou non, auraient une influence sur l'image de soi des personnes démentes. Dans cette perspective, nous pouvons nous appuyer sur l'étude du cas clinique de Madame S.

1 Anamnèse de Madame S.

Madame S., 88 ans, est née en province où elle a grandi avec ses parents, son frère et sa sœur. Son père, militaire, est décrit par la patiente comme « un homme très dur », pouvant parfois être violent avec elle et les autres membres de sa famille. À l'âge de 17 ans, Madame S. quitte le domicile familial et va vivre à Paris, où elle exerce le métier de mannequin. Plusieurs fois lors de nos échanges, elle évoque les souvenirs liés à cette période de sa vie, qui semble avoir eu une importance particulière pour elle. Elle rencontre alors un homme de 25 ans son aîné avec qui elle vit pendant 23 ans, avant de le quitter. Elle n'aura plus aucunes nouvelles de lui par la suite. Lorsqu'elle évoque sa vie de couple, elle la qualifie de « pas très heureuse ». Après cela, Madame S. devient bénévole à l'hôpital où elle rend visite aux personnes hospitalisées. Elle habite de 2000 à 2010 dans un logement social, où elle vit très isolée et où elle refuse toute les aides à domicile. Elle entretient de très mauvais rapports avec sa propriétaire qui la décrit comme étant quelqu'un de « difficile, parfois perverse », et à qui elle refuse d'ouvrir.

En 2010, à l'âge de 82 ans, elle est hospitalisée à la suite d'une fracture de l'olécrane gauche non soignée, puis est transférée dans le service de soin en long séjour d'un hôpital gériatrique. Le médecin fait alors état d'un « épisode dépressif majeur dans le contexte d'une démence avec des troubles du comportement actuellement stabilisés ». Cet épisode dépressif se caractérise par une perte d'élan vital, accompagné d'une anhédonie, une aboulie et un ralentissement psychomoteur. A la suite de plusieurs examens, le diagnostic de syndrome démentiel modérément sévère avec atrophie corticale modérée est posé. En 2012, elle intègre l'UHR de l'hôpital à cause de ses troubles du comportement qui deviennent gênant dans le service de long séjour. Son projet de vie est alors de diminuer son agressivité et ses troubles du comportement afin de pouvoir lui permettre d'intégrer un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Elle a alors un score GIR 2 sur la grille d'indice d'autonomie AGGIR¹. Madame S. présente une forte anosognosie tout au long de son hospitalisation.

2 Comportement de Madame S. au sein de l'UHR

L'hospitalisation de Madame S. au sein de l'UHR est difficile, marquée par son agressivité physique et verbale. Elle néglige son hygiène, disant qu'elle ne trouve pas d'intérêt à se laver, et s'oppose aux soignants présents pour effectuer sa toilette. Ces derniers rapportent que la patiente se débat, les insulte et est parfois violente avec eux (coups, morsures), rendant la toilette compliquée et conflictuelle. Lors de ces temps de soin, Madame S. exprime très clairement une mise à distance de son corps qui lui renvoie une image qu'elle ne supporte pas, le qualifiant alors de « corps vieux, moche, bon à rien ». Il arrive également que la patiente lance les éléments de son plateau repas sur les soignants qui passent près d'elle, marquant son agressivité plus particulièrement envers certains.

Madame S peut également se montrer agressive avec certains autres patients de l'UHR. Lorsqu'on l'interroge sur ses actes, elle exprime avoir peur d'être elle-même agressée par les autres personnes présentes, et agit de la sorte pour se protéger.

¹ La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource) permet d'évaluer les capacités d'autonomie d'une personne en fonction de différents critères : (...) Le score obtenu permet de classer la personne dans un des six groupes iso-ressource, le plus autonome étant classé GIR 6 et le plus dépendant GIR 1.

À cause de son comportement, elle est mise à l'écart par les soignants qui ont de plus en plus de mal à s'occuper d'elle.

L'apparence de Madame S. apparaît négligée, elle ne prend plus de plaisir à s'apprêter. La patiente passe la plupart de ses journées en chemise de nuit, les cheveux lâchés, et une peluche en forme de tigre blanc sous le bras qu'elle nomme « [son] chien ». Aussi, elle a réagi très positivement envers les animaux vivants qui lui ont été présentés lors de séances de zoothérapie (un chien et des cochons d'Inde). Elle confiera avoir « toujours préféré les animaux aux êtres humains ».

Le discours de Madame S. révèle son anosognosie. Elle ne comprend pas ce qu'elle fait dans l'hôpital, et dit être venue pour accompagner une dame malade.

3 La prise en charge en psychomotricité

Je rencontre Madame S. pour la première fois dans un couloir de l'UHR où elle se déplace seule pour rejoindre la salle à manger. Lors de ce premier contact, elle ne cessera pas d'évoquer ma jeunesse et d'émettre des commentaires flatteurs sur des éléments de mon physique. Elle finira par dire en me désignant « J'espère qu'elle restera comme ça toute sa vie ». Ma maître de stage me parle alors du passé de Madame S. et de son travail dans le mannequinat.

La prise en charge en psychomotricité est compliquée avec Madame S. Depuis son entrée à l'UHR, les séances ont été très difficilement menées. Si au début Madame S. semblait ouverte et discutait volontiers avec la psychomotricienne, elle se renfermait très vite dès que des propositions de séance lui étaient faites (proposition de toucher thérapeutique, ou de promenade dans le jardin thérapeutique de l'UHR). La plupart du temps, Madame S. disait être trop fatiguée ou trop vieille pour réaliser quoi que ce soit. Mme S. ne refuse pas directement le soin, mais elle cherche systématiquement à reporter la séance. Elle n'accepte qu'en de rares occasions de participer aux groupes ouverts ou fermés organisés au sein de l'UHR (musicothérapie active, conte, mise en forme, jeux de société, etc...). Il ressort de ses refus perpétuels un sentiment très dévalorisé, où elle dit ne plus pouvoir rien faire à son âge, et ne pas valoir la peine que l'on s'occupe d'elle.

Toutefois, la prise en charge en psychomotricité de Madame S. connaîtra quelques évolutions. En de rares occasions elle acceptera les propositions de séance de psychomotricité, en participant à un groupe de musicothérapie active, et en se laissant approcher lors d'un toucher thérapeutique des mains. Mais malgré le bon déroulement de ces séances positives, Mme S. refusera par la suite de réitérer l'expérience.

4 Mise en lien de l'histoire et du comportement de Madame S.

Lorsque nous mettons en lien le comportement de Madame S. au sein de l'UHR et son histoire de vie, plusieurs éléments semblent se faire écho. D'une part, nous remarquons une ambivalence entre son passé de mannequin et son apparence négligée. D'autre part, nous pouvons voir dans son comportement agressif une résonance de la violence dont faisait preuve son père et qui semble l'avoir beaucoup marquée.

Tout d'abord, penchons-nous sur le rapport à l'apparence de cette patiente. Madame S. a effectuée très jeune un métier dans l'univers de la mode, un milieu où le physique est l'enjeu principal. Qui plus est, elle était mannequin, donc au centre de l'attention et des regards. Son travail l'obligeait donc à porter une importance particulière à son image pour toujours paraître à son avantage. On peut donc supposer que Madame S. a appris à se mettre en valeur aux yeux des autres, et que la beauté physique représentait une valeur importante pour elle. Ses commentaires flatteurs à l'égard des jeunes membres de l'équipe soignante sur leur apparence et leur âge viennent appuyer cette hypothèse. Or, nous voyons bien que depuis son arrivée dans l'UHR, Madame S. néglige sa personne. Elle ne prend plus la peine de s'habiller ou de se coiffer. Au-delà de ça, la patiente rejette totalement tous les soins corporels qui lui sont proposés, y compris les toilettes lors desquelles elle se débat avec violence contre les aides-soignants. D'autre part, Madame S. semble toujours apporter une grande importance à l'apparence, me faisant chaque fois que je la vois des remarques sur mon physique et se lançant dans une apologie de la jeunesse. Lorsqu'elle me dit « j'espère qu'elle restera comme ça toute sa vie », on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une réflexion où elle se projette, exprimant ainsi le désir qu'elle aurait eu de garder elle aussi l'aspect de ses vingt ans. Enfin, Madame S. verbalise régulièrement dans son discours une image d'elle-même très dévalorisée, où elle ne se sent plus bonne à rien, et pense qu'elle ne vaut pas la peine d'être soignée.

Au regard de tous ces éléments, nous pouvons mettre en évidence la mise à distance que Madame S. fait de son propre corps. Elle rejette violemment son vieillissement, et toutes les modifications de son apparence que l'âge engendre. Pour se défendre face à ces transformations sur lesquelles elle n'a pas de contrôle, elle semble s'être coupée de tout ce qui avait attiré à son corps. Les toilettes sont des moments qui viennent lui rappeler les réalités de son apparence qui lui est insupportable, c'est pourquoi elle les rejette autant. Son métier et le milieu dans lequel elle a évolué pendant des années ont donné une place centrale au physique dans la vie de Madame S. Voir son image changer a pu se révéler particulièrement traumatisant et il lui a été difficile de s'adapter à cette évolution, engendrant une mise au rebut de cette image dans laquelle elle ne se reconnaît plus. On peut donc émettre l'hypothèse que l'histoire de cette femme a influencé sa manière de se percevoir une fois âgée et hospitalisée.

D'autre part, nous observons que Madame S. fait preuve d'agressivité envers les soignants et les autres patients. Dans son enfance, elle a grandi avec un père militaire très dur qui pouvait également se montrer violent à l'encontre des membres de sa famille. Lors d'un échange avec Madame S. après un épisode agressif envers un autre patient de l'unité, elle dira « je n'ai connu que ça avec mon père, ce n'est pas maintenant que cela va changer ». Ses troubles du comportement surviennent lorsqu'une personne « rentre dans sa sphère personnelle » selon ses dires.

Nous pouvons alors faire un lien entre la façon dont Madame S. a été élevée et sa manière de réagir aux événements qui l'angoissent. De par son éducation, la patiente ne voit pas d'autre possibilité de réagir face à ces situations où elle se sent menacée. En septembre 2006, l'étude *Particularités sémiologiques des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en fonction de la personnalité antérieure, de l'environnement familial et de la sévérité de la démence* parue dans la revue *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement* démontre que « la démence altère la structure mentale profonde du sujet et ses propres mécanismes de défense face aux difficultés liées à la maladie, mais aussi aux différents stress extérieurs »². Ainsi, Madame S. trouve dans cette agressivité un mécanisme de défense contre les éléments de son environnement qui lui paraissent menaçants, en lien avec ce qu'elle a vécu durant son enfance.

Nous constatons donc que différentes études menées sur l'impact des événements de

2 Nicolas Auguste, 2006, p. 231.

vie sur les patients déments confirment leur importance dans les troubles du comportement. Aussi, nous constatons que différents éléments du comportement de Madame S. au sein de l'UHR font écho à des événements de son passé. Ces événements ont eu un impact direct sur l'image que cette patiente a d'elle-même, mettant l'apparence physique comme valeur centrale de sa vie, rendant son vieillissement difficilement supportable. Elle présente une image du corps très dévalorisée, accompagnée d'un désinvestissement corporel important. Ces éléments viennent confirmer notre hypothèse selon laquelle l'image de soi serait impactée par les événements de vie propres à chacun. Mais la manière dont sont vécus ces événements dépend également de la personnalité et de l'identité du sujet. Il semble donc pertinent de nous pencher sur ces deux notions afin de comprendre leur impact sur l'image de soi des personnes âgées.

B. L'identité et la personnalité

La personnalité se définit comme la manifestation de l'individualité de la personne à travers ses comportements. Plusieurs études répertoriées dans l'article *Personnalité et risque de démence* écrit par Jean-Pierre Clément et Marie-Pierre Teissier ont mis en évidence que certains types de personnalités avaient plus de risque de développer une démence de type maladie d'Alzheimer. Il s'agit des personnalités comprises dans le Cluster C de la classification du DSM IV³ (les personnalités obsessionnelles, évitantes et dépendantes). Ces études montrent que le risque de développer une démence augmente si la personne présente un bas niveau d'extraversion et un niveau élevé de nervosisme.

Par ailleurs, l'annonce d'une maladie grave, neurodégénérative, incurable, peut être vécue par le patient comme un grand changement dans sa vie, voire même engendrer un bouleversement identitaire. Or, on remarque que toutes les personnes ayant vécu ce genre d'annonce ne réagissent pas de la même manière. On peut alors se questionner sur l'impact de la personnalité du sujet sur sa représentation de soi, mais aussi sur la perte identitaire provoquée par cette maladie. Pour approfondir cette hypothèse, nous commencerons par étudier un cas clinique.

1 Anamnèse de Madame G.

Madame G., âgée de 81 ans est hospitalisée en SSR à cause d'une altération de son état général.

Avant cela, elle était suivie à l'Hôpital de Jour (HDJ) de ce même hôpital dans le cadre des consultations mémoires. Une maladie d'Alzheimer à un stade léger lui avait été diagnostiquée. Elle se fait alors très vite repérer par l'ensemble des soignants par son fort tempérament et son caractère très exigeant, tant envers elle-même qu'envers les autres patients. Son mari étant décédé et n'ayant jamais eu d'enfants, Madame G. vit seule. Elle n'a jamais travaillé et s'est occupée toute sa vie de tenir sa maison.

3 Le DSM IV est l'ouvrage répertoriant l'ensemble des troubles mentaux ainsi que leurs critères diagnostiques.

Au SSR, je constate que Madame G. tire une grande fierté à raconter ce qu'elle a accompli durant sa vie. Elle aime détailler ce qu'elle était capable de faire. Elle a conscience de ses troubles et vit très mal de sentir ses capacités diminuer. Elle réalise qu'elle ne peut plus faire ce dont elle avait l'habitude. Madame G. peut se montrer très anxieuse et pose parfois la question aux soignants « Vous pensez que je vais aller mieux ? ». Elle appelle souvent au secours ou demande de l'aide pour faire des actes de la vie quotidienne qu'elle arrive pourtant à effectuer seule, comme se rendre aux toilettes. Son comportement est ambivalent. Elle recherche une présence presque constante des soignants auprès d'elle, mais elle se montre pourtant hargneuse lorsqu'ils viennent à sa demande. La solitude et l'attente semblent la plonger dans un état de confusion et accentuent son angoisse. A cause de tout cela, les équipes ont beaucoup de mal à supporter cette patiente.

2 Prise en charge en psychomotricité en SSR

Je rencontre Madame G. dans le cadre d'un groupe de gymnastique douce⁴. Elle arrive dans un fauteuil, le dos voûté, et s'exprime d'une voix très faible, avec un timbre assez fragile. Ces éléments donnent l'impression qu'elle souhaite se faire la plus discrète possible. Pourtant, pendant la séance, Madame G. est dans une demande d'attention permanente, profitant de chaque moment de calme pour prendre la parole. Ses réflexions désobligeantes et ses questions incessantes provoquent rapidement l'exaspération des autres participants du groupe. Nous devons plusieurs fois la recadrer pour faire avancer les exercices.

Je la rencontre une fois suivante pour un entretien selon la méthode de validation développée par Naomie Feil. Il s'agit d'une méthode d'accompagnement de personnes âgées atteintes de démences et désorientées qui peut se pratiquer avec le patient seul ou en groupe. Les manières de communiquer évoluent avec la maladie. Le but de cette méthode est d'entrer en contact avec le patient pour l'accompagner là où il se trouve, et aider les aidants à donner un sens à ce que le patient exprime. L'auteure part en effet du principe que chaque propos, même paraissant délirant, est porteur de sens pour le patient.

4 Nous détaillerons les modalités de ce groupe dans la partie III

Lors de cet entretien, Madame G. commence par nous raconter avec fierté tout ce qu'elle avait l'habitude de faire auparavant, comme par exemple recevoir des gens et leur préparer le dîner. Tout au long de son discours, le mot « faire » reviendra sans cesse. Elle exprime alors une grande tristesse en nous disant « Mais tout ça c'est fini maintenant, je ne saurais plus faire. ». Elle a conscience de sa pathologie, et des pertes que celle-ci a engendrée. Elle verbalise alors la peur de voir encore ses capacités diminuer, « Je ne voudrais pas perdre le peu de conscience qu'il me reste ». A la fin de la séance, Madame G. nous confie « J'ai tellement honte de ne plus savoir qui je suis ». Au moment où nous quittons sa chambre, Madame G. nous regarde avec inquiétude et nous demande de façon très anxieuse « Mais et maintenant, que dois-je faire ? ».

3 Hypothèses sur la personnalité de Madame G.

Il ressort des différentes séances et entretiens avec Madame G. qu'elle était dans une dynamique très active tout au long de sa vie. Elle est le genre de personne à se définir dans le « faire », en fonction de ses actes et de ce qu'elle pouvait réaliser. L'annonce de la maladie, le déclin engendré par celle-ci, mais également le vieillissement naturel de cette patiente lui ont fait perdre des capacités. Maintenant qu'elle ne peut plus « faire » ce qui la caractérisait auparavant, on peut penser que Madame G. doit faire face à un sentiment de perte identitaire, un sentiment qui semble aller au-delà de la conscience de la perte de ses capacités. Sans la possibilité de faire ce dont elle avait l'habitude, et donc de retrouver ses compétences caractéristiques (cuisinière, maîtresse de maison, etc...), il lui est difficile de se reconnaître et de maintenir son identité.

4 L'atteinte identitaire dans le cadre de démences

L'identité se compose de nombreux éléments qui se complètent, et évolue tout au long de la vie du sujet. À l'annonce du développement d'un syndrome démentiel, la maladie vient s'ajouter à l'identité du patient. Mais pourquoi s'intéresser à cette question identitaire dans le cadre de la psychomotricité ?

Tout d'abord, selon Pierre-Marie Charazac, « le sentiment d'identité repose sur le corps, y compris lorsqu'il se défait »⁵. Aussi, l'auteur confirme notre hypothèse en affirmant que « l'atteinte de l'identité du patient touche rapidement l'image du corps »⁶. De fait, l'atteinte identitaire est une problématique concernant éminemment le corps du patient. Cette problématique prend alors tout son sens en psychomotricité. Par ailleurs, nous verrons plus loin dans ce mémoire comment nous pouvons travailler autour de la question de l'identité des patients pour revaloriser ou préserver leur image d'eux-mêmes.

Pour conclure avec le cas de Madame G., cette patiente avait donc tendance à se définir essentiellement par ses actions et à être dans le faire en permanence. L'annonce de la maladie a entraîné un déclin de ces capacités, et rendu impossible ou compliqué la réalisation de certaines actions quotidiennes. Cette perte de capacité a donc engendré une perte identitaire avec une incapacité à se définir autrement que par ses actions. Il en résulte chez Madame G. une image d'elle-même très dévalorisée : « Je ne suis plus bonne à rien », « Je me sens devenir débile ».

Ainsi, chez Madame G., sa personnalité rend d'autant plus difficile l'acceptation de la maladie et de la perte de capacités. Son caractère très exigeant avec elle-même fait qu'elle ne supporte pas de se voir vieillir et perdre en mobilité et flexibilité mentale.

Mais on peut se questionner sur l'impact qu'a eu la maladie dans la dévalorisation progressive de cette image personnelle. C'est donc ce sur quoi nous allons nous pencher dans le chapitre suivant.

5 Pierre-Marie Charazac, 2009, p. 170.

6 *Ibid.*

C. L'impact des pathologies

Comme nous l'avons vu précédemment, l'image qu'une personne âgée a d'elle-même est influencée par des facteurs internes comme son histoire et sa personnalité. Mais on ne peut négliger l'importance de la pathologie spécifique de chaque patient dans son comportement et son devenir. La vieillesse n'est pas une maladie, malgré l'image que l'on peut en avoir. Mais certaines pathologies spécifiques y sont associées, comme les démences ou d'autres affections neurodégénératives. Nous nous efforcerons, après une présentation non exhaustive et succincte des causes d'hospitalisations fréquentes, de chercher à comprendre en quoi ce type de pathologie vient altérer l'image de soi des personnes âgées hospitalisées.

1 Le champ des démences

Dans le manuel *Vieillesse et psychomotricité*, la démence est définie comme « un ensemble complexe de modifications du comportement dans la vie quotidienne (ces modifications étant pour la plus grande part des "pertes"), liées à des déficits neuropsychologiques hétérogènes, et donnant lieu à un tableau "d'incapacité cognitive" »⁷. L'évolution est lente et continue. Le syndrome démentiel le plus fréquent et le plus connu par le grand public est la maladie d'Alzheimer. Nous nous y intéresserons donc en détail. Toutefois, il existe d'autres affections démentielles que nous évoquerons succinctement.

a) La maladie d'Alzheimer

En 1907, le neuropathologiste allemand Aloïs Alzheimer établit un rapport entre un syndrome démentiel et des lésions neuroanatomiques caractéristiques et donne son nom à ce syndrome particulier.

L'apparition de cette maladie est progressive et évolutive. Les causes de la maladie d'Alzheimer restent difficiles à établir. Un facteur génétique est présent, les risques de développer cette pathologie étant multipliés par quatre en cas d'antécédent familial. Des

⁷ Jean-Michel Albaret et Eric Aubert & al, 2001, p. 116.

chercheurs ont également mis en évidence que le risque était plus grand si la personne présentait la forme $\Sigma 4$ de l'apolipo-protéine E.

La maladie d'Alzheimer est un syndrome démentiel caractérisé au niveau anatomique par deux lésions caractéristiques : des plaques séniles constituées par la protéine β -amyloïde, et une dégénérescence neuro-fibrillaire dont la composante principale est la protéine Tau.

Au niveau macroscopique, on observe à l'IRM une atrophie corticale de la substance blanche sous-corticale (un élargissement des espaces sous-arachnoïdiens et des ventricules latéraux), et une atrophie au niveau des lobes frontaux, temporaux, occipitaux et des hippocampes.

Longtemps, cette maladie a porté le surnom de « maladie des quatre A », en raison des troubles que celle-ci provoquait : l'amnésie, l'apraxie, l'aphasie et l'apathie. Toutefois, cette appellation se fait de moins en moins fréquente, en raison d'autres symptômes qui s'ajoutent à ces derniers, et la fluctuation d'apparition de ceux-ci. De nombreux patients développent ainsi des Symptômes Psycho-Comportementaux lié à la Démence (SPCD) qui peuvent prendre les formes suivantes : « des idées délirantes, des hallucinations (visuelles, auditives ou tactiles), de l'agitation, une instabilité psychomotrice (déambulation, tasikinésie), des compulsions (verbales ou gestuelles), une désinhibition, une apathie, une hyperémotivité, des manifestations dépressives, de l'anxiété, des troubles du sommeil (insomnie, trouble du rythme circadien, etc...), des conduites alimentaires (anorexie, alcoolisation, etc...) ou des conduites sexuelles »⁸.

En 2014, une étude de l'Inserm indiquait que « 900 000 personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer aujourd'hui en France. Elles devraient être 1,3 million en 2020 »⁹. Pour faire face à l'afflux de ces patients, un plan Alzheimer gouvernemental a été mis en place en 2008. Celui-ci a pour but une meilleure prise en charge des patients et des aidants, avec un dépistage précoce des troubles. Ce plan a également contribué à la création de nombreux postes dans le secteur gériatrique, et a permis une plus grande ouverture de ce domaine à la psychomotricité.

8 Pierre Charazac, 2011, p. 268.

9 Site internet de l'Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), mis à jour en juillet 2014, <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>.

On distingue trois stades d'évolution dans la maladie d'Alzheimer :

- La démence légère : une perte de mémoire vient perturber la vie quotidienne de la personne. A ce stade, le patient présente un trouble de la reconnaissance des chiffres. Progressivement, il porte moins d'intérêt à ses activités habituelles et oublie peu à peu les codes sociaux.
- La démence modérément sévère : aussi appelée phase d'état, cette période de la maladie se caractérise par un début de prosopagnosie (incapacité à reconnaître les visages de ses proches). C'est à ce stade qu'apparaît une Désorientation Temporo-Spatiale (DTS), c'est à dire un trouble de l'orientation dans le temps et l'espace. La perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne s'accroît, et les troubles du comportement s'aggravent. Les troubles cognitifs sont également de plus en plus marqués, pouvant prendre la forme d'hallucinations et de délires polymorphes. On voit de plus en plus d'épisodes d'errance ou de déambulation. Certains auteurs confondent ces deux termes tandis que d'autres établissent une distinction entre eux. L'errance serait alors « une déambulation sans but »¹⁰, tandis que la déambulation serait « une sorte de marche compulsive »¹¹.
- La démence sévère : c'est la phase terminale de la maladie. Des épisodes de déambulation nocturne accompagnent les troubles du sommeil. A ce stade, on constate une perte totale de la mémoire et une prosopagnosie globale.

b) Les autres types de démence

Les Dégénérescences Lobaires Fronto-Temporales (DLFT) portent ce nom en raison du lieu de l'atteinte neurodégénérative. Contrairement à la maladie d'Alzheimer, les troubles de la mémoire, de l'attention et du raisonnement n'apparaissent que secondairement. Il en existe trois types :

- La démence Fronto-Temporale.
- L'aphasie non fluente progressive.
- La démence sémantique

10 Marianna Corti et Denise Strubel, 2008, p. 260.

11 *Ibid.*

La démence à Corps de Lewy est due à la destruction des cellules nerveuses produisant la dopamine par les corps de Lewy. Elle se caractérise par un déclin cognitif sévère qui entraîne un retentissement sur l'autonomie et la vie relationnelle. Elle s'accompagne d'un syndrome parkinsonien et de troubles attentionnels et des fonctions exécutives.

Les démences vasculaires ne sont pas des atteintes neurodégénératives. Elles se caractérisent par une atteinte cognitive plus fluctuante. Les capacités des personnes atteintes pouvant varier très rapidement vers une amélioration ou au contraire une détérioration. Leur apparition est liée à des épisodes d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et/ou Transitoires (AIT).

Parmi les autres démences que l'on rencontre moins fréquemment, il existe tout le champ des démences sous-corticales. Les démences sous-corticales sont nommées ainsi car elles touchent les noyaux sous-corticaux. On en distingue quatre :

- La maladie de Binswanger
- La maladie de Huntington
- La maladie de Wilson
- La maladie de Steel-Ridchardson

Il est important de noter l'existence de ces différentes démences. Toutefois, la maladie d'Alzheimer étant la plus fréquemment rencontrée, nous ne les détaillerons pas davantage ici.

2 La maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson a été décrite par le médecin James Parkinson aux alentours de 1817, dans un essai sur ce qu'il nomme « paralysie agitante ». Il s'agit de la principale maladie neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer.

Cette maladie est provoquée par la destruction des cellules produisant la dopamine au sein du locus niger par des corps de Lewy. Cela provoque un déficit en dopamine qui perturbe le fonctionnement de tous les noyaux gris centraux.

La sémiologie de ce syndrome repose sur trois principaux symptômes qui forment la

triade parkinsonnienne :

- des tremblements de repos, qui touchent principalement les mains et qui ont tendance à s'atténuer lors d'un mouvement volontaire.
- un syndrome extra-pyramidal, qui se caractérise par une hypertonie plastique (on observe un phénomène de « roue dentée » en cherchant à mobiliser un membre. Ce dernier reste dans la position dans laquelle il a été amené.)
- une akinésie, c'est à dire une grande difficulté, voire incapacité à initier le mouvement.

Le traitement pour cette maladie est composé de prise de dopamine pour compenser le déficit. Une opération chirurgicale permet d'implanter des électrodes qui viennent stimuler la production de dopamine dans le locus niger. Ces traitements sont associés à des anticholinergiques pour limiter les tremblements. Toutefois, le traitement pour la maladie de Parkinson présente actuellement de nombreux effets secondaires, comme l'apparition d'importantes dyskinésies chez certains patients, ou encore l'émergence d'hallucinations non démentielle.

On distingue plusieurs stades d'évolution dans la maladie de Parkinson, liés notamment à la difficulté de régler la posologie médicamenteuse au bout d'un certain temps :

- la phase diagnostic
- la phase dite de « lune de miel », lors de laquelle le traitement est efficace et où les symptômes sont peu présents.
- les effets on/off, c'est à dire des phases où le médicament agit et celles où les symptômes réapparaissent, sont liés au début à la baisse d'efficacité du traitement avant et juste après la prise de médicament.
- Par la suite les effets on/off apparaissent de façon de plus en plus anarchique.

D'autres troubles sont associés à la maladie de Parkinson. Les patients présentant cette pathologie peuvent ressentir des douleurs accompagnées de troubles sensitifs. Ces douleurs sont secondaires à leurs tremblements ou à l'hypertonie due au syndrome extra-pyramidal. Les troubles sensitifs se manifestent sous forme de sensation de brûlure, de picotement, d'engourdissement, etc... Certains patients présentent également des paresthésies, c'est à dire des sensations tactiles altérées (par exemple une baisse de sensibilité).

La maladie de Parkinson a des répercussions psychologiques, pouvant parfois être à l'origine de dépressions et de troubles anxieux.

Enfin, bien que la maladie de Parkinson n'appartienne pas au champ des démences, elle peut tout de même avoir des répercussions cognitives. Elles se manifestent sous la forme d'hallucinations non démentielles dont la cause est souvent iatrogène. Dans certains cas de complication, la maladie peut évoluer vers une démence parkinsonienne.

3 La chute

Actuellement, on retrouve bon nombre de patients âgés hospitalisés à cause de suite d'une chute, ayant par exemple engendré une fracture. Des études montrent qu'environ 30% des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à leur domicile chutent au moins une fois par an. En maison de retraite, ces chiffres vont de 30 à 70%. Les chutes représentent actuellement 90% des accidents chez les personnes âgées.

Les causes des chutes sont multiples. Pour en citer quelques-unes, elles peuvent être dues au vieillissement naturel de l'appareil locomoteur, à une baisse de la sensibilité proprioceptive, liées à des causes vasculaires, iatrogènes, neuropsychologiques, ou encore à un environnement non adapté (chaussure que ne tient pas au pied, tapis, meubles, animaux de compagnie, etc...).

Les chutes peuvent avoir plusieurs conséquences. Dans 15% des cas, elles s'accompagnent d'un trauma qui touche soit les membres inférieurs, soit la ceinture scapulaire, soit le col du fémur. Mais au-delà de ces complications physiques, la chute peut provoquer chez le sujet âgé :

- une peur de retomber
- une phobie de la chute : elle se caractérise par une très forte peur de tomber, qui engendre des conduites d'évitement, à savoir le refus de marcher.
- un syndrome post-chute : il allie des composantes psychologiques et physiques. Le risque de développer un syndrome post-chute est grand si la personne n'a pas pu se relever seule, est resté plus d'une heure au sol, et si il y a eu au moins trois chutes en trois mois. Les patients présentant un syndrome post-chute présentent des troubles de l'équilibre statique et une station debout non fonctionnelle. Ils ont également tendance à adopter une posture en rétro-pulsion, comme pour se tenir éloigné le plus possible du

sol. Se pencher en avant devient très difficile, il leur est donc compliqué de se relever du fauteuil.

4 Les conséquences des différentes pathologies liées à l'âge sur l'image du corps

Dans son ouvrage *Clinique de l'image du corps*, Eric Pireyre distingue neuf composantes de l'image du corps. Nous pouvons donc nous appuyer sur ces composantes pour essayer de voir si les pathologies détaillées précédemment ont en effet un impact sur l'image du corps des personnes âgées hospitalisées.

- La continuité d'existence

Le sentiment de continuer à exister se construit à la fois grâce au système neurologique sensoriel, mais aussi à l'environnement humain dans lequel la personne évolue. Dans certaines pathologies comme l'autisme, ce sentiment de continuité d'être est mis à mal. Selon Pireyre, « on pourrait chercher du côté des stéréotypies pour comprendre qu'il s'agit d'une recherche de sensations, proprioceptives ou autres, à but de maintien d'une possibilité suffisante de se sentir exister de façon continue »¹². Les stéréotypies sont définies par le Larousse comme la « répétition d'une attitude, d'un geste, d'un acte ou d'une parole sans but intelligible »¹³.

Or, nous avons vu précédemment qu'il était fréquent pour des patients atteints par la maladie d'Alzheimer de déambuler. Denise Strubel et Mariana Corti distinguent différents types de déambulation dans leur article *La déambulation chez les patients déments*, dont la déambulation compulsive qu'elles définissent ainsi : « rien ne peut [l']arrêter, souvent linéaire et stéréotypée dans sa trajectoire »¹⁴. Les patients déambulant répètent encore et encore le même trajet, rencontrant les mêmes obstacles et les mêmes objets à chacun de leurs passages. On peut alors émettre l'hypothèse que cette régularité et cette répétition apportent à ces patients une stimulation visuelle et proprioceptive leur apportant ce sentiment de continuité d'existence. La déambulation mettrait donc en évidence un défaut dans la sensation de se sentir exister de façon continue chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

12 Eric Pireyre, 2015, p. 56.

13 Dictionnaire en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/st%C3%A9r%C3%A9otypie/74657>

14 Strubel et Corti, *op. cit.*, p. 260.

- L'identité

Dans leur article *Conscience de Soi, maintien du Soi et identité humaine au cours de la maladie d'Alzheimer*, R. Gil, M-N. Fargeau et N. Jaafari donnent la définition suivante : « L'identité humaine est l'ensemble des données historiques, comportementales, cognitives, émotionnelles et sociales qui fondent la singularité de chaque être humain et configurent ainsi son "Soi" ou "Self" »¹⁵. Dès notre naissance, une part de notre identité nous est attribuée par nos parents. On nous donne un prénom, un nom, une nationalité, un genre, etc... Mais bien qu'elle soit donnée, cette identité doit également s'étoffer, se renforcer au cours du développement psychoaffectif de l'enfant. A force d'entendre son prénom, l'enfant va se l'approprier. Progressivement, il apprend à se différencier de sa mère, jusqu'à reconnaître son reflet dans le miroir et atteindre cet état de subjectivation. Ce processus d'identification passe donc par les sens (l'audition, la vue, mais aussi le toucher grâce au dialogue tonique entre la mère et son enfant). Tout au long de la vie, cette identité continue à se construire, et de nouvelles composantes viennent s'y ajouter (la profession, le statut marital, etc...) ou se modifient (le nom de famille par exemple). Mais cette identité est-elle préservée chez les personnes âgées hospitalisées ?

Dans l'ouvrage collectif *Résilience et personnes âgées*, Jacques Gaucher et Gérard Ribes décrivent ce phénomène : « Bien des sujets âgés parlent de leur corps comme d'une tierce personne, en rupture avec leur sentiment d'identité »¹⁶. Il est vrai que lors de séances de psychomotricité, nous pouvons fréquemment entendre un patient nous dire « ma main ne veut pas faire ce mouvement, elle est fainéante ». Ces derniers parlent alors de parties ou de la totalité de leur corps comme d'un étranger, venant attaquer le sentiment d'unité psychocorporelle et donc de continuité d'identité.

Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, la pathologie entraîne une altération de la mémoire autobiographique. La personne oublie peu à peu des éléments de sa vie, les éléments les plus anciens étant conservés le plus longtemps. Le malade perd alors progressivement des éléments constituant son identité. D'autre part, nous avons vu que la maladie s'accompagnait souvent de SPCD. Le comportement du patient subit de fortes modifications. Les membres de la famille disent alors régulièrement « On ne le reconnaît plus », et parlent même de leur proche au passé.

15 R. Gil, M-N. Fargeau et N. Jaafari, 2011, p. 416.

16 Jacques Gaucher et Gérard Ribes, 2014, p. 219.

Enfin, en cas d'atteinte neurodégénérative ou de maladie incurable, la pathologie devient une composante de l'identité. On peut penser à Madame G. qui n'arrive plus à se reconnaître dans cette nouvelle réalité provoquée par la maladie d'Alzheimer. « J'ai tellement honte de ne plus savoir qui je suis ». Faire le deuil de certains éléments de son identité passée pour en accepter une nouvelle lui semble impossible à ce moment.

L'identité est donc bien atteinte dans les cas de syndromes démentiels. On peut y voir également une atteinte de l'image du corps de ces sujets.

- L'identité sexuée

Selon la psychiatre et psychanalyste Colette Chiland, elle consiste en un « sentiment intime que chacun a d'appartenir à l'un des deux sexes que la biologie et la culture distinguent »¹⁷. L'identité sexuée se construit au cours des premières années de la vie, en fonction « des sensations corporelles, l'assignation, consciente et inconsciente, par les parents ainsi que des croyances subjectives et sociales »¹⁸.

Il n'existe actuellement pas d'études ayant pour objet l'identité sexuée des personnes atteintes de pathologies neurodégénératives. Nous ne pouvons donc pas affirmer que cette composante est atteinte ou non dans le contexte de telles pathologies.

- La peau

La peau recouvre la quasi-totalité de notre corps. La peau constitue cette forme de barrière, une limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Elle contient de nombreux récepteurs sensoriels qui permettent de connaître notre environnement. Avec l'âge, la peau perd de son élasticité et de sa sensibilité. Elle devient plus fine (en témoigne le risque d'escarre qui augmente avec l'âge à cause de la peau qui s'affine). Mais la peau a également des fonctions psychiques. Celles-ci ont été développées par Didier Anzieu sous le concept de Moi-Peau. Dans ses ouvrages, il décrit les huit fonctions du Moi-Peau en s'appuyant sur les fonctions de la peau psychique et les fonctions du moi :

- la maintenance
- la contenance

17 Collette Chiland (1999) cité par Eric Pireyre, 2008, p. 6.

18 Eric Pireyre, *op. cit.*, p. 71.

- la fonction de pare-excitation
- l'individuation
- l'intersensorialité
- la fonction de soutien de l'excitation sexuelle
- la recharge libidinale
- l'inscription des traces sensorielles.

Dans son article *Du Moi-Peau : applications à la gérontologie et à la ritualité*, Marion Peruchon décrit les atteintes de ces différentes fonctions lors du vieillissement normal, mais également la déconstruction progressive de ce Moi-Peau dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, la conséquence de cette déconstruction progressive du Moi-Peau consiste en une altération de l'image du corps du sujet âgé.

- L'intérieur du corps

Les os, les organes et les réseaux de circulation sanguine (veines, artères, etc...) composent l'intérieur de ce corps. Toutefois, la manière dont chacun se le représente diffère. Pour certaines personnes atteintes de pathologies psychiatriques, l'intérieur de ce corps peut être vécu par exemple comme étant rempli d'air ou d'eau. Les soins de percussion osseuse peuvent permettre d'aller chercher les structures solides du corps et les faire entrer en résonance en les ramenant à la conscience du patient. Ainsi, lors d'un travail d'auto-massage avec Madame D., atteinte d'une maladie d'Alzheimer sévère, je lui propose d'aller tapoter ses clavicules. Elle découvre alors avec étonnement la présence de ces deux petits os au-dessus de sa cage thoracique. On peut alors s'interroger sur la raison de cette surprise : la représentation que Madame D. avait de l'intérieur de son corps a-t-elle été modifiée à cause de la maladie d'Alzheimer, ou bien a-t-elle toujours été ainsi ?

- Le tonus

Le tonus est l'état de légère tension des muscles, qui persiste même au repos. On distingue trois type de tonus : le tonus de fond (s'observe lorsque le muscle est au repos, en état de relaxation ou pendant le sommeil) ; le tonus de posture ; et le tonus d'action (les

muscles se tendent pour préparer l'action à faire). Si la tension est trop forte, on parle d'hypertonie ; si elle est trop faible on parle d'hypotonie. Mais le tonus est également le lieu d'inscription des émotions. Il permet l'établissement d'un dialogue tonico-émotionnel entre deux êtres.

Avec le vieillissement normal, le tonus a tendance à tendre vers une hypertonie. Au niveau pathologique, on retrouve l'hypertonie plastique comme symptôme caractéristique de la maladie de Parkinson. Cette tendance hypertonique rend le mouvement moins fluide, plus difficilement réalisable, les interactions avec l'environnement sont donc limitées.

En revanche, les capacités de dialogue tonique sont conservées chez les patients atteints de démences. Même après avoir perdu l'usage de la parole, la communication reste possible. Le travail de toucher thérapeutique avec des patients à un stade sévère de la maladie montre la possibilité de tisser un lien relationnel via cette médiation.

- La sensibilité somato-viscérale (sensorialité)

Selon la définition d'Ajuriaguerra sur le schéma corporel, celui-ci se construit « sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles »¹⁹. Il est en constant remaniement en fonction des expériences vécues. Les différentes sensations sont donc essentielles à la construction du schéma corporel et en lien avec celle de l'image du corps. Aussi, les sens sont intimement liés aux émotions. En témoigne Proust et sa madeleine, un simple stimulus peut raviver des souvenirs profondément enfouis. Or, avec le vieillissement normal du sujet, la sensibilité aux différents stimuli diminue. On voit d'une part l'ouïe et la vue baisser de façon significative avec les années. D'autre part, la proprioception, essentielle pour se représenter la position des différentes parties de son corps, devient de moins en moins précise. On peut donc alors émettre l'hypothèse que le vieillissement entraîne un appauvrissement du schéma corporel et de l'image du corps, lié à une baisse de la sensibilité qui limite les expériences sensorielles. De telles atteintes sont des éléments intéressants d'une prescription en psychomotricité.

19 Julian de Ajuriaguerra cité par Eric Pireyre, 2015, p. 119.

- Les compétences communicationnelles du corps

En 1967, deux études menées par le psychologue Albert Merhabian démontre que 93% de la communication serait non verbale (38% liées aux intonations de la voix, 55% liées aux mimiques et attitudes). Les émotions ressenties par le sujet s'inscrivent dans son corps et sont ainsi perceptibles par son entourage. On peut ainsi penser au dialogue tonique, qui structure les échanges dans les premiers temps de la vie entre la mère et son bébé. Loris Tamara Schiaratura définit dans son article *La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer* la communication comme étant « un échange dynamique de pensées et de sentiments qui se fait avec les mots, mais aussi avec le regard, les expressions faciales, les gestes, la posture, le ton de la voix et la gestion de l'espace interpersonnel. »²⁰. La communication corporelle s'acquiert donc très tôt. Dans son ouvrage *Maladie d'Alzheimer ; à l'écoute d'un langage*, le docteur Louis Ploton décrit les capacités relationnelles des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer :

« Son ton, sa mimique, sa posture, ses gestes, se révèlent adaptés à ce dont il est question et avec la situation. Son regard, tout particulièrement, reste expressif, de même que, pour autant qu'on sache les prendre en compte, on notera tout au long de l'évolution démentielle des signes participatifs pouvant représenter autant de tentatives d'expression. »²¹.

Ainsi, malgré l'accès au langage qui devient de plus en plus limité avec l'avancée de la maladie, le malade conserve toujours des capacités relationnelles et de communication auxquelles il faut être attentif pour pouvoir s'en saisir. Au-delà des capacités d'expression, on remarque fréquemment de bonnes capacités de compréhension des émotions exprimées par leur entourage. On peut ainsi penser à l'exemple de Mme L, atteinte d'une démence sévère, qui s'exprime en utilisant un mélange de français, de créole et d'un jargon qui lui est propre, ce qui la rend très difficile à comprendre. Lorsque sa fille laisse couler quelques larmes en parlant de sa mère, Mme L se tournera vers les soignants présents pour leur dire « Elle est triste » de façon tout à fait intelligible. Cette situation montre bien que même à un stade très avancé de la maladie et malgré une atteinte des capacités de communication verbales, les personnes

20 Loris Tamara Schiaratura, 2008, p. 183.

21 Louis Ploton, 1996, p. 44.

présentant une démence conservent des capacités de communication et de compréhension.

- Les angoisses archaïques

Les angoisses archaïques sont nommées ainsi car elles apparaissent très tôt au cours du développement de l'enfant. Ce terme regroupe les angoisses de morcellement, d'effondrement, de liquéfaction et de dévoration. Au cours de l'évolution, ces angoisses se retrouvent reléguées dans l'inconscient, mais des résurgences peuvent s'observer. On peut penser par exemple à certains vécus de morcellement ou de liquéfaction racontés par des étudiants en psychomotricité et décrits par Eric Pireyre dans son livre *Clinique de l'image du corps*. Certains décrivent ainsi ne plus sentir certains de leurs membres, ou encore avoir la sensation de parties du corps qui s'étirent dans la pièce ou s'enfoncent dans le sol.

Dans la maladie d'Alzheimer, les souvenirs les plus anciens sont conservés le plus longtemps, mais aujourd'hui, il n'existe pas d'étude précisant la présence d'angoisses archaïques chez les patients atteints de démences. Nous ne pouvons alors rien affirmer à ce propos.

Ainsi, nous pouvons constater que sur bien des aspects, l'image du corps des patients âgés est atteinte. Ces différents éléments – causés par la pathologie – impactent négativement l'image de soi de ces sujets. Nous pouvons donc en conclure que la pathologie spécifique du patient est un facteur intrinsèque à la personne venant directement impacter son image d'elle-même.

Nous avons donc conclu que l'histoire de la personne, mais aussi son identité, sa personnalité et sa pathologie avaient des conséquences sur la représentation de soi des personnes âgées hospitalisées. Après avoir étudié l'importance et les mécanismes de ces facteurs intrinsèques, nous pouvons nous demander s'il existe par ailleurs des facteurs extrinsèques à la personne.

Partie II

Les facteurs extrinsèques impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées

Nous avons donc montré que l'image de soi pouvait être impactée par des facteurs intrinsèques à la personne, comme son histoire de vie, sa personnalité, ou encore par les spécificités de sa pathologie. Mais on ne peut ignorer l'ensemble des facteurs externes qui viennent influencer cette image de soi. Paradoxalement, nous vivons de plus en plus longtemps – grâce entre autres aux évolutions de la médecine – mais notre société cherche à gommer les marques physiques de l'âge. Les médias et l'art véhiculent des représentations de la vieillesse propres à notre époque. Il peut donc être intéressant de se pencher sur cette question pour comprendre quelles images la société civile française a des personnes âgées, et ce que cette société leur renvoi. D'autre part, on ne peut nier l'importance du cadre de vie, surtout lorsque celui-ci s'avère être un hôpital. Enfin, nous nous pencherons sur le rôle des soignants dans la modification de cette image de soi. En effet, travailler auprès de personnes âgées dépendantes n'est pas anodin. Nous sommes souvent confrontés à des corps très abîmés, et le processus d'identification est d'autant plus fort que nous sommes tous amenés à tendre vers la vieillesse. Face à ce processus identificatoire, qu'il soit conscient ou inconscient, on peut se demander quels mécanismes de défense peuvent être mis en place, et leurs conséquences sur la prise en charge des patients, ainsi que l'image que nous leur renvoyons.

A. Le rôle de la société civile occidentale actuelle

La place accordée aux aînés diffère selon la culture. Ainsi, en Afrique par exemple, les membres les plus âgés font partie des « anciens », ils sont réputés pour leur sagesse, et respectés par tous les membres de la communauté. Dans les cultures occidentales, la place que nous leur accordons est bien différente, et a évolué avec les époques. La conception de la vieillesse a, quant à elle bien changé également, et il devient quelque peu compliqué de définir les personnes appartenant au groupe des « personnes âgées ». Comme le dit Michel Philibert dans son article *Le statut de la personne âgée dans les sociétés antiques et préindustrielles*, « d'une société ou d'une forme de société à une autre, ce n'est peut-être pas le statut de la personne âgée qui change – mais l'identification de la personne âgée elle-même. C'est son âge, sans doute, qui fait reconnaître une personne âgée. Mais est-ce son âge chronologique ? Son âge physiologique ou biologique ? Son âge mental ? Son âge social ? »²². Les critères définissant la vieillesse diffèrent en fonction des sociétés et des cultures, on peut donc affirmer comme Jean-Jacques Amyot que « le vieux n'est pas une catégorie biologique, mais une catégorie sociale qui prend un sens différent selon les époques »²³. Pour comprendre la place des personnes âgées et la représentation qu'une société en a, il peut être intéressant de se pencher sur la manière dont on les représente dans l'art et les œuvres culturelles. Une fois que nous aurons étudié la manière dont la société civile occidentale perçoit les personnes âgées, nous pourrions nous intéresser à l'impact de ces représentations sur l'image de soi de nos aînés.

1 La place des personnes âgées dans les sociétés civiles occidentales

Au début des années 2000, l'Union Nationale des Offices de Personnes Âgées (UNOPA) a lancé une étude auprès de 1000 personnes en France, leur demandant d'associer des images et des mots aux termes vieillesse et vieillissement. Les résultats, retranscrits par Jean-Jacques Amyot dans son livre *Travailler auprès des personnes âgées* montrent que les mots les plus cités sont « canne, voyage, Alzheimer, sagesse, jardinage et belote »²⁴. Deux des

22 Michel Philibert, 1984, p. 16.

23 Jean-Jacques Amyot, 2008, p. 9.

24 *Ibid.*, p. 24.

trois premiers mots cités font référence aux maladies et pathologies fréquentes avec l'âge, les autres mots se réfèrent à des activités qui seraient privilégiées par la plupart des retraités. Ces deux catégories sont représentatives des deux manières de se figurer la vieillesse : l'une est positive, en lien avec les acquisitions sociales du siècle dernier comme la retraite à 60 ans, et avec l'amélioration des conditions de vie grâce aux progrès de la médecine, mais représente également une catégorie socio-culturelle que l'on envisage sur un versant économique, devenant ainsi la cible marketing de voyages organisés, d'activités de loisir et de produits plus spécifiques ; la seconde est négative, en lien avec l'angoisse de devenir un jour dépendant et dément, et surtout de se rapprocher inéluctablement de la mort.

Ces deux conceptions, dans leur opposition, sont révélatrices de la manière dont le vieillissement est envisagé. Il existerait d'une part une première manière de vieillir qui serait « réussie », et qui consisterait dans l'imaginaire collectif à vivre le plus longtemps possible tout en renvoyant l'image d'une jeunesse sans fin. Selon David Le Breton dans *Anthropologie du corps et modernité*, « il faut aujourd'hui, sinon ne pas mourir, disparaître très vieux avec un visage d'éternelle jeunesse, même au prix de pénibles chirurgies esthétiques »²⁵. Nous reviendrons par ailleurs plus tard sur ce dernier point. D'autre part, en opposition à ce vieillissement réussi, notre société envisage une seconde manière de vieillir, qui pour le coup serait pathologique. Cette vieillesse serait à éviter à tous prix, engendrant dépendance et démence. Cette dualité est par ailleurs dénoncée dans l'ouvrage collectif de Boris Cyrulnik et Louis Ploton portant le titre de *Résilience et personnes âgées* :

« Cette vieillesse tant redoutée, plutôt que d'être directement stigmatisée, est indirectement évacuée par la promotion sociale et médicale d'un vieillissement dit réussi qui magnifie une vieillesse qui reste dans sa présentation encore jeune et donc non seulement comme non redouté, mais mieux encore, enviable »²⁶.

On remarque alors que le vieillissement normal se retrouve oublié dans cette conception binaire. Le déclin des sens et de la mémoire lié à l'âge ne serait pas acceptable. Que cela se fasse de manière consciente ou non, l'image de la vieillesse a cela d'angoissant que nous tendons tous vers elle, et que cette vieillesse nous rapproche inéluctablement de la mort. Ainsi, Jack Messy constate que « à notre époque et dans notre culture, le rejet de la mort s'est

25 David Le Breton, 2013, p. 210.

26 Boris Cyrulnik, Louis Ploton & al, 2014, p. 262-263.

étendu au rejet des vieux »²⁷.

Nous assistons depuis quelques décennies à un phénomène d'exclusion et de mise à distance des personnes âgées de la société. Cela se manifeste par des difficultés à trouver un emploi passé cinquante ans sous prétexte que la retraite approche. Ou encore par le souhait de certains d'interdire l'accès des plages *topless* aux plus vieilles, dont le physique est qualifié de choquant²⁸. Notre société semble avoir développé une forme de discrimination envers les personnes âgées qualifiée « d'âgisme ». Ce terme désigne toutes les formes de discrimination qui catégorisent un individu sur le seul critère de son âge. Cet âgisme se construit en lien avec la société actuelle que beaucoup qualifient de « jeuniste ». Ainsi, pour Yves Kagan et Jérôme Pellerin, « la vieillesse ne peut être que mal vécue et insupportable pour notre société qui magnifie la jeunesse et cultive puissance, productivité, rendement et vitesse »²⁹. Ce désir de paraître jeune pour le rester à tout prix a permis l'essor depuis quelques décennies du secteur de la chirurgie esthétique. Lifting, injection de toxine botulique, interventions chirurgicales lourdes, ou plus sobrement le développement sur le marché de crème anti-rides (et parfois même appelées « anti-âge »), tout est bon pour conserver l'illusion d'une jeunesse éternelle. Chacun, en fonction de son âge, de ses moyens et de ses exigences trouve le moyen de s'esthétiser. On remarque par ailleurs que les femmes sont bien plus touchées que les hommes par cette injonction à ne pas paraître vieille. Ce que David Le Breton qualifie « d'obsolescence du corps féminin »³⁰. Il s'agit de l'idée selon laquelle les femmes doivent se plier à un impératif de séduction posé par la société, mais dès lors que le physique ne correspond plus à ces critères, il n'assure plus cette fonction et est alors vécu par certaines comme « une mort symbolique »³¹.

Enfin, l'un des autres faits démontrant la peur de vieillir de nos contemporains se trouve dans cette peur de finir leurs jours à l'hôpital ou dans une maison de retraite. « Tout sauf la maison de retraite » est une phrase que l'on peut régulièrement entendre prononcée par les personnes concernées et leur famille lorsque se pose la question du devenir d'un patient en SSR par exemple. Et comment ne pas les comprendre lorsque l'on voit les représentations de

27 Jack Messy, 2002, p. 11.

28 J-C. Kauffman cité par Le Breton, *op. cit.*, p. 239.

29 Cyrulnik, Ploton & al, 2014, p. 259.

30 Le Breton, *op. cit.*, p. 230.

31 *Ibid.*, p. 233.

ces lieux dans l'imaginaire collectif ? Ces endroits « sales », où l'on vivrait entouré par des personnes vieilles, malades ou mourantes, où la froideur des soignants n'aurait d'égale que celle des repas. La perte de l'autonomie est vécue comme une véritable déchéance, un retour à l'état de nourrisson, ou bien encore de « légumes » nommés tels que par certains. Ainsi, lors des récents débats sur l'euthanasie, avec l'actualité des discussions autour de la « Loi Leonetti » et la création des associations comme « Droit à mourir dans la dignité », nous pouvons entendre qu'il est préférable de mourir avant d'arriver à cet état de dépendance pour « rester digne jusqu'à la fin ». Doit-on en conclure que les personnes dépendantes ont perdu toute dignité ? Rien n'est moins sûr selon Eric Fiat, réaffirmant la dignité ontologique présente en chaque être dans son livre *Grandeur et misère des hommes : petit traité sur la dignité humaine*.

A cette peur de devenir dépendant et de vivre en maison de retraite ou à l'hôpital, la peur de développer une démence comme la maladie d'Alzheimer grandit. Dans le roman *Journal d'un corps*, Daniel Pennac met cette angoisse en évidence, non sans humour en faisant dire à l'un des protagonistes « On craignait une maladie d'Alzheimer, par bonheur ce n'était qu'une dépression ! »³². Passé un certain âge, le moindre oubli devient une source potentielle d'angoisse. Ainsi, si la maladie se déclare, cela peut être vécu par l'individu comme un échec, une sorte de culpabilité de n'avoir pas su se protéger ou fait ce qu'il fallait pour prévenir l'arrivée de la maladie.

2 Les représentations des personnes âgées dans l'art et les médias

L'étude de l'art et des médias permet d'analyser une société et sa culture. La vieillesse aura été pour certains artistes une source d'inspiration et de questionnement sur la façon de la représenter. À l'instar de Jacques Brel et sa chanson *Les vieux*, ou encore du sculpteur Auguste Rodin et sa statue *La vieille femme* [Annexe 1], nous pouvons aujourd'hui retrouver diverses représentations artistiques de cette période de la vie particulière. Ainsi, en nous penchant sur la manière dont les personnes âgées et leurs corps sont dépeints dans les médias et l'art de notre société contemporaine, nous espérons pouvoir y trouver des clés pour comprendre la manière dont la vieillesse est perçue. D'autre part, nous cherchons à comprendre si ces diverses représentations ont un impact sur la perception de soi des personnes âgées.

32 Daniel Pennac, 2012, p. 300.

Tout d'abord, penchons-nous sur leur représentation dans les médias. Même lorsque la société occidentale prend conscience de ses travers jeunistes et essaye d'y remédier, cela est souvent fait maladroitement. Ainsi, par exemple, le 24 mars 2016, le site du Huffington Post français publiait un article intitulé *A 60 ans, Yasmina Rossi est mannequin pour maillot de bain (et sublime)*³³. Le journaliste Lucas Dru y vante les mérites de ce top model sexagénaire « qui brise les préjugés et les règles du jeunisme ». Or, lorsque l'on se penche sur ces photos et sur cette modèle, on s'aperçoit alors que seules quelques ridules marquent son visage, et que son corps ressemble plus à celui d'une femme de 25 ans que de 60. Cela brise-t-il les préjugés véhiculés par le jeunisme de la société actuelle ? Bien au contraire, cela les entretient. Les journalistes et l'univers de la mode glorifient cette femme dont le mérite est d'avoir su conserver une plastique de jeune femme malgré les années qui passent. La réalité des femmes de 60 ans est généralement bien différente. Plus insidieux encore, le titre de cet article révèle la surprise de l'auteur à être confronté au corps d'une femme de 60 ans qu'il trouve « sublime ». L'idée développée implicitement serait qu'il est surprenant de voir un « beau » corps âgé. Cet article prône inconsciemment une uniformisation des corps selon un modèle unique qui correspondrait aux critères esthétiques de notre époque et notre société occidentale.

Lorsque l'on nous présente comme modèle de vieillissement des corps hors norme et jeunes, l'engouement pour la chirurgie esthétique et les crèmes anti-rides prend alors tout son sens. La confrontation de sa propre image à ces idéaux difficilement égalables contribue à la dévalorisation de sa propre image de soi. Tout grand changement corporel – comme par exemple la puberté mais aussi la décoloration des cheveux et l'apparition de rides – met à l'épreuve le réel de soi et l'image sociale idéale. Croire que ce genre de représentation n'a aucune conséquence est illusoire. Les images que nous voyons façonnent notre manière de percevoir le monde et ce que nous considérons comme normal ou non.

Pourtant, des artistes se sont évertués à représenter des corps âgés, de manière parfois très brut et crue, suscitant des réactions violentes de leurs contemporains.

On peut penser par exemple à Rodin, dont la sculpture *La vieille femme*³⁴ (aussi appelée *Celle qui fut la belle heaulmière*, ou encore par la suite *L'Hiver*) a choqué bon nombre de gens à l'époque où elle fût dévoilée au grand public, en 1889. Cette sculpture en bronze représente

33 Site d'information, mis à jour le 24 mars 2016, http://www.huffingtonpost.fr/2016/03/24/60-ans-yasmina-rossi-mannequin-maillot-photos_n_9540052.html

34 Auguste Rodin, 1887, Musée Rodin.

une vieille femme nue, assise sur un rocher. L'artiste dévoile ce corps sans concession. Il nous met face à la réalité du vieillissement, en nous confrontant à ce corps marqué par la vie. Le spectateur est contraint de regarder la réalité des effets de l'âge, alors que nous avons pour habitude de dissimuler ces corps pour éviter de choquer. Cette œuvre est par ailleurs à mettre en lien avec deux autres sculptures réalisées par ses contemporains : *Clotho*³⁵ [Annexe 2] de Camille Claudel et *La misère*³⁶ [Annexe 3] de Jules Dubois. Les trois artistes ont ainsi réalisé en même temps trois œuvres par lesquelles ils souhaitaient, en mettant en scène un personnage aux nombreuses rides, se confronter aux affres de la vieillesse. Ces œuvres témoignent d'une fascination, mais également d'un profond respect pour leur sujet. Ils cherchent à montrer le réel, faisant fi des injonctions esthétiques et des attentes de l'époque.

D'autres artistes représentent également des personnages et des corps âgés dans leur réalité, mais aussi en en faisant ressortir la beauté. Dans le film *Ensemble c'est tout*³⁷ réalisé par Claude Berri en 2007, le personnage joué par Audrey Tautou dessine un portrait nu du personnage interprété par l'actrice Françoise Bertin, âgée alors de 82 ans. Le dessin rayonne d'une forme de beauté, certes non conforme aux standards actuels, mais qui reste présente dans ce corps âgé, ridé, et marqué.

Enfin, la littérature ne se trouve pas en reste pour parler du vécu corporel de personnages âgés, ou du rapport entretenu avec ce corps vieillissant.

Dans son roman *Le portrait de Dorian Gray*, Oscar Wilde raconte la vie d'un homme dont l'aspect reste éternellement jeune, tandis que son portrait se couvre des stigmates de l'âge. Il accomplit ainsi ce fantasme de vivre sans en porter les traces sur son corps. Mais la vue de ce portrait qui s'enlaidit au fil des années lui est intolérable et lui fait perdre la raison. En essayant de tuer ce portrait, cet autre qui lui ressemble mais dans lequel il ne se reconnaît pas, il finit par se tuer lui-même. Oscar Wilde ira jusqu'à écrire « La tragédie de la vieillesse, ce n'est pas de vieillir, c'est de rester jeune »³⁸, allant à l'encontre de la pensée générale. Il tend à nous montrer la vacuité de ces désirs d'éternelle jeunesse.

Dans le roman *Journal d'un corps*, Daniel Pennac écrit le journal fictif d'un homme qui retranscrit toute sa vie ses vécus corporels. Le narrateur y fait part de ses sensations, et l'on

35 Camille Claudel, 1893, Musée Rodin.

36 Jules Dubois, 1894, Musée Rodin.

37 Claude Berry, 2007, *Ensemble c'est tout*, France, Pathé Renn Productions.

38 Oscar Wilde, 1979, p 275.

peut suivre son entrée progressive dans la vieillesse. Il nous fait part de ses prises de conscience, parfois brutales, de son corps en constant changement. « Certains changements de notre corps me font penser à ces rues qu'on arpente depuis des années. Un jour un commerce ferme, l'enseigne a disparu, le local est vide, le bail à céder, et on se demande ce qu'il y avait là auparavant »³⁹. Le vieillissement se ressent par les changements physiques du corps qui sont d'autant plus flagrants lorsqu'on se compare aux autres : « la jeune femme me laisse découvrir nos deux visages côte à côte : le sien, en face de moi, frais, jeune, épanoui, laiteux, rosé ; le mien dans le miroir, rabougri, ridé, jauni, vieux »⁴⁰. Mais le vieillissement n'est pas détaillé que dans ces modifications physiques. Le narrateur exprime sa grande angoisse de voir un jour sa mémoire défaillante devenir le signe d'une démence naissante. Daniel Pennac nous montre le vieillissement dans sa réalité, avec le déclin progressif des fonctions corporelles et de la mémoire. Mais surtout, il nous fait comprendre que malgré ces pertes, la vie relationnelle, psychique et affective se poursuit tout au long de la vie. Au fil des pages, le narrateur nous dévoile l'évolution de son image du corps, de l'enfant chétif à « la vieille carcasse »⁴¹. Ce livre qui retrace le vécu corporel du personnage de l'âge de 13 ans à 87 ans décrit avec une grande acuité les modifications corporelles d'une vie, mais aussi tous les changements de son image du corps et la manière dont la vieillesse impacte celle-ci.

3 Les représentations des personnes âgées par elles-mêmes

Après nous être intéressés aux représentations des personnes âgées par la société civile occidentale et à leurs représentations dans l'art et les médias, il nous semble important de nous poser la question suivante : quelle représentation les personnes âgées ont-elles d'elles-mêmes ? Nous nous intéressons à la manière dont cette catégorie sociale est perçue par les personnes qui la composent.

Lors de mes diverses expériences en tant que stagiaire au sein d'institutions gériatriques, il m'est arrivée d'entendre plusieurs patients ou résidents me dire « Je n'aime pas être ici, il n'y a que des vieux ! ». Ce genre de déclaration semble mettre en évidence un refus d'identification aux personnes qui les entourent, quand bien même ceux qui tenaient de tels

39 Pennac, *op. cit.*, p. 245.

40 *Ibid.*, p. 320.

41 *Ibid.*, p. 365.

propos faisaient parties des plus âgés de l'institution.

Vivre en institution peut s'avérer particulièrement difficile pour certaines personnes âgées, pour qui la cohabitation avec d'autres malades peut se révéler angoissante. Ainsi, au cours d'une discussion, Madame B. me désigne un autre patient, endormi dans un coin du salon de l'UHR, et me demande, inquiète : « Dites, vous pensez qu'un jour, moi aussi je finirai comme ça ? ».

Pendant des séances de psychomotricité, certains patients nous confient, en constatant leurs difficultés motrices : « Ah, c'est vraiment pas beau de vieillir ! », ou encore : « Il faudrait pas vieillir, tout serait mieux ».

Dans son ouvrage *La Personne âgée n'existe pas*, Jack Messy fait état d'une patiente octogénaire qui lui disait : « Bien sûr, je sais que je suis vieille, on me le fait assez savoir, mais moi, voyez-vous, je ne me sens pas vieille ! »⁴².

D'autre part, en interrogeant des personnes de plus de 60 ans et leur posant la question « Pour vous, qu'est-ce qu'être vieux ? », les interviewés tendent à s'exclure de cette catégorie sociale. Plusieurs me répondent : « être vieux, c'est dans la tête ». Madame C., âgée de 75 ans, ira jusqu'à dire : « je ne suis pas vieille, je suis juste jeune depuis plus longtemps ! ».

Au vu de ces différentes vignettes, que peut-on conclure sur la manière dont les personnes âgées se représentent cette catégorie sociale ? D'une part, nous avons vu qu'il est difficile pour beaucoup de se définir comme appartenant à ce groupe. Cette identification est d'autant plus compliquée lorsque l'on côtoie des personnes âgées malades ou dépendantes. D'autre part, le terme « vieux » est porteur d'une connotation négative. Quand on voit la manière dont la société a tendance à dépeindre les personnes âgées, on peut comprendre ce refus de se définir comme appartenant à ce groupe. Comme le dit si bien Jean-Jacques Amyot, « La représentation de la vieillesse est tellement négative que les personnes âgées refusent de s'y identifier »⁴³. On peut également comprendre ce refus de s'inclure parmi les vieux dans le sens où l'Homme ne se sent pas vieillir au quotidien. En s'observant dans un miroir, l'individu se voit semblable à la veille. Jack Messy explique ceci par le fait que « le vieillissement concerne seulement le vieux, et comme de toute façon le vieux... c'est l'autre ! Nous sommes hors des menaces du temps »⁴⁴.

42 Messy, *op. cit.*, p. 38.

43 Amyot, *op. cit.*, p. 31.

44 Messy, *op. cit.*, p. 23.

4 Les conséquences des représentations sociétales sur l'image de soi des personnes âgées

Nous avons donc constaté que dans la société occidentale actuelle, les personnes âgées avaient un statut dévalorisé. Les médias et l'art peuvent tout à la fois être porteurs de stéréotypes jeunistes et stigmatisant les personnes âgées, ou tout au contraire chercher à les représenter dans leur réalité, sans ménager le spectateur. Enfin, on remarque que les personnes âgées elles-mêmes ont du mal à se définir comme appartenant à cette catégorie socio-culturelle et en ont elles aussi une image assez négative. Après ce constat, quelles sont les conséquences sur les individus de telles représentations ? Ont-elles un impact sur l'image de soi des personnes âgées hospitalisées ?

Tout d'abord, penchons-nous à nouveau sur le rôle joué par la société occidentale, et la manière dont nous représentons les personnes âgées dans l'art et les médias. Nous l'avons vu, notre culture érige comme valeur indétronable l'esthétique basée sur des critères uniformisés. Les magazines et médias véhiculent des images qui viennent impacter nos représentations de la vieillesse. Or, les personnes âgées que l'on rencontre dans les hôpitaux n'ont pas évolué avec ces images et ces injonctions. L'essor de ce modèle est somme toute relativement récent. Aussi, l'on remarque que les critères de beauté véhiculés dans les années cinquante étaient bien différents de ceux actuels. On peut s'interroger sur le réel impact des images d'une vieillesse idéalisée sur les personnes de plus de 70 ans. Pourtant, il semble intéressant de se demander si ces images n'auront pas un impact sur les futures générations qui se seront, elles, construites avec des représentations idéalisées du vieillissement du corps.

D'autre part, on peut se questionner sur les conséquences de l'âgisme et la manière dont celui-ci peut être vécu. La mise à distance de la société et le phénomène de désintégration sociale que certaines personnes âgées expérimentent peut provoquer divers troubles, comme des dépressions. Cette affection psychiatrique est rencontrée de plus en plus fréquemment dans les hôpitaux gériatriques.

Enfin, comment comprendre ce refus de se reconnaître dans cette classe socio-culturelle constituée par « les vieux » ? Même si cela n'est pas clairement énoncé, le contact des personnes âgées vient nous rappeler que le seul moyen que nous ayons trouvé pour vivre longtemps est de vieillir.

Peut-être que ce problème d'identification vient de l'envie de vouloir définir une catégorie trop vaste et disparate pour l'être. Si on ne se reconnaît pas en l'autre, il est alors difficile de se dire comme appartenant au même ensemble. D'autant plus qu'il existe différentes manières de vivre et concevoir le vieillissement. Il est toujours plus aisé aujourd'hui de faire état d'une classe générale (la jeunesse, les chômeurs, les français, les retraités, etc...). Le risque est de finir par oublier les réalités et différences individuelles. En ce sens, nous pouvons rejoindre Jack Messy lorsqu'il affirme que la personne âgée n'existe pas, titre provocateur de son livre. Dans ce dernier, l'auteur réaffirme la difficulté de définir « la personne âgée », par tous les facteurs que nous avons évoqués précédemment (subjectivité de chacun, importance de la culture, etc...), et nous incite à sortir des images stéréotypées auxquelles nous adhérons parfois sans en avoir conscience.

L'imaginaire collectif a créé une image concept de la personne âgée, formant une sorte d'image du corps collectif modelée par les représentations sociales. Le décalage entre son image propre et cette image collective pourrait expliquer la difficulté des personnes âgées à se dire comme appartenant à cette catégorie socio-culturelle. Lors d'un travail en psychomotricité avec des personnes âgées dont l'estime de soi et l'image du corps semblent très dévalorisées, il est nécessaire de tenir compte de ces représentations. Les personnes âgées doivent être considérées dans leur pluralité et leurs différences individuelles.

Nous concluons cette partie en citant Louis Ploton qui disait « Ce n'est pas la vieillesse qui est le plus difficile à supporter pour les intéressés, mais la représentation qu'en ont les plus jeunes »⁴⁵.

45 Louis Ploton, 2014, p. 277.

B. Le rôle de l'environnement

La vision relativement négative que la société a de la vieillesse se répercute sur la façon dont nos aînés se perçoivent, et sur la manière dont ils appréhendent le vieillissement. La plupart des auteurs représentent la société comme la première sphère dans laquelle nous évoluons. Une seconde sphère, plus proche de l'individu, est constituée par le cadre de vie. Enfin, une troisième sphère est constituée par la famille de la personne. Au cours des dernières décennies, plusieurs études ont été menées pour comprendre l'impact de l'hospitalisation, en comparaison avec le maintien à domicile. Notons toutefois que ce maintien de la personne à domicile peut être source de débat. Pascal Champvert réaffirmait dans l'émission *Un Jour en France* du vendredi 8 avril 2016 qu'il fallait sortir de cette idée du « paradis du domicile et enfer de la maison de retraite »⁴⁶. Toutefois, il nous faut garder à l'esprit que l'hospitalisation vient tout de même marquer une rupture dans le quotidien du patient. Pour certains d'entre eux, ce passage à la vie à l'hôpital est la conséquence d'une perte d'autonomie. Ce moment symbolise l'entrée dans la dépendance aux autres. Le lien avec la famille et les proches s'en trouve également affecté. Les conséquences de la maladie sur un parent ou un proche sont parfois difficiles à gérer. Au regard de ces brusques changements d'environnement, de l'entrée dans la dépendance et de la modification du regard porté par l'entourage, nous chercherons à comprendre si et comment tous ces facteurs atteignent l'image de soi de ces personnes âgées hospitalisées.

1 Hospitalisation ou maintien à domicile

Avec l'avancée en âge, la question de l'institutionnalisation des sujets âgés se pose, et ce d'autant plus lorsqu'il est atteint par une pathologie. Prenons pour commencer l'exemple de la démence. Avec l'évolution de la maladie, les actes de la vie quotidienne deviennent de plus en plus difficiles à réaliser. Pour pallier à cela, plusieurs solutions existent. Dans un premier temps, le maintien au domicile est favorisé grâce à la mise en place d'aides à la personne, ou grâce à la présence d'aidants. Ces derniers peuvent être les conjoints ou d'autres membres de la

⁴⁶ Pascal Champvert invité par Bruno Duvic, 08/04/2016, Maisons de retraite, quand vient le moment du choix, *Un jour en France*, France Inter.

famille de la personne malade (enfant, famille, etc...). Aujourd'hui, il existe de nombreuses structures et associations qui proposent de l'aide aux aidants, en les accompagnant dans les différentes démarches et leur permettant de mieux comprendre et appréhender l'évolution de la maladie. Ces aides proposent également des séjours de répit afin de permettre aux aidants de se reposer de ce travail quotidien, pouvant mener à l'épuisement.

Le plan gouvernemental Alzheimer de 2008 a par ailleurs permis la création de nombreuses Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA) qui permettent aux professionnels de santé d'intervenir directement au domicile des patients. Ces équipes sont constituées par « un psychomotricien ou un ergothérapeute, des assistants de soins en gérontologie, un infirmier coordinateur »⁴⁷. Leur but est de stimuler et accompagner les personnes à un stade léger ou modéré de la maladie d'Alzheimer. Elles accompagnent également leur entourage.

Mais au bout d'un certain temps, ces aides se trouvent limitées à cause de l'aggravation des troubles. L'hospitalisation, l'entrée en maison de retraite médicalisée ou en EHPAD se trouvent être les seules solutions.

En ce qui concerne les patients qui se font hospitaliser après un accident, ou une chute, l'hospitalisation est d'autant plus brutale et difficile à vivre qu'elle n'était pas prévue et n'a donc pas pu être anticipée par le patient et son entourage.

Si le maintien au domicile le plus longtemps possible est aujourd'hui privilégié, cela a comme effet secondaire de continuer à diaboliser l'entrée en institution.

Quelle qu'en soit la raison, l'entrée à l'hôpital marque une rupture avec le quotidien du sujet. Il se retrouve à vivre dans un lieu qu'il ne connaît pas, entouré d'inconnus, et doit s'adapter à un mode de vie institutionnalisé. Lorsque ce changement de cadre de vie n'est pas choisi par le patient (et c'est rarement le cas), la période d'adaptation peut s'avérer compliquée. Notons tout de même que l'entrée en maison de retraite peut être choisie par certaines personnes qui en ressentent le besoin, et est alors bien mieux vécue que lorsque celle-ci est imposée par les proches ou une nécessité médicale.

La prise en charge en psychomotricité peut participer à la bonne adaptation et l'intégration du patient au sein de l'institution. D'autant plus que cette hospitalisation marque souvent l'entrée du sujet dans un état de dépendance, passage souvent difficile à vivre pour tous.

⁴⁷ Site officiel de l'association France Alzheimer, mis à jour le 15/01/2015, <http://www.francealzheimer.org/les-aides-et-droits/les-aides-humaines/405>

2 L'hospitalisation et la dépendance

La vie à l'hôpital représente le signe de la dépendance à un autre pour subvenir à ses besoins vitaux. Il est parfois difficile de recueillir les témoignages du vécu des personnes âgées hospitalisées. Mais il existe des écrits dans lesquels des personnes ayant été dans cette situation de dépendance décrivent leur ressenti après être sorties de l'hôpital. Ainsi, le slameur Grand Corps Malade, de son vrai nom Fabien Marsaud, a publié le livre *Patient* dans lequel il raconte sa vie à l'hôpital dans un service de rééducation, après s'être retrouvé tétraplégique à 19 ans suite à un accident. Il y écrit : « Je découvre les joies de l'autonomie zéro, de l'entière dépendance aux humains qui m'entourent et que je ne connaissais pas hier »⁴⁸. L'auteur exprime à travers cet ouvrage la souffrance ressentie face à cette situation où tout lui échappe, où il a besoin de l'autre dans chaque domaine de sa vie, pour le faire manger, le laver, le changer de position, jusqu'à l'accompagner pour faire ses besoins. Mais il y décrit aussi tout l'aspect relationnel de ce quotidien à l'hôpital, avec les soignants et les autres patients. Ce livre autobiographique nous permet de comprendre dans une certaine mesure les réalités de ce quotidien que nous ne voyons pas toujours en tant que soignant.

Les patients âgés ayant conservé de bonnes capacités de communication verbales expriment eux aussi fort bien ce sentiment de blessure narcissique causé par la dépendance. Mais ils expriment également leur difficulté à vivre dans un lieu semi clos d'où l'on ne peut sortir que sous la condition d'être accompagné par un soignant ou un proche en visite. Dans leur ouvrage *Penser autrement le vieillissement*, Martial Van der Linden et Anne-Claude Juillerat Van der Linden retranscrivent les paroles d'une patiente atteinte d'une démence et vivant dans une institution en Norvège. Elle décrit son environnement comme étant « une prison sans barreaux »⁴⁹ et un « monde de silence »⁵⁰. De même, Madame D., vivant au sein de l'UHR, me dira, le regard triste : « Ici, on ne peut pas sortir... ». L'hospitalisation est vécue comme un enfermement, une réclusion hors de la société, une rupture avec le quotidien et les habitudes du sujet.

La dépendance et l'hospitalisation peuvent donc provoquer chez certains individus une blessure narcissique, surtout en cas d'anosognosie, c'est à dire lorsqu'ils n'ont pas conscience de leurs troubles. On peut alors observer, à l'instar de Madame S., un désinvestissement

48 Grand Corps Malade, 2012, p. 21.

49 Martial Van der Linden et Anne-Claude Juillerat Van der Linden, 2014, p. 171.

50 *Ibid.*

corporel pour ne plus songer à ce corps qui l'aliène, ou encore un rejet plus ou moins violent des soins vécus comme intrusifs. Ils le sont d'autant plus si le patient ignore la raison pour laquelle ces soins ont lieu.

Mais les patients ne sont pas les seuls à être concernés par cette hospitalisation. Les familles et les proches se trouvent également touchés par cette séparation. Leurs réactions impactent directement la personne hospitalisée. Il semble donc pertinent de se demander quelles peuvent être les réactions des proches, et de quelle manière elles influent sur l'image de soi des patients hospitalisés.

3 Les familles des patients

Au cours d'échanges avec les familles de personnes démentes à un stade sévère, il n'est pas rare qu'elles nous en parlent au passé. Elles décrivent « la personne que le patient était », ce qu'il aimait faire, ses centres d'intérêt, son caractère, etc... Nous pouvons ainsi penser à l'histoire de Madame L., une patiente de l'UHR hospitalisée à cause d'une démence à un stade sévère. Elle présente de grandes difficultés à se faire comprendre verbalement. Nous profitons d'une visite de sa fille, pour échanger avec elles deux. En présence de Madame L., la fille nous parlera de sa mère au passé et à la troisième personne. Le comportement de cette fille constitue très certainement un mécanisme de défense face à sa mère qu'elle ne reconnaît plus. Malgré tout, ces mots ne sont pas sans conséquence. Dans l'ouvrage collectif *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* écrit sous la direction de Michel Personne, Christine Maintier évoque la nécessité du regard de l'autre pour conserver son identité, ébranlée par la maladie. « Les regards, les attitudes de l'autre vont être autant de moyens d'étayage de la pensée et du moi défaillants de la personne malade »⁵¹. A l'inverse, lorsque ces attitudes ne sont plus soutenantes, on peut alors supposer que l'identité du sujet n'est plus étayée suffisamment pour continuer à se construire, se maintenir.

Lorsque la famille n'est pas familiarisée avec le handicap, la vision de son proche handicapé peut être choquante. Il est alors compréhensible de voir des familles chercher à se protéger de cette vision. Grand Corps Malade écrit « Pour ceux qui n'ont pas l'habitude de le

51 Christine Maintier, 2011, p. 42.

côtoyer, le statut d'handicapé (surtout en fauteuil roulant) est tellement marquant (effrayant, dérangent) qu'il masque complètement l'être humain qui existe derrière »⁵². Voir un proche dépérir ramène les membres de son entourage à leur propre finitude, d'autant plus pour les sujets d'un certain âge qui, voyant leurs amis ou conjoint les quitter, ne peuvent s'empêcher de se demander « Serai-je le prochain ? Vais-je finir ainsi ? ».

Ainsi, nous nous retrouvons, en tant que professionnels, confrontés à des familles qui refusent de visiter leurs parents pour « garder l'image qu'ils avaient d'eux », ou encore « conserver cette image pleine de vie ». Est-ce nier l'évolution de la réalité de leur proche ? Ou bien est-ce le signe d'une culpabilité de ne pas pouvoir s'en occuper soi-même ? Nous pouvons comprendre le choix de refuser de visiter son parent comme une manière de se protéger de la vision de ce proche amoindri. Toutefois, nous ne pouvons ignorer les conséquences néfastes sur l'image de soi des patients concernés. « Je ne suis plus digne qu'on me rende visite », « Je les effraye », etc... Voilà comment cette absence de visite peut être vécue.

A l'inverse, d'autres personnes font preuve d'un dévouement hors du commun envers leur proche hospitalisé. C'est ainsi que l'on peut voir des conjoints rendre des visites quasi-quotidiennes à leur femme ou leur mari, parfois au risque de s'oublier eux-même et d'en arriver à l'épuisement.

4 Les répercussions sur l'image de soi des personnes âgées hospitalisées

Quitter le domicile dans lequel certains patients ont habité toute leur vie pour rentrer à l'hôpital ou en maison de retraite n'est pas chose facile. D'autant plus lorsque cela se réalise de manière brutale. Il nous faut prendre en compte les conséquences de ce changement qui marque souvent l'entrée dans la dépendance à autrui. Enfin, nous l'avons vu, les proches et les familles des patients ne réagissent pas toujours de la même façon face à la maladie de la personne hospitalisée. Nous pouvons donc étudier la manière dont ces différents facteurs impactent l'image de soi des personnes âgées hospitalisées.

Dans un premier temps, penchons-nous sur les conséquences directes de l'hospitalisation. Elle vient ébranler l'identité du sujet, changeant radicalement ses habitudes, son cadre de vie et son entourage. Le patient ne peut plus se référer à ses habitudes. Il doit suivre un rythme imposé par un autre, par l'institution. L'hospitalisation est souvent vécue sous

52 Grand Corps Malade, *op. cit.*, p. 67.

le signe de la contrainte. D'une part, parce que le patient ne choisit pas d'être hospitalisé, mais aussi parce que tout lui est imposé. Il lui faut s'adapter. Cette rupture avec le quotidien vient ébranler l'ensemble des repères autour desquels le patient s'était construit. Ne pouvant plus se raccrocher à ses propres repères, le patient doit changer ses habitudes. L'hospitalisation favorise un ébranlement, voire une perte identitaire.

D'autre part, comme nous l'avons vu, le lien avec les proches se trouve également ébranlé lors d'une hospitalisation. Que cela passe par un refus de rendre visite au malade ou par la manière dont on parle de lui en sa présence, les comportements adoptés par les proches ont des conséquences. La relation entre le patient et sa famille s'en trouve modifiée, ou peut même se retrouver complètement coupée. Or, la relation à l'autre est essentielle à l'étayage de l'image de soi et à sa construction. Ainsi, la modification des rapports sociaux vient impacter l'image que les patients ont d'eux-mêmes.

Il semble pourtant pertinent de s'appuyer sur ces différents facteurs environnementaux afin de permettre aux patients de conserver ou de retrouver une image valorisée d'eux-mêmes. Des aménagements simples existent déjà dans certaines structures. Par exemple, les heures de repas et de coucher sont libres (dans une fourchette proposée), permettant aux résidents de conserver leur rythme personnel. Dans quelques maisons de retraites, on favorise l'intégration des nouveaux résidents en leur permettant d'intégrer progressivement la structure (en commençant par venir prendre les repas par exemple, ou en participant aux activités proposées).

Il en va de même concernant le lien avec les proches du patient. S'il sont présents, nous pouvons en tant que psychomotriciens tout à fait envisager de travailler en lien avec eux, leur permettant ainsi de mieux comprendre la maladie de leur proche et trouver un nouveau moyen d'entrer en relation. De nombreux hôpitaux proposent par ailleurs des consultations psychologiques aux familles des patients. Bien accompagnés, les proches peuvent être un soutien thérapeutique dans la prise en charge du patient, et avoir un impact positif sur son image de soi.

Ainsi, l'hospitalisation et les changements qu'elle engendre dans les relations du patient avec ses proches semblent au premier abord avoir un impact négatif sur la construction de l'identité des personnes âgées et sur leur image de soi. Mais nous pouvons aussi nous appuyer sur l'entourage afin de faciliter la transition du domicile à l'hôpital. C'est un véritable travail de deuil des anciennes capacités, relations et habitudes de vie qui doit s'opérer et que nous devons accompagner en tant que professionnel. Cet accompagnement se fait avec le devoir de valoriser les capacités restantes, et de favoriser l'émergence de nouvelles relations et habitudes de vie.

C . Le rôle des soignants

Après nous être penchés sur le rôle de l'environnement et des proches des patients, nous ne pouvons pas passer à côté des personnes travaillant auprès d'eux jour après jour : les soignants. Travailler auprès de personnes âgées malades n'est pas valorisé. Aussi, le secteur gériatrique demeure peu attractif pour beaucoup de professionnels du soin, y compris les médecins, et conserve une image très négative dans notre société. Il est curieux de constater qu'en évoquant notre travail auprès de personnes âgées, les réactions soient souvent mêlées de surprise et d'incompréhension. « Pourquoi ce choix ? » « Je n'aurais jamais imaginé faire ça » ou encore « Il faut bien que quelqu'un s'en occupe » sont autant de phrases que j'ai pu entendre en évoquant mes lieux de stages auprès de personnes âgées. Les professionnels en secteur gériatrique sont des bêtes curieuses pour ces regards extérieurs qui se demandent bien ce que nous pouvons y trouver. Jean-Jacques Amyot écrit ainsi : « Sous-jacente à ces questions, transparaît chez nos interlocuteurs, dans une trouble suspicion, l'idée que nous avons des problèmes avec la vieillesse ou que nous sommes des originaux, des fantaisistes... »⁵³. Le milieu gériatrique souffre d'autant plus de cette mauvaise réputation que, historiquement, l'orientation vers ce secteur se faisait davantage par défaut que par vocation, comme le décrit Christian Heslon dans son livre *Accompagner le grand âge*.

Lorsque nous travaillons avec des personnes âgées, nous sommes quotidiennement confrontés à des personnes en souffrance, mais surtout à la vision de corps habituellement dissimulés par les murs des institutions. Que nous en ayons conscience ou non, ces images nous renvoient des représentations fortes, d'ordre émotionnel ou fantasmagorique. Nous nous rendons compte que le regard porté sur les patients et l'image que nous leur renvoyons d'eux-mêmes s'en trouvent également modifiés. D'autre part, nous pouvons nous questionner sur les réactions provoquées par ces représentations chez les soignants. Enfin, nous chercherons à comprendre comment tout ceci vient impacter le patient dans la représentation qu'il a de lui-même.

53 Amyot, *op. cit.*, p 352-353.

1 Les conséquences psychiques du travail en gériatrie

Lorsque l'on travaille auprès de personnes âgées, on ne peut échapper à un processus identificatoire, plus ou moins marqué selon la sensibilité de chacun. Bien que cette identification puisse se produire avec toutes les populations de patients auprès desquelles nous serons amenés à travailler en tant que psychomotricien, celle-ci est d'autant plus forte auprès des personnes âgées que nous sommes tous amenés à tendre vers la vieillesse. En voyant ces personnes vieillissantes et ces corps marqués, une part de nous se demande toujours « Vais-je devenir ainsi ? ». En effet, contrairement à d'autres secteurs, comme la psychiatrie ou le polyhandicap, nous ne pouvons pas nous protéger derrière cette fausse croyance qui nous fait espérer que « cela n'arrive qu'aux autres ». Jusqu'à preuve du contraire, vieillir est encore le meilleur moyen que l'on ait trouvé pour vivre longtemps, selon l'adage populaire.

Parfois, cette identification ne concerne pas notre propre personne, mais l'on peut projeter sur ce patient l'un de nos proches, parent, grand parent, etc... D'autant plus qu'actuellement, le nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer est si important qu'il est probable de connaître une personne de son entourage atteint par cette pathologie. On pourrait alors parler de relation contre-transférentielle avec ce patient. Pour Catherine Potel, « la notion de contre-transfert – empruntée, je le rappelle, à la théorie psychanalytique – est ce qui est ressenti profondément par le thérapeute en présence de son patient, qui peut faire l'objet d'une élaboration après coup grâce à laquelle ce qui a été perçu remonte au niveau de la conscience »⁵⁴.

Ce processus d'identification n'arrive pas toujours à la conscience, auquel cas il est difficile de mettre des mots sur ce que le contact et la vue des patients nous procure. Ainsi, lors de mes premiers jours de stage auprès de personnes âgées en EHPAD, je me suis surprise à mettre une forte distance entre les patients et moi-même. Je ne comprenais pas d'où provenait cette difficulté à entrer en relation avec eux. J'ai fini par comprendre que c'était cette identification qui m'effrayait et qui me faisait instaurer cette grande distance relationnelle. Lors de ces premiers jours, je n'avais pas encore pu la formuler. Le travail au contact de personnes âgées vient nous rappeler que nous ne sommes pas éternels, que notre jeunesse ne durera qu'un temps. Bien que nous sachions tous que notre vie aura un terme, nous vivons comme si cela n'arriverait jamais. Et nous nous y confrontons frontalement en travaillant en

54 Catherine Potel, 2015, p. 36-37.

gériatrie.

Enfin, nous remarquerons que l'identification ne se produit pas uniquement envers le patient, mais également par rapport à la famille et l'entourage de ce dernier. Ainsi, nous pouvons en tant que membre de l'équipe soignante nous reconnaître en l'un des proches du patient avec qui nous travaillons. Cela peut être dû à une proximité en âge, en caractère, dans la relation par rapport au malade, ou encore à l'évocation d'un vécu similaire.

L'identification n'est pas le seul processus qui s'opère lors d'un travail au contact de personnes âgées. Dans l'ouvrage *Soins palliatifs et psychomotricité*, Marc Guiose et Odile Gaucher-Hamoudi développent la notion de « contamination psychique ». Pour expliquer ce concept, les auteurs donnent l'exemple de ce jeune soignant (nommé M. dans le texte) en service de soins palliatifs qui se plaint de douleurs au dos : « Évidemment, M. pense que ça ne peut pas être un simple lumbago, il y a sûrement un cancer là-dessous, nous sommes tous comme ça, dès que l'on est souffrant c'est tout de suite l'idée du cancer qui vient en premier »⁵⁵.

Il s'agirait donc de la peur « d'attraper » la maladie des patients dont on s'occupe. De nombreux étudiants dans le milieu médical font régulièrement l'expérience de se retrouver dans la plupart des critères diagnostiques d'une pathologie récemment étudiée. Si un symptôme apparaît et ressemble à celui développé par un patient, alors nous sommes sûrs que c'est de cela dont nous sommes atteints. La crainte de voir une démence se déclarer nous fait douter de chaque légère difficulté mnésique, chez soi ou chez une personne de son entourage. La peur de voir un proche devenir comme l'un de ces patients, ou de soi-même devenir l'un d'eux grandit lorsqu'on les côtoie au quotidien. Le rapport avec les familles vient nous rappeler que ces personnes que nous soignons n'ont pas toujours été ainsi, qu'elles étaient « comme nous ». Ainsi, Yves Kagan et Jérôme Pellerin posent la question suivante dans l'ouvrage collectif *Résilience et personnes âgées* « Mais le vieillard, cet autre, n'est-il pas d'autant plus menaçant qu'il est aussi notre semblable ? »⁵⁶. Nous vivons le contact des personnes âgées comme une menace car l'image que notre société véhicule de la vieillesse reste très négative. Comme nous l'avons déjà vu, nous avons-nous-mêmes peur de faire partie des « gens âgés ». Mais alors, comment prendre soin de quelqu'un lorsqu'on a peur de devenir comme lui ? Nous essayerons d'y répondre au cours des prochains chapitres.

55 Odile Gaucher-Hamoudi et Marc Guiose, 2007, p. 83.

56 Yves Kagan et Jérôme Pellerin, 2014, p. 259.

2 Les mécanismes de défense des soignants

Nous pouvons maintenant nous interroger sur les effets de ce processus d'identification et ce contre-transfert lorsqu'il s'opère. Comme nous l'avons vu, ceux-ci peuvent être conscientisés, ou au contraire être présents de manière insidieuse. Face à cela, nous pouvons observer différentes réactions chez les soignants, dont les psychomotriciens, pour lutter contre ces phénomènes.

Dans un premier temps, nous pouvons observer une mise à distance des patients par les soignants. Elle peut prendre différentes formes concrètes. Par exemple, cela peut s'observer lors des pauses dans les salles de repos. On y trouve deux types de vaisselle : l'une pour l'équipe soignante, l'autre pour les patients. Un médecin gériatre me racontait faire régulièrement l'expérience de prendre un verre dans le placard de la vaisselle réservée aux patients, et déclencher alors l'affolement des infirmiers présents. Face à ces réactions démesurées, nous pouvons nous questionner sur l'intérêt réel d'un tel clivage.

Lorsque la mise à distance du patient devient trop ancrée, le risque de déshumaniser et de réifier la personne devient de plus en plus grand. Si l'on ne le considère plus comme un être humain, le glissement vers un comportement maltraitant peut s'opérer sans solliciter de questionnements moraux, ou en les occultant. Dernièrement, nous avons pu voir fleurir aux informations des cas de maltraitance en maison de retraite, comme ces trois jeunes stagiaires qui avaient filmé des patients dans des situations humiliantes et avaient diffusé les vidéos sur les réseaux sociaux⁵⁷.

Le sujet de la maltraitance sur des personnes âgées a engendré de nombreux débats depuis plusieurs dizaines d'années. Déjà, en 1970, Simone de Beauvoir tentait d'éveiller les consciences en publiant son essai *La vieillesse*. Elle y dénonçait le rejet, la mise à l'écart des anciens de la société, mais aussi la maltraitance des politiques sociales de l'époque. Pour Jean-Jacques Amyot, la difficulté à définir la maltraitance vient du fait que « non seulement chaque société, chaque groupe, chaque individu définit subjectivement le seuil à partir duquel le sentiment de maltraitance apparaît, mais ce seuil est susceptible de fluctuer en fonction des moments et des événements »⁵⁸. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en donne une

57 Site d'information du journal Le Monde, mis à jour le 25/01/2016, http://www.lemonde.fr/societe/article/2016/01/25/trois-lyceennes-mises-en-examen-pour-maltraitance-dans-un-ehpad_4852848_3224.html?xtmc=maltraitance_personnes_agees&xtcr=1

58 Amyot, *op. cit.*, p. 309.

définition en 2002 dans son *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Elle concerne donc « tout acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toutes relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personnes âgée »⁵⁹. Mais fort heureusement, les institutions sont aujourd'hui de plus en plus sensibilisées à cette problématique et il existe de nombreuses formations organisées pour les soignants sur ce sujet. Dans de nombreux services des chartes de bientraitance ont même été établies.

3 La relation soignants-soignés

Après avoir étudié les conséquences du travail en gériatrie et les réactions souvent inconscientes que cela engendrait, nous pouvons nous demander de quelle manière les patients vivent ce lien particulier avec les soignants, et si cette relation peut impacter dans un sens ou dans l'autre leur image de soi.

Tout d'abord, parlons de cette relation singulière qui s'établit entre les soignants et les personnes hospitalisées. Grand Corps Malade décrit fort bien ce lien dans son autobiographie *Patient*. En parlant des soignants, il dit : « Ce ne sont pas nos conjoints, ce n'est pas notre famille, ce ne sont pas nos amis, on ne les a pas choisis mais ils nous sont indispensables »⁶⁰.

Penchons-nous sur la mise à distance que nous évoquions précédemment. D'une part, elle peut être vécu comme déshumanisante et avoir des effets désastreux sur le patient. Eric Fiat écrit ainsi « Suis-je ce corps exposé, examiné, décomposé au gré des spécialisations médicales, objet d'investigations gênantes, voire humiliantes ? »⁶¹. Il finira par faire pousser à un malade fictif ce cri d'appel aux soignants : « Vous me *connaissez*⁶² comme simple agrégat d'organes plus ou moins abîmé, *reconnaissez-moi* comme personne ! »⁶³. L'auteur exprime le besoin de chacun à être reconnu par ses pairs en tant qu'individu. En instaurant une trop grande distance relationnelle entre soi et le patient, nous risquons d'une part de le réifier, mais aussi de lui faire perdre sa capacité à continuer de construire son identité grâce au miroir constitué par le regard de l'autre.

59 OMS cité par Amyot, 2008, p. 311.

60 Grand Corps Malade, *op. cit.*, p. 55-56.

61 Eric Fiat, 2010, p. 194.

62 Les mots en italique sont soulignés dans le texte.

63 Fiat, *op. cit.*, p. 194.

Toutefois, n'oublions pas que la distance relationnelle posée par les soignants est nécessaire à la prise en soin. Ne pas investir émotionnellement la relation permet de rendre bien plus tolérable des actes comme la toilette. C'est d'ailleurs le cas pour Grand Corps Malade pour qui « Ce qui rend la situation à peu près acceptable, c'est le caractère professionnel d'Ernest⁶⁴. Je sens qu'il exécute chaque mouvement de façon automatique, qu'il n'y a aucun affect dans son attitude »⁶⁵. Ce comportement professionnel et cette attitude, ni négative ni positive, ont un rôle rassurant pour l'auteur.

Mais le besoin exprimé par chacun se résume à être considéré comme un être humain avec une identité propre et non comme un malade à soigner. En psychomotricité, nous ne nous focalisons pas uniquement sur l'organisme et le corps fonctionnel, ni seulement sur la vie psychique du patient, nous cherchons à le prendre en soin dans sa globalité d'être bio-psycho-social.

N'oublions pas que les psychomotriciens, en tant que membres de l'équipe soignante, sont également soumis aux différents mécanismes décrits précédemment. D'autant plus que notre fonction nous fait travailler directement avec le corps du patient. Nous sommes bien entendu moins exposés que les aides-soignants qui ont pour rôle d'assurer la toilette des patients, et sont au plus proche de leur intimité. Mais il est nécessaire de pouvoir mettre des mots sur nos éprouvés et nos ressentis provoqués par le travail en gériatrie, afin de pouvoir prendre en soin au mieux le patient avec qui nous travaillons.

Notons enfin que malgré le portrait sombre établi précédemment, le lien entre soignants-soignés peut être plus positif. Certains patients trouvent dans l'équipe de professionnels des interlocuteurs avec qui échanger, un moyen de sortir de l'isolement dans lequel ils pouvaient se retrouver à domicile. Aussi, du côté des soignants, nombreux sont ceux qui ont conscience que parler de manière positive et encourager la personne dont ils s'occupent, permettra d'améliorer la prise en charge et favorisera la revalorisation de l'image de soi du patient. L'apparition de nombreuses méthodes et courants de pratiques, comme *L'Humanitude* tel que l'ont popularisé Yves Gineste et Rosette Marescotti au cours des dernières années démontre une volonté d'améliorer les soins et la relation soignant-soigné.

64 Il s'agit de l'aide soignant responsable de sa toilette.

65 Grand Corps Malade, *op. cit.*, p. 21.

Partie III

Le rôle du psychomotricien face à cette problématique

Nous constatons que de nombreuses personnes âgées hospitalisées ont une image d'eux-mêmes fortement dévalorisée. Les conséquences de cette mauvaise représentation sont nombreuses. Elle peut être le symptôme d'une dépression de l'individu, entraîner un ralentissement psychomoteur ou encore provoquer un désinvestissement corporel. La problématique de l'image de soi est donc éminemment psychomotrice. Ainsi, une prise en charge en psychomotricité pourrait avoir comme objectif de revaloriser ou de préserver l'image que le patient a de lui-même. Nous nous demanderons comment le psychomotricien peut travailler autour de cette problématique de l'image de soi.

Au cours des précédentes parties de ce mémoire, nous avons étudié les différents facteurs touchant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées. Nous avons vu l'importance de l'histoire de vie du sujet, mais aussi celle du maintien identitaire et l'impact de la maladie sur l'image du corps du patient. Nous nous sommes rendu compte du rôle de la société dans la représentation des personnes âgées, mais aussi de l'importance de l'environnement de l'individu, constitué par le cadre de vie, les familles, les proches, et par les soignants. En partant de ces différents éléments, nous pouvons chercher à comprendre par quels moyens le psychomotricien peut agir. Au cours de cette partie, plusieurs exemples cliniques viendront étayer cette réflexion.

A. Travailler autour de l'identité

Lors de notre première partie, nous avons vu que l'annonce de la maladie et son évolution pouvaient provoquer chez certains patients un bouleversement identitaire, à l'instar de Madame G. pour qui les conséquences de la maladie étaient intolérable. De plus, l'avancée dans la démence atteint de plus en plus le sujet dans la construction permanente de son identité. Pierre-Marie Charazac démontre les liens entre l'identité et l'image du corps dans son article *Point de vue psychanalytique sur la perte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer*. Lorsque la maladie atteint un stade avancé, l'auteur décrit une « perte du sentiment de soi »⁶⁶. A ce moment-là, le patient a de grandes difficultés à se représenter son corps, mais l'on observe également une difficulté à investir son corps comme étant le sien. Le travail par des médiations corporelles constitue alors un premier lien entre ces notions d'identité et de représentation de soi. Il n'est pas rare de voir des personnes démentes à un stade avancé ne plus se reconnaître en se regardant dans le miroir. En un sens, ne plus reconnaître son reflet, c'est ne plus savoir qui l'on est.

L'identité et l'image de soi sont deux notions intimement liées. Pour éviter le phénomène de perte identitaire entraînant une dévalorisation de l'image de soi, nous pouvons au cours de séances de psychomotricité nous appuyer sur les souvenirs, les émotions, les habitudes des patients afin de créer un lien entre la vie antérieure à l'entrée à l'hôpital et la nouvelle réalité institutionnelle. Mais surtout, nous pouvons travailler avec le corps réel du patient, lui faire prendre conscience de ses différents changements, mais aussi faire un travail d'acceptation et de renarcissisation de ce corps. Le but est alors de travailler autour de l'identité du sujet pour préserver et revaloriser son image de soi. Pour faire ce travail, il semble nécessaire de passer par le corps réel du patient. Nous commencerons donc par nous pencher sur l'intérêt d'une prise en charge individuelle axée sur la médiation du toucher thérapeutique.

⁶⁶ Charazac, *op. cit.*, p. 171.

1 Le toucher thérapeutique

Au cours d'une prise en charge en psychomotricité, le travail par la médiation du toucher thérapeutique est tout à fait indiqué avec des patients présentant une image d'eux-mêmes très dévalorisée. Ce toucher peut prendre différentes formes, en s'inspirant de massages traditionnels, de techniques bien précises, en utilisant des objets médiateurs ou en étant le fruit de l'expérience du thérapeute.

Au cours de la première partie de ce mémoire, nous avons vu les différents éléments de l'image composite du corps décrits par Eric Pireyre. Parmi ces éléments se trouvent la peau, la sensibilité somato-viscérale (ou sensorialité), le tonus et l'intérieur du corps. Lorsque l'on effectue un toucher thérapeutique avec un patient, nous venons solliciter chacune de ces composantes.

Les informations sur les différentes mobilisations, lissages et pressions effectués sur le corps sont transmises grâce aux capteurs sensoriels présents au niveau de la peau. Ce type de toucher cherche à amener le patient à porter son attention sur les zones sollicitées. Venir stimuler chaque membre apporte un sentiment de continuité du corps et de contenance.

Grâce au travail de percussions osseuses, le psychomotricien vient faire résonner la structure solide interne du corps. Ces vibrations permettent au patient de prendre conscience du squelette qui compose l'intérieur de son corps.

Enfin, tout ce travail de toucher thérapeutique a également pour effet de procurer une sensation de détente à la personne qui le reçoit. Cette détente s'opère par un abaissement du tonus musculaire du patient.

Ainsi, le travail de toucher thérapeutique permet une prise de conscience globale du corps, ainsi qu'un travail sur les différents éléments composants l'image du corps. Cette médiation permet de revaloriser l'image de soi du patient.

Si le travail à partir du corps réel du patient semble être une première piste de travail, il est parfois difficile à réaliser. Nous pouvons ainsi penser à Mme S, qui se trouvait dans un rejet violent de son corps et des soins lui rappelant la réalité de son physique. Il est alors nécessaire de trouver des manières détournées pour lui faire accepter l'évolution de son apparence et revaloriser ainsi son image d'elle-même.

2 La ceinture de Madame S.

Madame S. est donc une ancienne mannequin dont l'histoire à l'UHR est marquée par ses troubles psycho-comportementaux, un rejet des soins et une négligence de son apparence. Elle verbalise une image d'elle-même très dévalorisée, disant ne pas valoir la peine que l'on s'occupe d'elle, et prétextant être trop vieille pour participer à des séances de psychomotricité. Le jour de la séance dont il est ici question, la boutique de vêtements de l'hôpital organise une braderie dans le hall. Les patients peuvent venir y chercher gratuitement les vêtements et accessoires dont ils ont besoin. Lorsque ma maître de stage et moi croisons Madame S., elle semble de bonne humeur malgré une certaine fatigue. Au cours de la conversation, nous évoquons la braderie. Madame S. nous parle alors d'une ceinture dont elle aurait besoin pour aller avec une de ses robes. Nous lui proposons alors de nous accompagner faire des essayages pour trouver une ceinture à son goût. Comme à son habitude, elle refuse, cherche à changer de sujet, se dit trop fatiguée, nous dit finalement ne plus avoir besoin de ceinture, et trouve de nombreux prétextes. Après une forte insistance de notre part et après avoir amené un fauteuil roulant, Madame S. finit par accepter de nous accompagner. Au cours de cette promenade, la patiente ne manifeste pas de trouble du comportement. Elle prend plaisir à regarder tous les vêtements sur les présentoirs, à commenter ce qu'elle voit et à essayer des gilets et ceintures. Elle finit par trouver deux pièces à son goût et à sa taille, qu'elle remporte avec elle dans l'unité. Malgré ses premières réticences, Madame S. nous remercie pour cette sortie exceptionnelle.

En partant d'un élément ayant été familier au passé de Madame S. et qui était investi positivement, un travail de revalorisation de l'image du corps via le corps réel a pu être entrepris au cours de cette séance. Cette patiente était pourtant réfractaire à la majorité des propositions impliquant son corps qu'elle désinvestissait fortement. Grâce à cette médiation pour le moins atypique, nous avons pu travailler sur bien des aspects de l'image que Madame S. avait d'elle-même. L'essayage de différents vêtements et le fait de se regarder dans un miroir ont permis à la patiente de réinvestir et d'explorer son corps réel. Ce travail a pu s'effectuer grâce à la présence contenante et rassurante des thérapeutes autour d'elle, et à leur discours positif et revalorisant.

Aussi, nous pouvons souligner que lors de cette séance, les troubles de comportement et l'agressivité habituelle de Madame S. ne se sont pas manifestés. En nous appuyant sur l'histoire et les expériences de la patiente, nous avons pu développer une autre manière d'entrer en relation avec elle. Nous pouvons souligner l'importance de cet aspect relationnel présent lors de cette séance, mais également souligner qu'il est essentiel dans tout travail impliquant l'identité et la revalorisation de l'image de soi des patients.

Nous pouvons également émettre l'hypothèse que cette activité a pu permettre à Madame S. de retrouver une part de son identité qui avait été mise à mal par l'âge et la maladie. Ainsi, partir du corps réel du patient au travers de médiations corporelles est un premier pas pour préserver son identité et revaloriser son image de lui-même.

D'autre part, comme nous l'avons vu précédemment, l'hospitalisation marque une rupture dans la vie de l'individu. Cette rupture peut causer perte identitaire et dévalorisation de l'image de soi pour certains patients. Lorsque l'on se penche sur la question de l'identité des personnes âgées hospitalisées, il est intéressant de faire un lien entre la vie du sujet antérieur à l'entrée à l'hôpital et son nouveau vécu quotidien. Ainsi, nous pouvons nous demander de quelle manière la psychomotricité peut participer à la création de ce lien et au maintien de l'identité du sujet à l'hôpital. Pour cela, nous nous appuyerons sur l'expérience d'un groupe de musicothérapie active mis en place au sein de l'UHR.

3 Le maintien de l'identité grâce à la musicothérapie active

Depuis quelques années, plusieurs études ont été menées sur l'utilisation de la musique auprès de personnes démentes, et ont démontré leurs bienfaits. Un groupe de musicothérapie active a été mis en place au sein de l'UHR depuis 2012 et se déroule de façon hebdomadaire. Il est animé par la psychomotricienne du service, qui est également musicothérapeute. Il est donc proposé à des patients atteints d'une démence de type Alzheimer à un stade sévère. Le groupe peut varier d'une semaine à l'autre à cause de l'indisponibilité des patients ou de leur refus, mais les participations régulières sont privilégiées et encouragées. Il s'agit d'un groupe fermé.

La structure de cet atelier est très ritualisée pour permettre aux participants de s'y repérer. Une séance type se déroule de la façon suivante :

- Des échanges de ballon de baudruche, pendant que les participants arrivent au fur et à mesure sur une musique d'accueil dans la salle de l'atelier. Cette activité vise à dynamiser les patients parfois apathiques, et à initier un côté ludique au groupe.
- La chanson des prénoms, sur l'air de *Auprès de ma blonde*, reprise par l'ensemble du groupe. Cela donne l'occasion à tout le monde de chanter le prénom de chaque participant à l'atelier. Aussi, nous changeons de note de départ à chaque prénom afin de préparer la voix au chant dans une sorte de vocalise.
- Les exercices de rythme. Nous disposons des instruments de percussion au centre du cercle formé par tous les participants assis et nous demandons à chacun d'en choisir un parmi les tambourins, claves, guiros, sistres et maracas. L'exercice consiste ensuite à reproduire un rythme joué par la psychomotricienne. Le groupe commence par réaliser ce rythme sans support musical, puis avec un des morceaux entendus pendant la musique d'accueil.
- Les chants avec les paroles écrites sur un support papier. Nous distribuons une feuille à chaque participant. Nous essayons d'entonner majoritairement des chants connus par les patients, qu'il s'agisse de chansons d'auteurs, de chansons populaires ou de comptines traditionnelles.
- Pour finir l'atelier, le groupe frappe en rythme dans les mains en fredonnant la mélodie de la dernière chanson interprétée. Ce dernier temps signale à chacun la fin de l'atelier. C'est une sorte d'applaudissement rythmé qui clôture la séance.

Souvent, les participants évoquent leurs souvenirs au cours de l'atelier. « Oh, ça me rappelle des souvenirs ! », « Je chantais ça avec mon père », ou encore « ça me rappelle une autre chanson », nous confient-ils à l'évocation d'une chanson familière. Madame B. aura même cette jolie réflexion : « La musique, ça réveille le cerveau ! ». Parfois, le simple fredonnement de quelques notes suffit à rappeler à l'assemblée la mélodie et les paroles d'une chanson populaire. Nous cherchons à stimuler cette convocation de la mémoire.

Nous avons pu voir des patients évoluer au sein de cet atelier. Certains révèlent des capacités d'apprentissage, certes lentes, mais toujours bien présentes malgré l'avancée de la maladie. D'autres patients ont pu progressivement inhiber un comportement impulsif pour se mettre plus à l'écoute du groupe. Progressivement, l'un des participants a su trouver sa place au sein de l'atelier, d'abord en restant quelque peu à l'écart, puis en osant chanter ou fredonner avec de plus en plus de conviction. Enfin, nous avons pu observer un réel plaisir chez certains patients à réaliser les rythmes à l'aide d'instruments qu'ils ne pensaient pas pouvoir maîtriser, ou encore à chanter une chanson qu'ils ne pensaient pas ou plus connaître. Le rythme joue ici son rôle de stimulant de l'énergie vitale.

Ainsi, plusieurs éléments au sein de ce groupe nous permettent de travailler autour de la question de l'identité des patients. Identité individuelle et collective.

Lors de la chanson des prénoms, nous prenons le temps de nommer chaque participant. Le prénom est l'une des composantes de notre identité. Il permet l'individuation de chaque être humain, et de se distinguer des autres. Dans de nombreuses cultures, le prénom a d'ailleurs une valeur symbolique. Lorsque l'on baptise un enfant, on le nomme pour le faire entrer dans la famille. Nommer chaque membre en début d'atelier permet à la fois de le présenter en tant que personne au reste des participants, l'inscrire dans le groupe, mais aussi de l'individualiser, le rendre unique au sein de ce groupe. Le plaisir éprouvé par les patients lorsque vient leur tour est d'ailleurs bien visible, par leurs sourires et l'intensité de leurs regards.

D'autre part, nous reprenons lors de ces séances de musicothérapie active des chants bien connus des patients grâce à leur caractère populaire ou traditionnel. Nous l'avons vu, l'hospitalisation marque une rupture dans le quotidien du sujet et peut provoquer un bouleversement identitaire. La musique a la capacité de raviver de nombreux souvenirs, même chez les personnes atteintes de démence à un stade sévère. Les chants permettent d'aller au-delà de l'aphasie de certains patients. Ainsi, Mme J. qui souffrait d'une importante aphasie lui faisant remplacer un mot par un autre arrivait à chanter parfaitement les chansons qui lui étaient familières. Raviver ces souvenirs nous permet de faire un lien entre l'identité passée et l'identité présente du patient. Le groupe de musicothérapie crée un lien entre l'hôpital et la vie antérieure. D'autre part, il permet d'établir un lien entre les patients autour de références

communes. Non seulement la musique permet de conserver une part de l'identité du patient, mais elle permet également de l'étayer pour continuer à se construire malgré les circonstances et la maladie.

Grâce à ce travail identitaire, nous cherchons à éviter la dépersonnalisation que peut constituer la vie en institution, où l'on ne laisse que peu de place à la personnalité du sujet et accordons une plus grande importance au patient qu'il représente.

L'être humain a besoin du regard de l'autre pour continuer à construire son identité. L'individu a besoin de se sentir considéré comme une personne à part entière, et pas uniquement comme un patient à soigner. Il a besoin d'être reconnu dans sa dignité d'être humain, comme l'affirmait Eric Fiat. Ainsi, au vu de l'importance de la relation aux autres dans la construction de l'identité et dans la revalorisation de l'image de soi, un travail de psychomotricité en groupe semble tout à fait indiqué.

B. Le travail en groupe

La relation à l'autre permet l'étayage de la construction de l'image de soi de chaque être humain. Or, lorsque les patients sont hospitalisés, ils se retrouvent souvent très isolés. Parfois, l'isolement n'est pas seulement physique mais aussi social. Il est par exemple fréquent de voir une salle à manger où de nombreux patients sont installés mais où personne ne se parle. Proposer un travail en groupe, comme celui de musicothérapie active décrit précédemment, peut alors permettre de créer un espace de resocialisation et offrir un lieu privilégié à la revalorisation ou la préservation de l'image de soi des patients.

Afin d'étayer ce propos, nous nous appuyons sur l'expérience d'un groupe de gymnastique douce en service de SSR, et sur l'évolution particulière d'une des participantes.

1 Présentation de l'atelier de gymnastique douce

Le groupe de gymnastique douce se déroule une fois par semaine et rassemble entre 5 et 8 patients de l'unité de SSR d'un hôpital gériatrique. Il est animé par la psychomotricienne du service. Les participants peuvent varier d'une semaine à l'autre, le groupe est ouvert car les patients séjournant dans cette unité y passent un temps variable, allant de quelques semaines à plusieurs mois pour certains. Toutefois, nous essayons de privilégier les patients ayant déjà participé afin de poursuivre le travail amorcé lors des séances précédentes. Les prescriptions sont faites par le médecin. Certains patients sont suggérés par les équipes soignantes et de rééducation lors de synthèses.

Malgré la fluctuation des membres du groupe, la structure de l'atelier reste la même à chaque séance. Nous commençons toujours par un échauffement où l'on vient solliciter chaque partie du corps, suivi d'une mobilisation des articulations, et enfin d'un étirement de certaines chaînes musculaires. L'atelier se poursuit avec des exercices visant à faire travailler la mobilité des bras ou des jambes, mais aussi des exercices de visée et de coordination occulo-manuelle.

Le groupe de gymnastique douce est donc un lieu privilégié pour travailler des items psychomoteurs tels que le schéma corporel et l'image de soi, mais aussi retrouver l'aisance et l'amplitude des mouvements, conserver ou retrouver des capacités motrices permettant à la

personne de garder une certaine autonomie. Mais au-delà de tout cela, la prise en charge groupale permet un véritable étayage psychique pour le patient. Les réactions de chacun face aux exercices proposés, les discussions, les encouragements ou encore la confrontation de ses capacités à celles des autres, tout cela amène des éléments que l'on ne retrouverait pas lors d'une prise en charge individuelle où l'on proposerait au patient les mêmes exercices. Nous verrons par la suite comment la participation à ce groupe aura permis à Madame Z. de trouver un lieu de confiance, lui permettant de revaloriser une image d'elle-même passablement négative.

2 Présentation de Madame Z.

Madame Z. arrive au service de SSR pour des complications liées à une maladie neurodégénérative dont les principaux symptômes sont un syndrome parkinsonien. Elle n'est toutefois pas diagnostiquée comme atteinte de la maladie de Parkinson. La patiente présente en effet de nombreux tremblements et troubles de la régulation tonique. Elle est également très douloureuse, notamment à l'épaule droite, et peut parfois se montrer très anxieuse face à certaines situations. Âgée de soixante ans, elle fait partie des plus jeunes patientes de l'hôpital. Madame Z. est installée dans un fauteuil haut sans cale-pied pour des raisons médicales, où elle a tendance à adopter une posture en rétro-pulsion. La patiente s'exprime avec une voix très discrète, presque inaudible. Les objectifs de travail pour Madame Z. dans ce groupe de gymnastique douce sont de travailler la mobilité des muscles du dos et de sortir de sa posture en rétro-pulsion, mais également de reprendre confiance en elle et en ses propres capacités.

a) Les premières séances

Lors de sa première participation au groupe de gymnastique douce, Madame Z. prend plaisir à venir. Elle s'investit bien pendant la séance, bien qu'elle ait parfois besoin de stimulation verbale pour réaliser les exercices qui sont difficiles pour elle. Toujours douloureuse, elle se plaint beaucoup.

Ses troubles de la régulation tonique font qu'il est difficile pour elle de lâcher ou lancer des objets. « Je ne peux pas faire ça », « je n'y arriverais pas », nous dit-elle lorsque nous

proposons un exercice de lancer de balle. Le stress augmente ses tremblements et elle a alors tendance à se rigidifier. Elle appréhende le regard que les autres membres peuvent porter sur elle, et se sentira complètement bloquée lorsqu'une autre patiente dira à voix haute « elle n'y arrivera pas ». Nous accompagnons donc son mouvement pour le faciliter.

Une fois suivante, nous proposons au groupe un exercice de visée avec des cibles sur lesquelles il faut lancer des sacs lestés. Madame Z. est la première à s'y essayer. Cette activité s'avérera très compliqué pour elle, la patiente n'arrivant pas à lâcher les sacs lorsqu'elle leur donne de l'élan. Elle ne réussira à lancer qu'un seul des sacs, avec beaucoup de difficultés. Madame Z. est très déçue par sa performance, elle s'en agace même. Elle se dit « bonne à rien », et semble très affectée par son échec.

b) L'aide du groupe

La séance qui suit, nous décidons de proposer à nouveau un exercice de visée, mais cette fois-ci avec des cerceaux et des plots. Nous décidons de faire passer Madame Z. en dernier, afin qu'elle ait le temps d'observer les mouvements des autres et qu'elle puisse se préparer mentalement. Lorsque son tour arrive, Madame Z. fait preuve d'une grande anxiété. A nouveau, elle nous dit qu'elle ne se sent pas capable de faire cet exercice. Ses voisins l'encouragent. Elle se saisit du cerceau que je lui tends, et cherche à se pencher en avant pour l'envoyer, mais a des difficultés à le laisser tomber. Alors qu'elle montre des signes de découragements, en se renfonçant dans son fauteuil, le visage fermé, ses deux voisins prennent chacun un côté du cerceau et l'amènent vers la cible, entraînant ainsi Madame Z. dans le mouvement. Elle lâche sa prise en même temps que ses deux coéquipiers, qui réitèrent leur aide avec les cinq cerceaux suivants. Madame Z. fini par être la seule patiente à les avoir tous placés sur leur cible. L'ensemble du groupe s'amuse d'avoir ainsi contourné les règles de l'exercice. Elle sort de la séance avec le sourire, ravie, et se sentira plus en confiance lors des séances suivantes. Elle appréhendera moins les jeux de lancer qui lui faisaient si peur auparavant.

3 Travail en groupe et image de soi

Ainsi, le travail en groupe en psychomotricité permet de travailler de différentes manières la revalorisation et la préservation de l'image de soi des patients. Fabienne Leplat vient confirmer cette hypothèse en affirmant que le rôle d'un groupe thérapeutique « vise à solidifier le Moi »⁶⁷.

Tout d'abord, nous remarquons que la notion de groupe est présente et nous accompagne tout au long de notre vie. Les différents groupes auxquels nous appartenons (place dans la famille, génération, catégorie socio-culturelle, etc...) participent à la construction de notre identité. Dominique Cohou explique d'ailleurs que l'individu « construit son individualité au sein de mécanismes groupaux qui le traversent et le fondent, tout à la fois sources d'aliénation et de construction »⁶⁸. Le groupe permet à l'individu de grandir grâce à la relation à l'autre. Et comme nous l'avons précisé précédemment, la relation est nécessaire à la construction de l'identité. Une prise en charge groupale en psychomotricité peut être d'un grand intérêt.

Un groupe thérapeutique est caractérisé par son cadre spécifique. Il existe de nombreuses manières d'organiser une prise en charge groupale. Les participants par exemple peuvent être rigoureusement les mêmes d'une séance à l'autre (groupes fermés), ou bien leur présence peut être plus libre (groupes ouverts ou semi-ouverts). Le groupe peut être caractérisé par la médiation utilisée, ou par le type de population à qui il s'adresse. Ces différents choix « vont dépendre des objectifs thérapeutiques recherchés et de la spécificité du cadre institutionnel »⁶⁹, comme le précisent Morgane Billard et Charlotte Costantino dans leur article *Fonction contenante, groupes et institution soignante*. Le groupe constitue un lieu privilégié pour permettre l'émergence de différentes fonctions thérapeutiques.

Morgane Billard et Charlotte Costantino développent d'ailleurs bien au cours de leur article les « qualités de contenance, de transitionnalité et d'identification qu'offrent un groupe »⁷⁰.

67 Fabienne Leplat, 2005, p. 150.

68 Dominique Cohou, 2006, p. 93-107.

69 Morgane Billard et Charlotte Costantino, 2011, p. 57.

70 *Ibid.*, p. 59.

Comme nous l'avons vu, les personnes hospitalisées peuvent souffrir d'un grand isolement social. La vie institutionnelle ne favorise pas toujours les rencontres entre les patients, ou ne les médiatise pas suffisamment. Le groupe thérapeutique est un lieu de rencontre, qui permet aux participants de se sociabiliser au contact d'autres personnes vivant des situations plus ou moins similaires. Il devient alors un lieu de partage pour les patients, qui peuvent y échanger sur leurs différents vécus et leurs histoires personnelles. Ce groupe permet alors à chacun de porter un regard neuf sur son voisin. Les participants peuvent découvrir les autres patients sous un jour nouveau, y apprendre les prénoms de chacun, et au final se découvrir plus de point commun que ce qu'ils imaginaient au départ. Souvenons-nous qu'il arrive fréquemment en institution que des patients nous disent « Je n'aime pas être ici, il n'y a que des vieux », ou portent un jugement hâtif sur les personnes qui les entourent, parfois par crainte de voir son état se détériorer et de voir en l'autre ce qui les attend. Le groupe thérapeutique permet la rencontre avec l'autre et d'aller au-delà de ses préjugés.

Enfin, l'histoire de Madame Z. montre le développement possible d'une certaine complicité au sein du groupe. Ce type de prise en charge permet également une mise en perspective des capacités individuelles des participants. L'évolution au fil des séances a permis à Madame Z. de prendre peu à peu confiance en elle et de revaloriser l'image négative qu'elle avait d'elle-même.

La prise en charge en groupe est donc tout à fait indiquée en psychomotricité lorsqu'il s'agit de travailler sur ces notions d'image de soi et d'identité. Elle recrée un lien entre les patients, une nouvelle relation permettant l'étayage de l'image de soi par le regard de l'autre. Or, nous nous sommes également rendu compte que l'hospitalisation marquait une rupture du lien entre le patient et sa famille. Nous pouvons alors nous demander comment la psychomotricité pourrait favoriser le lien entre le patient et ses proches.

C . Le lien avec les familles.

Lorsque l'un de ses proches est hospitalisé, le lien et le rapport entretenu avec lui auparavant s'en trouve modifié. Et avec l'évolution de la maladie – en particulier démentielle – un changement profond dans son caractère ou son comportement peuvent s'opérer. Beaucoup de familles se trouvent alors démunies face à ce proche qu'elles ne reconnaissent plus. Encore une fois, nous insistons sur l'importance de la relation et du regard de l'autre dans la construction et l'étayage de l'image de soi des patients. Ainsi, travailler avec les familles pourrait permettre de leur fournir un nouveau moyen d'entrer en relation avec leur proche, et potentiellement changer le regard porté sur ce dernier.

1 L'exemple du groupe de musicothérapie

Depuis la mise en place des groupes de musicothérapie active à l'hôpital, il est possible de proposer aux familles des patients participants d'accompagner leurs proches à l'atelier. Lorsque cette proposition est faite, le visiteur s'engage à participer au même titre que tous aux exercices proposés au cours de l'atelier. Nous n'admettons pas de spectateurs ou d'observateurs. Nous procédons d'ailleurs de la même façon pour la présence de membres de l'équipe soignante ou de stagiaires.

Pour certains, il est très facile d'accepter cette implication. Dans un groupe organisé dans l'unité de long séjour de l'hôpital, une femme viendra chaque semaine pour participer au groupe en compagnie de son conjoint. La difficulté réside dans la manière dont nous, en tant que psychomotriciens, nous comportons avec ces participants pas comme les autres : les familles. Un certain nombre de questions peuvent se poser à ce sujet, mais les avantages tirés de cette pratique font qu'elle est pérenne depuis plusieurs années.

Pour d'autres, il est difficile d'accepter une telle proposition. Ainsi, alors que nous invitons une patiente de l'UHR à se rendre à l'atelier de musicothérapie active, l'arrivée de son fils l'interrompt. Nous avons alors proposé à ce dernier de se joindre à nous pour participer

avec sa mère au groupe. Il déclina notre proposition, malgré l'insistance de la patiente pour le faire venir. Finalement, le groupe se déroula sans ces deux protagonistes. Nous pouvons alors nous questionner sur les raisons de ce refus. Est-ce lié à une peur de s'identifier aux autres patients ? Ce fils a par ailleurs des propos très sarcastiques pour parler de la vieillesse de sa mère, y compris devant elle et les autres patients. Le personnel soignant a été amené à lui demander de modérer ses propos à plusieurs reprises.

2 L'intérêt du lien avec les proches

Intégrer les proches à la prise en charge quand, et seulement quand les patients le souhaitent peut se faire de différentes manières. Nous venons de voir que nous pouvons leur ouvrir la porte de nos salles de prise en charge pour qu'ils puissent y prendre part.

Ce type de propositions permet de démystifier la maladie dont souffre le patient en faisant prendre conscience des différentes capacités qui restent mobilisables.

Nous pouvons également y voir un moyen d'échange entre le patient et ses proches. Le groupe thérapeutique sert de relai à la relation, de médiation.

Ainsi, ce type de proposition permet à la relation entre le patient et ses proches de continuer à se construire. En maintenant ce lien et en cherchant à poser un regard positif et bienveillant sur le patient, nous participons à l'étayage de la construction de son image personnelle et du groupe dans lequel il évolue.

Mais le lien avec les familles passe également par l'éducation des aidants. Actuellement, de nombreux centres de prise en charge de personnes souffrant de démence proposent des journées de formation pour les aidants. Leur but est de permettre aux proches de mieux comprendre la maladie, mais aussi de savoir mieux s'adapter dans les situations de la vie quotidienne. Les ESA remplissent cette fonction en assurant un relai dans la prise en charge, formant les aidants à certaines médiations. Si la place du psychomotricien dans ce genre de formation n'est pas encore très développée, il semble pourtant intéressant de le rendre plus présent afin de mieux former à la compréhension des conséquences psycho-corporelles de la maladie.

Le lien avec les familles peut être un atout dans le travail de renarcissisation du patient. Le psychomotricien peut s'appuyer dessus au cours de la prise en charge afin de pérenniser son action. Ce travail sous ses différentes formes permet d'éviter l'impact négatif de l'hospitalisation et la dévalorisation de l'image de soi des patients.

D . Un groupe de parole pour les soignants

Les relations entretenues avec les autres patients ou avec les proches ne sont pas les seules à impacter l'image de soi des personnes âgées hospitalisées. Les comportements des soignants – influencés par les mécanismes psychiques détaillés plus haut – sont des facteurs qui peuvent renvoyer au patient une image très négative de lui-même, ou au contraire l'aider à la revaloriser. Ces comportements sont pour certains déterminés par des mécanismes inconscients. Il semble nécessaire de faire notre possible pour que chacun prenne conscience de ce qui se joue dans la relation au patient afin de garantir une prise en soin plus humaine et plus humanisante.

Dans l'ouvrage *Soins palliatifs et psychomotricité*, les auteurs Marc Guiose et Odile Gaucher-Hamoudi proposent la mise en place de groupes de paroles destinés aux professionnels exerçants dans un service de soins palliatifs. Leur but est de « pouvoir parler de soi dans sa relation à l'autre – malade, famille ou collègue –, mais aussi de sa relation à la maladie dans toute sa dimension affective »⁷¹. La mise en place de ce type de groupe dans des services où les soignants sont quotidiennement confrontés à des situations difficiles – qu'elles soient d'ordre émotionnel, relationnel ou liées à la confrontation à des patients dont les corps sont marqués par la maladie – se fait de plus en plus. Cette démarche demande toutefois une certaine maturité du service.

Si l'on imagine plus un psychologue assurer la fonction de médiateur et d'animateur de ce type de groupe, l'apport de la psychomotricité pourrait être pertinent. En effet, les émotions ressenties par les soignants s'inscrivent dans leur corps. Proposer ce type de groupe avec la participation d'un psychomotricien peut permettre de conscientiser des émotions et des vécus qui auraient été difficile à identifier et mettre en mots autrement. Il est nécessaire de faire en sorte que ces éprouvés soient conscientisés à un moment ou un autre pour éviter l'installation de comportements et d'attitudes néfastes aux patients, voire maltraitantes.

71 Gaucher-Hamoudi et Guiose, *op. cit.*, p. 88.

En tant qu'étudiants, nous avons l'occasion dès notre deuxième année d'étude d'expérimenter ce type de dispositif avec un petit groupe d'étudiants encadré par un professeur. La parole y circule librement et les thèmes abordés sont très vastes, en fonction des lieux de stage de chacun mais aussi des différents questionnements sur la psychomotricité auxquels nous sommes confrontés. Nous avons ainsi pu partager nos différentes réflexions et ce qui pouvait être difficile dans une prise en charge. L'apport de l'expérience de chacun a permis d'enrichir notre clinique d'autres expériences, et de nous faire réfléchir à des sujets auxquels nous n'avions pas toujours été confrontés. Ces échanges entre étudiants me sont apparus au fil du temps comme essentiels à l'élaboration de ma réflexion sur les différentes prises en charges et à la mise en mots de difficultés rencontrées. Écouter le discours des autres fait souvent écho à notre propre expérience. Ainsi, bien que n'ayant pas expérimenté de groupe de parole entre soignants, cette expérience de groupe d'analyse de pratique entre étudiants m'a permis de me rendre compte de la pertinence de ce type de dispositif.

La prise de conscience par les soignants des différents affects et mécanismes mis en jeu dans la relation au soigné favorise donc une prise en charge bienveillante. Mais notons tout de même ce que disait Marie-Sylvie Richard pour qui « si les groupes de parole ou de soutien sont à recommander, ils ne sont pas exclusifs. Ce qui permet aux soignants de durer, c'est la qualité de la vie d'équipe : pouvoir compter les uns sur les autres, parler librement, exprimer ses émotions »⁷².

Ainsi, il est possible de permettre aux soignants de trouver des lieux où symboliser leur vécu pour prévenir les mécanismes entraînant une déshumanisation du patient. Mais parmi les facteurs que nous avons détaillés précédemment, il en est sur lesquels l'action du psychomotricien est limitée.

72 Marie-Sylvie Richard (2004) citée par Gaucher-Hamoudi et Guiose, *op.cit.*, p. 90.

E. Le psychomotricien face à l'influence de la société

Nous avons donc étudié la façon dont nous pouvions, au cours d'une prise en charge en psychomotricité, travailler avec différents facteurs impactant positivement l'image de soi des patients âgés. Mais il semble que notre action soit limitée. Nous ne pouvons prétendre en tant que psychomotricien agir sur le rôle de la société dans la dévalorisation de l'image de soi de certains patients. Alors, que faire face à cette influence que nous ne pouvons maîtriser ?

La société occidentale actuelle véhicule une image de la vieillesse négative, et cette période de la vie reste dans l'imaginaire collectif une phase peu attractive de notre existence. Cette vision péjorative et la difficulté que nous avons à définir la vieillesse font que même les personnes les plus âgées de notre société peinent à se définir comme étant elles-mêmes « vieilles ». Tout ceci est lié à une construction qui se fait dès le plus jeune âge, par les images véhiculées dans les médias et les discours entendus. Les qualités valorisées par notre société comme le rendement, l'efficacité, la force ou encore la compétitivité se marient difficilement avec les réalités du vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique. En érigeant comme but ultime un idéal de vieillissement dit « réussi », où le sujet conserverait une apparente jeunesse éternelle, notre société occidentale a réussi à considérer le vieillissement normal comme pathologique. Il en résulte une forte dévalorisation de l'image de soi chez certains patients, qui aspirent à un idéal inatteignable. Chaque perte liée à l'avancée en âge doit alors faire l'objet d'un véritable travail de deuil.

En partant de ce constat, nous nous rendons bien compte du problème auquel nous sommes confrontés en tant que psychomotriciens. L'environnement sociétal actuel est en grande partie responsable de la mauvaise image que des patients âgés ont d'eux-mêmes. Ce dernier résulte en effet d'une construction qui s'est ancrée dans l'esprit du patient, nous ne pouvons prétendre aller défaire ce genre de croyance en quelques séances. Toutefois, Boris Cyrulnik participe depuis plusieurs années à populariser le concept de résilience qui « doit être considéré comme un réaménagement du monde mental altéré par les pertes »⁷³. Il appartient au thérapeute d'aller solliciter cette capacité de résilience du sujet, afin de permettre au patient

73 Boris Cyrulnik, 2014, p. 9.

d'aller au-delà de ces croyances. Ainsi, la capacité de résilience présente chez les personnes âgées leur permettrait de revaloriser leur image d'eux-mêmes.

Aussi, n'oublions pas que nous appartenons également à cette société, que nous avons été élevés au cœur de celle-ci et sous son influence. Notre représentation de la vieillesse s'est construite en partie avec l'éducation que nous avons reçue. Il est alors nécessaire pour nous, en tant que thérapeute travaillant auprès de sujets âgés, de nous interroger sur ces influences. Un véritable travail d'introspection est nécessaire si l'on souhaite cesser de véhiculer des stéréotypes négatifs de la vieillesse.

Nous réalisons qu'il s'agit ici d'un problème de fond. Si l'on veut que les choses évoluent, un travail de sensibilisation de la société face aux stéréotypes négatifs et la tentative de changer les mentalités et le regard porté sur les personnes âgées doit se faire. Nous atteignons là une limite professionnelle. Changer les mentalités est nécessaire pour permettre aux personnes âgées de conserver une image valorisée d'elles-mêmes. Il ne s'agit pas là de notre rôle de psychomotricien, mais de notre travail de citoyen.

Conclusion

Tout au long de ce mémoire, nous avons étudié les différents facteurs impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées. Ainsi, nous nous sommes aperçus que ces facteurs étaient multiples. Ces derniers peuvent appartenir à la sphère personnelle du sujet et être intrinsèquement liés à l'individu, comme son histoire de vie, sa personnalité, son identité et sa pathologie. D'autres ne dépendent pas de lui, et appartiennent à une sphère extrinsèque. Nous pensons alors au rôle joué par la société, mais aussi par l'environnement où vit le patient et la qualité de ses relations avec ses proches et les soignants.

Pour autant, cette atteinte de l'image de soi n'est pas une fatalité. En psychomotricité, il est possible de s'appuyer sur les différents facteurs détaillés au cours de ce mémoire afin de revaloriser le patient. Il existe pour cela de nombreuses médiations et modalités de prise en charge. Nous avons ici porté notre attention sur des séances de groupe de gymnastique douce et de musicothérapie, mais aussi sur des prises en charge individuelles utilisant le toucher thérapeutique ou des médiations plus spécifique, comme avec Mme S. Notons qu'il ne s'agit ici que d'exemples tirés de ma propre clinique, et que les manières de travailler sur l'image de soi sont multiples. Ces médiations et modalités de prise en charge doivent être pensées spécifiquement pour chaque patient. Proposer des séances de psychomotricité à des patients déments – même très avancés dans la maladie – demeure pertinent et bénéfique.

Progressivement, les consciences professionnelles et de la société s'éveillent sur cette problématique de l'image de soi des personnes âgées. De plus en plus d'initiatives se mettent en place pour une meilleure prise en soin des patients, comme l'établissement de chartes de bientraitance. On peut citer aussi par exemple le développement du métier de socio-esthéticienne dans les hôpitaux, dont le travail permet de prendre soin de l'apparence des personnes hospitalisées et de procurer à ces derniers des soins de bien-être. Ce type de prise en charge peut être complémentaire d'un travail en psychomotricité.

La sensibilisation de la société civile occidentale sur la réalité de la vieillesse et les conditions de vie des personnes âgées doit être encouragée si l'on souhaite tendre vers un changement des mentalités. Nous pouvons, en tant que psychomotriciens, en être un des protagonistes, même si cette tâche dépasse largement le champ de notre action strictement professionnelle.

Bibliographie

- Ouvrages :

ALBARET, J-M. & AUBERT, E. (2001), *Vieillesse et psychomotricité*, Solal

AMYOT, J-J. (1994), *Travailler auprès des personnes âgées*, Paris, Dunod, 2008

AUGUSTE, N. & al (2006), Particularités sémiologiques des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en fonction de la personnalité antérieure, de l'environnement familial et de la sévérité de la démence, *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, n°3, p. 227-235

BILLARD, M., COSTANTINO, C. (2011), Fonction contenante, groupes et institution soignante, *Cliniques 1*, n° 1, p. 54-76

CHARAZAC, P. (2011), *L'Aide-mémoire de psycho-gériatrie*, Paris, Dunod

CHARAZAC, P-M. (2009), Point de vue psychanalytique sur la perte de l'identité dans la maladie d'Alzheimer, *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, n°3, p. 169-174

CLEMENT, J-P., DARTHOUT, N. & NUBUKPO, P. (2003), Événements de vie, personnalité et démence, *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, n°2

CLEMENT, J-P. & TESSIER, M-P. (2010), Personnalité et risque de démence, *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, n°4, p. 243-254

COHOU, D. (2006), Les groupes médiatisés en hôpital de jour, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°47, p. 93-107

CORTI, M. & STRUBEL, D. (2008), La déambulation chez les patients déments, *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, n°6, p. 259-264

CYRULNIK, B. (2014), Résilience âgée ? in CYRULNIK, B. & PLOTON, L. (2014), *Résilience et personnes âgées*, Paris, Odile Jacob

CYRULNIK, B. & PLOTON, L. (2014), *Résilience et personnes âgées*, Paris, Odile Jacob

DE BEAUVOIR, S. (1970), *La vieillesse*, Paris, Gallimard, 2009

FIAT, E. (2010), *Grandeurs et misères des hommes : petit traité de dignité*, Paris, Larousse

GAUCHER-HAMOUDI, O. & GUIOSE, M. (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Éditions Heures de France

GAUCHER, J. & RIBES, G. (2014), Le travail psychique de résilience chez l'âge in CYRULNIK, B. & PLOTON, L. (2014), *Résilience et personnes âgées*, Paris, Odile Jacob, p. 211-224

GINESTE, Y. & PELLISSIER, J. (2005), *Humanitude*, Paris, Armand Colin, 2007

GRAND CORPS MALADE. (2012), *Patient*, Paris, Don Quichotte Éditions

HESLON, C. (2008), *Accompagner le grand âge*, Paris, Dunod

KAGAN, Y. & PELLERIN, J. (2014), Grand âge, âgisme et résilience in CYRULNIK, B. & PLOTON, L. (2014), *Résilience et personnes âgées*, Paris, Odile Jacob, p. 243-273

LE BRETON, D. (1990), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Puf, 2013

LEMARQUIS, P. (2014), Vieillissement, musique et résilience in CYRULNIK, B. & PLOTON, L. (2014), *Résilience et personnes âgées*, Paris, Odile Jacob, p. 89-100

LEPLAT, F. (2005), Psychomotricité en groupe, psychomotricité de groupe, in *Entretiens de psychomotricité*, Paris, ESP

MAINTIER, C. (2011), Une identité à construire et à conserver *in* PERSONNE, M. (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Toulouse, Éditions Erès, p. 33-46

MESSY, J. (1992), *La personne âgée n'existe pas*, Paris, Édition Payot & Rivages, 2002

PENNAC, D. (2012), *Journal d'un corps*, Paris, Gallimard

PERUCHON, M. (2001), Du Moi-Peau : applications à la gérontologie et à la ritualité, *Psychologie Clinique et projective*, n°7, p. 45-54

PHILIBERT, M. (1984), Le statut de la personne âgée dans les sociétés antiques et préindustrielles, *Sociologie et sociétés*, vol. 16, n° 2, 1984, p. 15-28.

PIREYRE, E. (2008), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod, 2015

PLOTON, L. (1996), *Maladie d'Alzheimer ; à l'écoute d'un langage*, Lyon, Chronique Sociale

POTEL, C. (2015), *Du contre-transfert corporel*, Toulouse, Éditions Erès

PROUST, M. (1913) *Du côté de chez Swann*, Paris, Gallimard, 1988

RICHARD, M-S. (2004), *Soigner la relation en fin de vie*, Paris, Dunod

TAMARA SCHIARATURA, L. (2008), La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer, *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillessement*, n°6, p. 183-188

VAN DER LINDEN, M. & JUILLERAT VAN DES LINDEN, A-C. (2014), *Penser autrement le vieillissement*, Bruxelles, Éditions Mardaga

WILD, O. (1890), *Le portrait de Dorian Gray*, Presse Pocket, 1979

- **Supports de formation :**

LEFEVRE, C. (2016), Cours de gériatrie de 3eme année de psychomotricité, IFP Pitié Salpêtrière, Non publié à ce jour.

AOUN SEBHATI, M. (2015), Cours de neuro-psychologie de 3eme année de psychomotricité, *La maladie d'Alzheimer*, IFP Pitié Salpêtrière, Non publié à ce jour.

TRUPTIL, A. (février 2016), Cours de gériatrie de 3eme année de psychomotricité, *Troubles psycho comportementaux et communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer*, IFP Pitié Salpêtrière, Non publié à ce jour.

Annexes

- Annexe 1 :



Auguste Rodin (1887), *La Vieille Femme*, Sculpture en bronze, Musée Rodin

- Annexe 2 :



Camille Claudel (1893), *Clotho*, Sculpture en plâtre, Musée Rodin

- Annexe 3 :



Jules Dubois (1894), *La Misère*, Sculpture en terre cuite, Musée Rodin

Le vieillard, cet autre d'autant plus menaçant qu'il est notre semblable

Étude des facteurs impactant l'image de soi des personnes âgées hospitalisées

Résumé

Lors de mes différents stages en secteur gériatrique, j'ai réalisé que l'image de soi de nombreuses personnes âgées était très dévalorisée. En partant de ce constat, nous nous demanderons quels sont les facteurs qui impactent cette représentation de soi-même. Ces derniers peuvent être propre au sujet, comme sa personnalité, son histoire de vie, ou bien être lié à une pathologie spécifique. Mais ils peuvent également être extrinsèque à la personne. Nous nous pencherons donc sur le rôle joué par la société, le lieu de vie et les relations que le patient entretient avec sa famille et les soignants. Suite à cela, nous nous questionnerons pour savoir de quelle manière la psychomotricité peut intervenir pour préserver et revaloriser l'image de soi des patients. Nous nous intéresserons donc aux différentes médiations permettant d'agir sur cette problématique de la représentation de soi.

Mots clés : Vieillesse – Démence – Image du corps – Estime de soi – Identité – Société – Médiations psychomotrices

Summary

During my different internships with elderly people, I realised that many of them had a bad image of themselves. From this observation, we will question the various factors responsible of altering the representation of the Self. Among those factors, some are specific to the patient, like his personality, life story or pathology. But others are external causes. Thus we will examine the impact of our society, of the environment and the relationships of the patient both with his family and his caregivers. We will then wonder in what ways psychomotricity can help the patient to preserve and reevaluate the image he has of himself. We will consider several therapeutic mediations that can prove useful to deal with this issue.

Key words: Old age – Dementia – Body image – Self-esteem – Identity – Society – Psychomotor therapeutic mediations