



**HAL**  
open science

**Écoutez-moi pour que je puisse retrouver qui je suis :  
l'importance de l'écoute des envies d'une personne âgée  
institutionnalisée dans le maintien de son identité**

Cléa Saint-Pierre

► **To cite this version:**

Cléa Saint-Pierre. Écoutez-moi pour que je puisse retrouver qui je suis : l'importance de l'écoute des envies d'une personne âgée institutionnalisée dans le maintien de son identité. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02944053

**HAL Id: dumas-02944053**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944053>**

Submitted on 21 Sep 2020

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

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

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie  
Site la Pitié Salpêtrière  
Institut de Formation en Psychomotricité  
91, Bd de l'Hôpital - 75634 Paris Cedex 14



**Écoutez-moi pour que je puisse retrouver qui je suis.**

*L'importance de l'écoute des envies d'une personne âgée  
institutionnalisée dans le maintien de son identité.*

Mémoire présenté par Cléa SAINT-PIERRE en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de  
Psychomotricité

Référent de mémoire :  
Laetitia BARNICH

Session Juin 2020



---

## REMERCIEMENTS

---

Tout d'abord, un grand merci à ma maitre de mémoire, Laetitia Barnich qui a su écouter et prendre en compte mes envies concernant la rédaction de ce dernier. Elle a prit le temps de m'aiguiller et me conseiller malgré les circonstances sanitaires qui nous ont tenues éloignées.

Merci à l'ensemble des maitres de stages que j'ai eu la chance de croiser durant mon parcours. Chacun m'a apporté un regard différent sur notre métier, me permettant de construire mon identité professionnelle. Merci également aux patients pour leur confiance. J'ai une pensée toute particulière pour Mr A qui est décédé pendant le confinement. Il a fait partie, sans s'en rendre compte, des patients qui m'ont appris le plus sur notre métier.

Merci à l'ensemble des professeurs et intervenants qui ont su nous transmettre un enseignement théorique et pratique de qualité.

Je tiens à remercier tout particulièrement mes parents et mon frère d'avoir cru en moi, de m'avoir soutenue et encouragée tout au long de mes études. Sans eux rien n'aurait été possible. Merci a ma maman pour sa relecture bienveillante.

Merci à Clément qui, sans tout à fait connaître le métier de psychomotricien, a su percevoir la passion qui m'anime et m'encourager à chaque instant.

Merci à mes amies, et surtout mes colocataires Tiphaine, Lucie et Marine pour toutes nos heures de discussions autour de la psychomotricité, pour leur écoute et leur disponibilité qui m'ont aidée dans l'élaboration de ma réflexion. Elles ont été de véritables piliers pendant ces 3 années à Paris.

Merci aussi à l'ensemble de ma famille pour m'avoir soutenue de près ou de loin pendant ma formation.

---

## AVANT-PROPOS

---

*Peux-tu simplement m'écouter ?*

*“Quand je te demande de m'écouter et que tu commences à me donner des conseils, tu n'as pas fait ce que je te demandais.*

*Quand je te demande de m'écouter et que tu commences à me dire pourquoi je ne devrais pas ressentir cela, tu bafoues mes sentiments.*

*Quand je te demande de m'écouter et que tu sens que tu dois faire quelque chose pour résoudre mon problème, tu m'as fait défaut, aussi étrange que cela puisse paraître.*

*Ecoute, tout ce que je te demande c'est que tu m'écoutes. Non que tu parles ou que tu fasses quelque chose ; je te demande uniquement de m'écouter.*

*Les conseils sont bon marché. Pour six sous, j'aurai dans le même journal le courrier du cœur et l'horoscope.*

*Je peux agir par moi-même, je ne suis pas impuissant, peut-être un peu découragé ou hésitant, mais non impotent.*

*Quand tu fais quelque chose pour moi, que je peux et que j'ai besoin de faire moi-même, tu contribues à ma peur et tu accentues mon inadéquation.*

*Mais quand tu acceptes comme un simple fait que je ressens ce que je ressens (peu importe la rationalité) je peux arrêter de te convaincre et je peux essayer de commencer à comprendre ce qu'il y a derrière ces sentiments irrationnels. Lorsque c'est clair, les réponses deviennent évidentes et je n'ai pas besoin de conseils.*

*Les sentiments irrationnels deviennent intelligibles quand nous comprenons ce qu'il y a derrière.*

*Peut-être est-ce pour cela que la prière marche, parfois, pour quelques personnes, car Dieu est muet. Il ou elle ne donne pas de conseils. Il ou elle ne cherche pas à arranger les choses. Il ou elle écoute simplement et te laisse résoudre le problème toi-même.*

*Alors, s'il te plaît, écoute et entends-moi.*

*Et si tu veux parler, attends juste un instant et je t'écouterai...” Auteur anonyme indien*

---

## SOMMAIRE

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	10
<b>Partie Théorie</b> .....	12
<b>Chapitre 1 : Identité</b> .....	<b>13</b>
1) Identité définitions générales .....	13
1.1) Définition du Larousse .....	13
1.2) Définition en psychologie.....	13
1.3) L'identité sociale et personnelle .....	14
2) Genèse de la connaissance du corps.....	14
2.1) Individualisation .....	14
2.2) Holding et handling .....	15
2.3) Le dialogue tonique .....	16
2.4) Stade du miroir .....	16
3) Identité de la personne âgée .....	17
3.1) Vieillesse .....	17
3.2) Vieillesse pathologique .....	18
3.3) Du regard de l'individu.....	19
3.4) Du regard de la famille .....	19
4) Identité de la personne âgée institutionnalisée .....	20
4.1) Origine de l'admission.....	20
4.2) L'entrée en maison de retraite .....	21
4.3) Une nouvelle organisation .....	22
<b>Chapitre 2 : L'institution</b> .....	<b>22</b>
1) Rythme et cadre institutionnel.....	22
2) Impact de l'institution sur l'identité .....	23

2.1) Impact psychologique.....	23
2.2) Impact social.....	24
2.3) Impact sur l'autonomie.....	24
3) Le rôle du psychomotricien au sein de l'équipe pluridisciplinaire.....	25
3.1) Formations et Mécanismes de défenses des aides-soignants.....	25
3.2) Le concept d'Humanité.....	26
3.3) Apport du regard de la psychomotricité dans l'équipe pluridisciplinaire.....	27

**Chapitre 3 : Rôle du psychomotricien dans l'émergence des envies et l'expression des émotions.....28**

1) Le regard psychomotricien du sujet âgé en institution.....	28
2) Communication non-verbale :.....	28
2.1) Les mouvements corporels.....	29
2.2) La posture.....	29
2.3) Le regard.....	30
2.4) Le dialogue tonico-émotionnel.....	30
3) Communication verbale.....	31
4) Lien entre expression d'une envie et l'identité.....	32
5) Refaire naître l'envie.....	33
5.1) Le toucher.....	33
5.2) Le corps en mouvement.....	34
6) Emergence des émotions.....	35
6.1) Définition émotion.....	35
6.2) Réminiscence.....	35
6.3) Emergence et expression d'une émotion.....	36

**Partie clinique.....37**

**Chapitre 1 : L'institution.....38**

1) Présentation de l'établissement .....	38
2) L'équipe pluridisciplinaire .....	39
3) La place de la psychomotricité.....	39
4) Ma place de stagiaire .....	40
5) La vie quotidienne d'un résident.....	42
<b>Chapitre 2 : Cas clinique Mr D.....</b>	<b>43</b>
1) Description physique.....	43
2) Présentation du patient .....	43
3) Contexte de la demande d'hébergement à l'EHPAD.....	43
4) Pathologies .....	44
4.1) Démence à corps de Lewy.....	45
4.2) AVC.....	45
5) Évaluations .....	47
6) Première rencontre .....	51
7) Les séances de psychomotricité .....	51
7.1) Motif initial de consultation .....	51
7.2) Axes thérapeutiques.....	52
7.3) Déroulement des séances.....	52
<b>Chapitre 3 : Cas clinique Mme M.....</b>	<b>54</b>
1) Description physique.....	54
2) Présentation du patient .....	54
3) Contexte de la demande d'hébergement à l'EHPAD.....	55
4) Pathologies .....	55
4.1) La maladie de Parkinson.....	55
5) Évaluations .....	56
6) Première rencontre .....	59

7) Les séances de psychomotricité .....	59
7.2) Axes thérapeutiques.....	60
7.3) Déroulement des séances.....	60
<b>Partie discussion .....</b>	<b>62</b>
Envie ou désir ? .....	63
<b>Chapitre 1 : Comment écouter et prendre en comptes les envies des résidents au cours d'une prise en soin ou d'un temps informel ?.....</b>	<b>64</b>
1) Les différentes envies des résidents .....	64
1.1) Les envies exprimées en séances .....	64
1.1.1) Les envies de Mr D.....	65
1.1.2) Les envies de Mme M .....	67
1.2) Les envies exprimées en temps informels .....	69
2) Comment accueillir les envies de mort d'une personne âgée ?.....	71
3) En quoi la réminiscence est un support permettant l'émergence des envies et des émotions ?.....	72
<b>Chapitre 2 : Pourquoi est-il important de prendre en compte les envies de chaque professionnel au sein d'une équipe pluridisciplinaire ?.....</b>	<b>73</b>
1) Les envies des aides soignants.....	74
2) Les envies des kinésithérapeutes .....	75
3) Les envies du psychomotricien.....	76
<b>Chapitre 3 : Comment mes envies sont venues moduler mon identité professionnelle ? .....</b>	<b>77</b>
1) Mes envies durant mon stage .....	77
1.1) L'envie d'apporter notre regard par l'intermédiaire des transmissions.....	77
1.2) Mon envie de continuer le stage .....	79

2) Mes envies modulées par les supervisions de la psychomotricienne et des autres stagiaires .....	80
3) Construction de mon identité professionnelle .....	80
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>83</b>
<b>ANNEXE I .....</b>	<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>86</b>

---

## INTRODUCTION

---

Durant ma troisième année de psychomotricité, j'ai eu la chance de pouvoir réaliser mon stage long dans une maison de retraite. C'est un public que j'affectionne tout particulièrement. Au cours des premières semaines, j'ai été marquée par tous ces corps immobiles et inanimés. L'organisation institutionnelle peut avoir un impact conséquent sur le corps et l'identité d'une personne âgée. Je me suis alors demandée comment redonner vie à un corps figé, comment réintroduire l'envie de vivre, de bouger, de créer, de prendre du plaisir etc. C'est ainsi que ma problématique s'est construite : **En quoi l'écoute et la prise en compte des envies d'une personne âgée institutionnalisée permet le maintien identitaire ?**

Au sein d'une maison de retraite, chaque professionnel est soumis à une multitude d'impératifs. Le rythme institutionnel ne permet pas de laisser le choix aux résidents sur la gestion de leur vie quotidienne. Chacun apprend progressivement à s'adapter aux différents horaires ou contraintes de vie de l'établissement. Les envies concernant les repas, l'heure de la toilette, le choix vestimentaire ne peuvent pas être pris en compte par l'équipe pluridisciplinaire. Petit à petit, les résidents inhibent leurs préférences et leurs envies. Le psychomotricien a la possibilité pendant ses séances de s'adapter pour répondre aux envies du patient. Il faut réussir à les recevoir, voire même parfois engager la démarche qui permet aux patients d'exprimer à nouveau ses désirs. Cette prise en compte des envies permet la revalorisation narcissique et vient réanimer une identité parfois oubliée ou éteinte du résident.

Mon mémoire s'est construit autour de mes observations cliniques, mais dans un souci de clarté, je débiterai celui-ci par la partie théorique. Il me semble effectivement nécessaire de clarifier, dans un premier temps, les termes qui seront abordés dans la partie clinique. Dans cette partie théorique, j'ai tenté d'aborder les différences définitions de l'Identité aussi bien d'une façon globale que plus précisément concernant la personne âgée institutionnalisée. J'ai essayé de mettre en évidence le lien probable entre les contraintes de l'organisation de la maison de retraite et le maintien identitaire. Puis j'expliquerai comment, par les médiations du toucher, de la danse, ou par des activités de réminiscence, le psychomotricien peut venir réintégrer une identité oubliée.

Dans un second temps, je vous développerai une partie clinique où je vous présenterai Mr D et Mme M, sujets présentant des troubles identitaires au vu de leurs pathologies. Puis viendra, le temps de la discussion. J'aborderai les envies des résidents mais également celles exprimées dans une équipe pluridisciplinaire. Enfin, j'exposerai les envies qui m'ont guidée durant mon stage et qui sont venues moduler ma future identité professionnelle.

# Partie Théorie

# Chapitre 1 : Identité

## 1) Identité définitions générales

Le mot Identité, vient du français *ydemité* et du latin *identitas* qui signifie « qualité de ce qui est le même », dérivé du latin classique « idem », « le même ».

### 1.1) Définition du Larousse

Le mot identité est défini comme « *Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* » ou « *Ensemble des données de fait et de droit qui permettent d'individualiser quelqu'un (date et lieu de naissance, nom, prénom, filiation, etc.)* » C'est donc l'ensemble des caractéristiques qui serviront à définir une personne en tant que telle et qui permettront ainsi d'identifier nos partenaires de relation.

### 1.2) Définition en psychologie

L'Identité est définie par Erik Erikson (1972, p.13) comme « *le sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle* ». Pour Sigmund Freud et la tradition freudienne, l'identité est une construction caractérisée par des discontinuités et des conflits entre différentes instances de l'individu qui sont le Moi, le Ça, le Surmoi, etc. Erik Erikson tente de dépasser la théorie freudienne dans son ouvrage *Enfance et société*, en expliquant le rôle des interactions sociales sur la construction de la personnalité.

René L'Écuyer, directeur du Laboratoire de recherche sur le concept du soi, souligne d'emblée le caractère dynamique de l'identité qui évolue tout au long de la vie mais aussi l'existence d'efforts inconscients tendant à établir la continuité de l'expérience vécue. L'identité est une unité qui est composée de multiples identités (civile, sexuelle, familiale, goûts, idéologique, professionnelle, etc)

### 1.3) L'identité sociale et personnelle

Parmi les multiples identités, nous avons le terme d'identité sociale qui « *permet d'exprimer la conformité au groupe* » (D. IOGNA-PRAT, 2005, p7 à 29). Elle correspond à tout ce qui permet d'identifier un individu par rapport à un autre grâce à des attributs communs. L'identité personnelle qui est « *une conscience de soi incarnée capable de garder à l'esprit les phases successives de son existence* » (S. CHAUVIER, 2016, p25 à 32). L'identité personnelle permet de se distinguer des autres individus même à travers le temps. Ces notions constituent un outil indispensable pour penser la place d'un individu à l'intérieur d'un groupe social ou de la société dans son ensemble. En d'autres termes, elle sert à faire le lien entre les différentes échelles d'analyse du social et à penser le collectif dans le singulier. (R. BAUDRY et J-P. JUCHS, 2007)

## 2) Genèse de la connaissance du corps

La connaissance du corps est une construction progressive, permettant à l'individu de constituer son unité corporelle, et d'accéder à une identité personnelle. Il faut que chaque personne s'approprie son corps par le biais d'expériences corporelles qui sont explorées dès la naissance. Selon Jean Claude Reinhardt, « *la connaissance du corps peut donc être simplement définie comme une appropriation cognitive, motrice, affective du corps dans une relation humaine, sociale* ».

### 2.1) Individualisation

Une des premières étapes dans le développement de l'enfant est l'émergence du Moi, c'est-à-dire intégrer la conscience de sa propre existence, réaliser la différenciation entre le soi et le non-soi. A la naissance, l'enfant ne fait pas la distinction entre son corps et le monde qui l'entoure. Il va alors cheminer à la prise de conscience d'un corps propre, unifié et différencié de l'autre.

Il existe différents facteurs qui vont permettre la structuration du schéma corporel chez l'individu. D'abord l'intégrité neuro-sensorielle ainsi que de la maturité neurologique, puisque

c'est par les informations sensorielles que le schéma corporel se constitue. Puis par l'expérience des différentes stimulations sensori-motrices provenant de l'environnement. Pour que ces expériences puissent se réaliser, il faut que l'enfant soit sécurisé, la constitution du schéma corporel nécessite donc une bonne fonction contenante de la part des parents. Enfin le schéma corporel va être affiné par le langage, il permet de s'inscrire dans une codification commune.

On distingue alors quatre périodes, décrites dans “psychomotricité, Haute école d'éducation physique, département pédagogie, section éducation physique de A.M Fontaine” :

- Tout d'abord le corps est vécu, l'enfant explore son corps, il le vit d'abord comme segmenté puis grâce au croisement entre les sensations extéroceptives et proprioceptives (fonction proprioceptive de Bullinger) il va constituer son enveloppe et discerner ce qui est du soi et du non-soi.
- Puis le corps est perçu, l'enfant affine sa perception de son corps, il devient capable de discriminer les différentes parties de celui-ci.
- Le corps est ensuite représenté, son corps lui apparaît de manière réaliste.
- Enfin la période du corps opératoire, l'enfant programme et mentalise ses actions selon les conditions environnementales.

Au début, le nourrisson n'a pas conscience de son unité corporelle, il ne distingue pas l'environnement de son corps propre. Par la suite, l'association de son développement et des interactions qu'il va avoir avec son milieu va permettre l'émergence du Moi.

## 2.2) Holding et handling

Plusieurs étapes sont nécessaires aux fondements de l'identité. Donald Winnicott observe la dyade mère-bébé et développe 2 grandes notions : le holding et le handling. En effet, dès sa naissance, un bébé a besoin d'être porté dans les bras de ses parents. Ce portage essentiel aux besoins de l'enfant lui permet de sentir les limites de son corps propre grâce aux différents soins corporels que lui apporte sa mère quotidiennement. Winnicott développe ainsi les notions de holding et de handling qui font références aux attitudes et comportements de maternage au détour des premiers échanges mère-enfant. Le holding correspond au portage, autant physique que psychique, qu'apporte la mère. Le handling renvoie à une

dimension plus active car cette notion comporte les soins prodigués à l'enfant. Ses soins permettent au bébé de se constituer une enveloppe, caractérisée de seconde « peau » par Didier Anzieu par la suite.

*« Les différentes parties du corps sont ainsi reconnues et individualisées mais, jusqu'à deux ans, elles ne sont pas encore intégrées dans l'unité corporelle » (J-C REINHARDT , 1990)*

### 2.3) Le dialogue tonique

Entre la mère et son enfant va s'instaurer ce que H. Wallon appelle en 1930 : « le dialogue tonique ». Le dialogue tonique, premier moyen de communication entre la mère et son enfant, contribue à ce que bébé se forge une véritable enveloppe corporelle, enveloppe qui va déterminer les limites entre soi et non-soi. Le bébé, dans les bras de sa mère, va être réceptif aux variations toniques des bras qui le contiennent. La mère va également comprendre les besoins de son bébé par l'expression tonique qu'il dégage. C'est Suzanne Robert-Ouvrait qui décrit les premières interactions mère bébé par le dialogue tonico-émotionnel. De plus, Ajuriaguerra souligne qu'il s'agit d'une réelle réciprocité de l'échange car le bébé est actif dans ce dialogue tonique, et cela dès la naissance.

### 2.4) Stade du miroir

Selon Lacan, l'appropriation d'un corps propre chez l'enfant ne peut se faire sans l'expérience du miroir. En effet l'enfant perçoit dans le miroir une gestalt, une forme globale, qu'il discrimine des autres et auquel il s'identifie. Son corps auparavant morcelé est alors unifié par cette image, elle autorise la fonction du « je » et en ressort une certaine jubilation car ce corps lui appartient, il est différent de celui de la mère. Cette image unifiée va lui permettre de refouler tous ces niveaux plus archaïques dans l'inconscient. Pour Wallon, ce stade du miroir n'est qu'un élément parmi tant d'autres qui implique une prise de conscience progressive du corps propre.

*« Dans ce cheminement progressif vers l'appropriation de soi, psychologues et psychanalystes s'accordent à considérer le passage par le miroir comme un moment crucial pour l'identification. L'enfant face à son reflet ne doit plus penser qu'il est en présence d'un*

*tiers, mais il doit se percevoir comme un, complet, unifié et différent d'autrui.* » (M. PERSONNE, 2011, p36)

Le sentiment du Moi, chez Federn, se compose en fait de deux sentiments distincts : le sentiment du Moi psychique et le sentiment du Moi corporel. Selon lui, le Moi psychique correspond aux perceptions internes qui sont vécues en premier par l'enfant. Le Moi corporel est perçu comme la somme des souvenirs moteurs et sensoriels unifiés. L'axe corporel est le point d'appui à la fois physique et représentatif de l'action finalisée. Il est le point d'ancrage du Moi corporel et de la représentation du corps.

### 3) **Identité de la personne âgée**

#### 3.1) Vieillesse

La vieillesse est un phénomène difficile à définir tant par l'inégalité qu'elle représente d'un individu à l'autre que par l'aspect subjectif de cette affaire. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne âgée est définie comme quelqu'un de plus de 60 ans. Le vieillissement serait un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps. Il peut être étudié sous plusieurs angles : biologique et physiologique, perceptif, psychomoteur, cognitif et psychologique.

Une personne âgée serait, [selon Légifrance, Arrêté du 13 mars 1985 relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement] : « *une personne plus âgée que la moyenne des autres personnes de la population dans laquelle elle vit. Dans l'opinion courante, ce concept sous-entend souvent que cette personne n'a plus d'activité rémunérée et qu'elle a des capacités diminuées.* » La vieillesse est souvent perçue sous l'angle de la perte, notons tout de même que les personnes âgées peuvent être aussi caractérisées par une certaine sagesse que leur confère leur grande expérience de vie.

Jean-Charles Juhel décrit dans son livre, « la psychomotricité au service de la personne âgée », trois plans du processus physiologique du vieillissement. Tout d'abord, on observe des modifications sur le plan physique, qui sont influencées par la qualité de vie antérieure :

diminution des capacités sensorielles, diminution de l'appétit, du sommeil, de la vitesse de réaction aux stimuli extérieurs. Il y a également une perte des cheveux, du volume de masse musculaire et hydrique, de la hauteur du corps due à une déviation de la colonne vertébrale etc. Toutes ces modifications ont un effet néfaste sur l'équilibre, l'exécution des mouvements ou le tonus musculaire. *« L'âge sape plusieurs de nos capacités, il nous oblige par le fait même à considérer nos limites qui deviennent de plus en plus présentes. La vieillesse nous convie à les incorporer dans notre identité »* (J-C. JUHEL, 2010, p8) Le plan cognitif est également impacté par la vieillesse. On observe un déclin de la vitesse du traitement de l'information. Ainsi, le temps de réaction est plus lent et la concentration pour accomplir deux tâches simultanément devient plus difficile. Puis l'auteur décrit des modifications sur le plan affectif avec un isolement progressif dû aux décès des personnes de l'entourage. Cependant une personne âgée, en bonne santé, a une bonne estime de soi, maintient une image et une identité, a la capacité d'exprimer ses émotions et d'entretenir des relations harmonieuses. (J-C. JUHEL, 2010, p9 à 15)

### 3.2) Vieillesse pathologique

Le vieillissement pathologique a des effets sur le plan physique, cognitif et affectif beaucoup plus important. L'appareil psychique vieillissant devient aussi plus vulnérable avec les pertes de mémoire, il est difficile de se souvenir et d'intégrer de nouvelles informations. Ces pertes mnésiques effacent peu à peu les souvenirs de leur identité. Les troubles physiques peuvent amener à une dépendance du sujet âgé.

Dans le vieillissement pathologique, et en particulier dans la démence, on peut voir que le sujet, éloigné de ses sensations corporelles, en proie à un corps menacé par l'appauvrissement, le morcellement ou la déformation de son schéma corporel, et dont la représentation lui échappe, modifie les liens qu'il a avec son histoire, son identité, son environnement, son entourage.

*« L'annonce diagnostique, puis les symptômes de la maladie s'installent progressivement, introduisant une rupture dans l'identité des personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson. Pourtant, la plupart des patients conservent d'étonnantes capacités de liens et de verbalisations, une conscience très aiguë de leurs troubles et un important désir de s'exprimer, de dénoncer et de chercher du sens. Ils sont véritablement acteurs dans le processus thérapeutique. »* (M. PERSONNE, 2011, p7)

### 3.3) Du regard de l'individu

Tout au long de la vie, des événements viennent perturber l'équilibre dynamique de la vie comme par exemple une entrée dans un nouvel établissement scolaire, la transformation du corps à l'adolescence, les nouveaux postes d'emploi, la création d'une vie de couple, la naissance d'un enfant, etc. Puis arrive la retraite et la transformation de nouveau du corps... Chaque étape demande un travail pour retrouver un équilibre en adéquation avec son nouveau statut.

La personne doit faire face aux difficultés du quotidien et se rend compte chaque jour que certaines tâches ou gestes qui ont été réalisés avec aisance, toute une vie, deviennent progressivement trop difficiles à faire seule. Ces changements autant physiques que psychiques sont de grands bouleversements. Le corps est le premier à pâtir des effets de la sénescence. Le vieillissement n'est pas un mécanisme spécifique des dernières années de la vie. C'est un processus continu qui débute dès la naissance et qui va suivre plusieurs phases : le développement, la maturité et la sénescence. La sénescence correspond à un processus physiologique s'apparentant à l'ensemble des modifications physiologiques et morphologiques qui modifient les structures et les fonctions de l'organisme avec le temps. C'est un processus naturel alliant facteurs génétiques et environnementaux.

En effet, petit à petit, l'image du corps change suite aux modifications corporelles liées à l'âge. Les photos, souvent présentes dans l'environnement, témoignent du temps qui passe. *« Le conflit entre images, celle que la personne perçoit et celle à laquelle elle aurait voulu ressembler, est omniprésent au fil des années. »* (M. PERSONNE, 2011, p38). Chaque nouvelle tâche devient plus lente à exécuter, demande plus de concentration, d'attention ou de forces.

### 3.4) Du regard de la famille

Le regard des enfants sur leurs parents change également à la suite de l'institutionnalisation : l'autre n'existe plus comme il était avant. Ce changement peut être perçu par les personnes âgées, qui comprennent par le regard de leur enfant qu'ils ont changé. Il y a une inversion du rôle parent-enfant. *« Les enfants sont souvent conduits à devenir les parents de leurs parents »* (C. BADEY-RODRIGUEZ, 1997, p22). L'influence du regard de

leurs proches à un impact sur leur image du corps. David Le Breton insiste sur l'idée que « *c'est l'autre qui renvoie en miroir sous une forme dépréciée l'inscription de la sénescence.* » (D. LE BRETON, 2013, p153) En effet, l'image du corps n'est pas une donnée objective, c'est une valeur qui est influencée par l'environnement et l'histoire personnelle du sujet.

De plus, en dehors de l'épuisement de s'occuper d'un sujet âgé dépendant, les familles admettent que « *c'est la peur du danger qui est à l'origine de la volonté d'entrée en institution. La famille évoque alors les risques pour le vieillard : risque de chute, risque d'accidents, conduite agressive, fugue, dénutrition. Le placement peut apparaître comme une assure, une manière de déléguer le risque, la responsabilité à des professionnels* » (C. BADEY-RODRIGUEZ, 1997, p20) Mais quel est réellement le risque ?

L'entrée en maison de retraite va susciter un sentiment de culpabilité auprès de la famille qui est renforcé par le soulagement de ne plus avoir à prodiguer les soins à leur parent. Cette culpabilité peut s'exprimer différemment, envers le personnel, l'institution et/ou le parent directement, ou par la fuite, l'abandon pour s'épargner la souffrance causée par l'état du parent âgé.

#### **4) Identité de la personne âgée institutionnalisée**

##### 4.1) Origine de l'admission

Dans l'étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile réalisée en novembre 2008, Jean Mantovani, Christine Rolland et Sandrine Andrieu mettent en avant 4 formes d'entrée en institution. Premièrement il s'agit de l'entrée « de mon plein gré » : les personnes âgées décident d'elles-mêmes de quitter leur domicile pour intégrer une institution. « *Le sentiment de devenir vieux s'installe. Leur identité de personne autonome et active est ébranlée. Afin de la restaurer, il est nécessaire, pour ces personnes d'agir, de prendre leur destin en main, comme elles l'ont toujours fait.* » (Mallon, 2004). En deuxième ils décrivent le « soutien familial négocié » : il s'agit d'une négociation entre les personnes d'une même famille, la personne âgée en faisant partie mais cependant n'y tenant pas le rôle principal, entre les valeurs familiales et les risques du maintien

à domicile. Après cette négociation, la décision paraît plus imposée que négociée, un contrat est établi faisant appel au compromis. La troisième forme d'entrée est appelée « l'alliance famille-professionnels » : ici la personne âgée ne tient pas un rôle actif sur la décision de son maintien à domicile car la famille pense qu'elle n'est pas apte à juger ce qui est le mieux pour elle en raison de ses troubles cognitifs importants par exemple. Les différents intervenants à domicile et la famille prennent la décision, malgré tous les efforts déployés, d'une entrée en institution car elle semble inéluctable face au niveau de dépendance grandissant. La dernière forme d'entrée est « imposée par l'action des professionnels » : la personne âgée est souvent isolée de sa famille. Sa parole ne fait pas le poids face à celle des professionnels qui jugent la situation à forts risques. Dans cette situation la décision est prise de façon unilatérale. L'objectif étant de protéger la personne âgée. (Jean MANTOVANI, Christine ROLLAND et Sandrine ANDRIEU, 2008)

Le degré de dépendance influence la famille à placer leurs parents dans une institution. Parmi les personnes âgées dépendantes : 60% vivent en institution/Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes et 40% vivent à domicile. Dans le dossier Solidarité et santé n° 1 de 2003 intitulé : « Les personnes âgées entre domicile et établissement », l'auteur constate que les résidents ont le plus souvent vécu leur institutionnalisation comme un acte « imposé » par l'entourage. Leur participation et leur décision interviennent assez rarement : environ 35 % des cas. Il précise que l'acteur social majeur dans le processus d'institutionnalisation est la famille. (Dr D. SOMME, 2003, p35 à 47)

#### 4.2) L'entrée en maison de retraite

L'entrée en maison de retraite est le plus souvent une situation douloureuse, aussi bien pour la personne âgée que pour sa famille. Elle peut être perçue comme un échec du maintien à domicile. Tant par la famille en raison d'un manque d'aides financières pour permettre les soins à domicile et/ou une impossibilité d'être présents régulièrement, que par la personne âgée qui ressent sa difficulté à conserver son autonomie. (T. DARNAUD, 2007)

L'entrée en institution vise à offrir des possibilités de relations sociales et des conditions de vie, d'aides ou de soins meilleurs que ceux dont la personne disposait auparavant. Néanmoins, malgré les conditions favorables que présente cette institution, ces changements demandent une

adaptation importante et bousculent les repères identitaires. Le résident déménage dans de nouveaux locaux (chambre, mobilier, espaces communs, environnement), découvre un nouvel entourage humain, il change de repères spatio-temporels, de rythmicité (horaires fixes pour les repas, les toilettes, le ménage...).

#### 4.3) Une nouvelle organisation

Chaque résident est contraint de suivre l'organisation de l'institution et doit s'adapter à ces contraintes pour pouvoir vivre en collectivité. La personne se voit de fait retirer une part de son autonomie et de sa responsabilité dans l'organisation de sa vie quotidienne et de son environnement.

La vie dans les institutions suppose d'emblée des remaniements auxquels la personne est soumise, d'autant que, dans ce cadre, certains besoins sont souvent mis à mal : se sentir exister au milieu des autres et pour autrui, être regardé, valorisé, sentir qu'on a sa place, être reconnu et respecté dans son identité propre.

## **Chapitre 2 : L'institution**

### **1) Rythme et cadre institutionnel**

Le fonctionnement institutionnel exige une certaine rigidité d'horaires, de lieux, de protocoles, de procédures, de projets de soins. Tous ces impératifs du quotidien laissent peu de place aux initiatives en faveur du changement et de la capacité d'adaptabilité. Chaque professionnel doit suivre le protocole qui lui est demandé par l'institution. D'une part cette rigidité du milieu donne un cadre souvent nécessaire aux résidents mais il laisse peu de place à l'expression des envies. Chaque acte de soin ou de vie quotidienne est chronométré. En effet, la vie collective nécessite une organisation spatio-temporelle rigoureuse pour être fonctionnelle. *« Il n'est pas concevable de sacrifier une majorité face au besoin d'une minorité. Le désir personnel doit se plier, s'effacer, face à la volonté collective »* (M. PERSONNE, 2011, p89) Les horaires ont une importance pour que chaque résident puisse bénéficier, dans la journée, de tous les soins nécessaires à ses besoins vitaux. La

problématique de la place de l'identité pour chacun est posée. « *Cette organisation du soin, ce cadre thérapeutique ferme et sécurisant peut amener le patient à devenir « victime » du mécanisme institutionnel stigmatisant et « étiquetant »* » (M. PERSONNE, 2011, p89)

Le rythme influe sur l'identité sociale des personnes âgées, qui se laisse porter par l'institution. L'environnement va impacter l'identité. C'est un des rôles du psychomotricien d'essayer de maintenir cette identité malgré le cadre institutionnel omniprésent. Face à ce rythme, les patients peuvent devenir agressifs, ce qui montre qu'ils luttent pour conserver leur identité et leurs envies, ils ne se laissent pas faire et parviennent à exprimer leur mécontentement face à certaines situations, ou s'éteignent et c'est là où il faut faire renaître les pulsions d'envie.

## 2) **Impact de l'institution sur l'identité**

### 2.1) Impact psychologique

Lorsqu'un individu entre en établissement pour personnes âgées, cela signifie qu'il entre dans sa dernière demeure. Il doit faire le deuil de sa vie d'avant, de son ancien logement qu'il a habité psychologiquement et physiquement, souvent pendant de nombreuses années. Son habitation était remplie d'objets investis affectivement représentant les marques externes de son identité. Elle ne peut, d'ailleurs, apporter que peu d'objets personnels de son ancien domicile à son nouveau lieu de vie. L'individu doit alors se construire de nouveaux repères, ce qui prend du temps. D'autant plus qu'il change aussi d'organisation et de manière de vivre. « *Lorsqu'on entre en EHPAD, non seulement on change de chez soi, mais on change de mode de chez-soi : comme nous l'avons remarqué, de seul à la maison le plus souvent, [...], on entre en collectivité.* » (V. LARGER, 2017). Ce changement se produit à une période de la vie où la personne est fragilisée physiquement et psychologiquement. Elle est donc plus difficilement apte à gérer un changement d'environnement. « *La personne âgée va se trouver confrontée brusquement à un grand nombre de nouvelles personnes, à des locaux souvent perçus comme démesurément grands, alors qu'elle vivait fréquemment seule chez elle. Elle manifeste alors très vite des signes de désorientation spatiale et temporelle, son rythme de vie, ses habitudes, ses repères habituels étant, bien souvent, bouleversés.* » (C. BADEY-RODRIGUEZ, 1997, p.19)

A travers ce bouleversement, elles jouent le deuil de la personne qu'elles étaient, le deuil d'un corps qui les portait et leur permettait de rester indépendantes et qui aujourd'hui les abandonne. L'entrée en maison de retraite est une nouvelle étape qui les rapproche un peu plus de la mort.

## 2.2) Impact social

L'entrée en institution met fin à la solitude et à l'isolement auxquels la personne âgée peut être confrontée quand elle vit chez elle. L'établissement offre un milieu plus sécurisant, plus contenant à la personne car elle est entourée par des professionnels, elle va aussi avoir plus facilement accès aux soins. Les tables repas sont composées en fonction des capacités de chacun pour faciliter les interactions. Les ateliers d'animation permettent de créer du lien grâce à une activité commune effectuée. L'objectif est de faciliter la communication et d'amener les résidents à échanger avec leurs pairs pour diminuer le retrait social qui peut engendrer une diminution des fonctions psychomotrices. La question que l'on peut se poser malgré tout est : Est-ce que les résidents ne sont pas finalement seuls en collectivité ?

## 2.3) Impact sur l'autonomie

La perte des capacités, et de la possibilité de se mouvoir seul, amène à une dépendance mais avant tout à une perte d'autonomie. C'est cette perte qui peut engendrer une entrée en institution. L'autonomie est définie comme la capacité à se gouverner soi-même par la capacité de jugement (prévoir et choisir) et la liberté de pouvoir agir pour accepter ou refuser en fonction de son jugement préalable. L'institutionnalisation d'une personne âgée peut avoir un impact sur son autonomie et l'amener progressivement vers une dépendance. La dépendance se définit comme l'impossibilité totale ou partielle pour une personne d'effectuer, sans aide matérielle ou humaine, les activités de la vie quotidienne et de s'adapter à son environnement. Est-ce le fait de considérer une personne comme dépendante, alors qu'elle est autonome, qui l'amène vers cette véritable dépendance ? Le sentiment de dépendance a des effets néfastes sur l'estime de soi et peut psychologiquement signifier une approche vers la mort.

### 3) Le rôle du psychomotricien au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Le psychomotricien est souvent seul à exercer son métier dans l'ensemble de l'institution. Il doit parvenir à faire sa place au sein d'une équipe constituée principalement de soignants. Si le psychomotricien veut s'intégrer à l'équipe il doit être présent, visible et rassembler l'attention de tout le monde. Pour cela, il doit s'intéresser aux actes de la vie quotidienne comme la toilette car c'est un acte qui prend une grande partie du temps institutionnel. Un travail en co-thérapie auprès du personnel est nécessaire pour changer leurs regards sur les résidents et qu'ils se sentent vivre dans leur regard également. C'est un travail collectif qui permet le maintien de l'identité.

#### 3.1) Formations et Mécanismes de défenses des aides-soignants

Pour les soignants, un travail accompli signifie que tous les résidents sont lavés et habillés, même si les toilettes doivent parfois être contraintes et rapide. « *La présentation extérieure d'un malade, sa propreté, sa coiffure correcte et au besoin, un maquillage discret ou une barbe bien faite, sont en effet des attributs nécessaires à sa dignité* » (T. DARNAUD, 2017). C'est la frustration des aides-soignantes qui vont mettre en place des mécanismes de défense : Défense d'objectisation. En effet, elles savent qu'elles ne pourront jamais appliquer ce qu'on leur apprend durant leurs formations par manque de temps. Elles sont conscientes que 30 minutes seraient nécessaires pour humaniser cette personne mais par manque de temps, une frustration émerge. Pour pouvoir continuer d'exercer leur métier malgré cette frustration quotidienne, des mécanismes de défenses s'installent : les gestes deviennent mécaniques. Leur but principal est de terminer "la tournée journalière des toilettes". David Le Breton écrit « *tout son travail, tel du moins qu'elle en parle, semble se réduire à une somme contraignante de gestes d'entretien sur des corps anonymes* » (D. LE BRETON, 2013, p146). Cette mise à distance se fait au prix de la réification de la personne âgée, qui devient objet de soin et qui n'a dès lors plus pour réponse que la régression, la dépendance et/ou la confusion mentale. (C. BADEY-RODRIGUEZ, 1997)

Les aides-soignantes sont formées par l'intermédiaire de la pyramide de Maslow. En effet, on leur explique qu'elles doivent s'occuper des premiers besoins de la pyramide : besoins physiologiques. Elles doivent s'occuper des soins primaires qui leurs semblent des besoins

vitaux. On aborde alors le problème sous l'angle des besoins communs à tous les individus et le risque existe de ne pas prendre en compte les besoins spécifiques à la personne, ses souhaits et attentes propres. Il y a donc urgence à s'occuper de tous ces besoins malgré les désaccords de certains résidents. Il faut leur montrer que communiquer avec eux et aussi important que la toilette journalière. Le psychomotricien, pour s'intégrer aux équipes, doit aller dans cette base de la pyramide pour aller à leurs rencontres : « la toilette ».

*« Certes, la formation du personnel s'est développée et a permis des progrès notables. Mais, en même temps, la charge de travail s'est considérablement alourdie et les conditions de travail se sont dégradées, ce qui a eu des conséquences importantes sur les relations entre soignants et résidents » (C. BADEY-RODRIGUEZ, 1997, p8)*

Chacun doit trouver sa propre façon d'orienter l'échange avec le patient afin d'obtenir sa coopération, voire sa participation, que ce soit pour l'aide au repas, l'aide à la toilette, l'aide à l'habillage ou le change de sa protection.

### 3.2) Le concept d'Humanitude

Le psychomotricien peut amener le concept de l'Humanitude au sein de l'équipe. C'est en 1995, que Yves Gineste et Rosette Marescotti, décrivent une nouvelle philosophie de soins qu'ils baptisent "la philosophie de l'Humanitude". Ce concept prend en compte les choix, les envies et les besoins fondamentaux des résidents en veillant à préserver la santé. Il permet de favoriser l'autonomie et de la qualité de vie de la personne en respectant ses valeurs, ses plaisirs, son histoire tout en prenant soin de la personne en obtenant son consentement. *« Les soins effectués dans cette approche deviennent des appels d'humanité, reconnaissance de l'humanité dans l'autre et mise en place de moyens de conservation de ces qualités d'hommes »*. L'humanité peut orienter vers le sens profond de certaines actions du quotidien effectuées par les différents professionnels. Le concept permet de redonner de la dignité au résident dans les soins apportés, en rappelant l'importance du regard, du sourire, de la parole ou du toucher. Dans cette vision, il y a la place pour la relation soignant-soigné, pour les soins du corps, comme pour ceux de l'esprit et la valeur du geste n'est plus uniquement liée à son aspect technique ou médical. Le psychomotricien, par sa formation, peut soutenir l'évolution des professionnels à changer leurs pratiques vers la

bienveillance. Tous ces changements quotidiens auront des répercussions sur la dignité, l'humanisation et donc sur l'identité des résidents.

### 3.3) Apport du regard de la psychomotricité dans l'équipe pluridisciplinaire

Les séances de psychomotricité en groupes ou individuelles, de 30 minutes à 60 minutes par semaine, ne sont pas suffisantes pour maintenir l'identité du résident. Il faut qu'au quotidien les résidents se sentent écoutés et soutenus. Il faut également leur permettre de garder leur autonomie en ne faisant pas à leur place. Notre rôle au sein de l'équipe pluridisciplinaire consiste également à effectuer un travail en amont de prévention, de formation au contact et à la communication verbale pour favoriser la reconnaissance, la compréhension des envies par l'ensemble des professionnels.

Ce n'est pas uniquement au cours des séances que l'on peut donner de la reconnaissance à une personne mais aussi par des moments simples et anodins. Il faut savoir prendre le temps à certains moments, écouter et percevoir certaines demandes ou envies. Savoir donner de l'importance à chacun et l'individualiser.

De plus, il peut être intéressant d'apporter les notions de holding et de handling aux professionnels. En effet, les soins prodigués aux personnes âgées s'apparentent au handling que développe Winnicott. Durant la toilette le fait de laver, changer ou habiller une personne a des répercussions sur son enveloppe psychique et physique. Lorsqu'une mère lave son enfant, elle le fait en pensant les soins, en amenant un échange émotionnel et affectif. Les soins en maison de retraite sont à conceptualiser comme la constitution d'une enveloppe qui permet au sujet de maintenir son identité. Les travaux de Winnicott offrent un certain nombre d'éléments et de repères qui peuvent s'inscrire dans la relation enfant-parent mais aussi dans la relation professionnel-personne âgée au sein de l'institution.

## **Chapitre 3 : Rôle du psychomotricien dans l'émergence des envies et l'expression des émotions**

### **1) Le regard psychomotricien du sujet âgé en institution**

Le psychomotricien, par sa formation, a la capacité de faire une lecture du corps du sujet. On sait que le corps exprime des éléments internes que nous devons regarder et comprendre. Le corps en gériatrie est plus diminué, réalise moins de mouvements et exprime moins d'envie. L'identité est impactée par la posture que prend le corps d'une personne institutionnalisée. Le corps se construit et se modifie sans cesse dans l'interaction et dans l'échange, jusqu'au dernier souffle de vie. Comment, par le corps allons-nous aider le sujet à retrouver l'envie et des émotions ? Nous le verrons par la suite.

Le psychomotricien est le professionnel qui peut se permettre de prendre un temps d'écoute et d'échange avec le résident. Pour communiquer, il s'appuie sur le dialogue non verbal corporel ou encore le dialogue tonico-émotionnel. Communiquer, c'est établir une relation avec autrui. Toutes les informations corporelles que nous donne le sujet âgé sont des éléments qui permettent de créer une communication.

### **2) Communication non-verbale :**

Avec certaines personnes âgées nous sommes amenés à utiliser la communication non-verbale pour comprendre les envies. Le langage du corps est un autre allié de la dynamique de l'entretien. Jacques Corraz décrit la communication non verbale par « *l'ensemble des moyens de communication existant entre deux individus vivants n'usant pas du langage ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc).* » Ce concept explique que les informations corporelles comme les gestes, les postures, les orientations du corps, les regards sont des informations permettant une communication non-verbale. Il faut détecter ces signaux et les comprendre. Il explique que « *L'expression est un concept qui connote la manifestation objective d'un état intérieur. Quand il s'agit d'émotions, les expressions spécifiques sont comprises d'une façon spontanée par les individus de la même espèce qui réagissent en conséquence* ». En effet, le rôle du

psychomotricien est d'être attentif à ces indices expressifs du langage corporel pour s'adapter dans la relation

### 2.1) Les mouvements corporels

Les mouvements corporels effectués par le résident font partie du langage du corps. Ces signes sont des acquisitions culturelles par exemple les mouvements de la tête, pour dire oui ou non, des gestes de la main pour demander le silence, signifier une surprise, désigner un objet dans l'environnement etc. Les mimiques faciales font partie également des signaux libérés du langage. Elles peuvent être conscientes ou inconscientes. Notre face exprime une large gamme d'affects intérieurs : les différents états émotionnels.

### 2.2) La posture

Avant chaque rencontre nous réalisons une lecture corporelle rapide de notre interlocuteur. Le code vestimentaire, la présence corporelle, la démarche et la posture sont des éléments que chacun peut observer avant même d'entrer en relation.

Par notre posture et notre regard, nous transmettons aussi des informations à la personne en face de nous. « *On entend par posture la position du corps, ou de ses parties, par rapport à un système de repères déterminés* » (G. BARRIER, 2013). L'orientation des différentes parties du corps en face d'une personne fait partie des informations posturales. Un bon ajustement postural permet une meilleure relation avec son interlocuteur. La posture nous informe des intentions positives que l'on a envers le résident, lors par exemple d'un rapprochement, d'une rencontre etc. Il faut également respecter les distances relationnelles. Tous ces ajustements vont permettre de créer une relation sécurisante et bienveillante qui vont inciter l'individu à se confier et ainsi exprimer une envie profonde ressentie.

### 2.3) Le regard

Le regard est, avec le toucher, un des modes de contact important dans le dialogue tonique. Il régule les interactions sociales qui indiquent par exemple si la communication est possible. Le regard est le principal outil de compréhension des émotions.

Les émotions du visage, parmi tous les signes corporels, sont les plus impactant, par le fait que les signes émis sont beaucoup plus visualisés et interprétés, par tout destinataire, que les gestes. Il s'agit pour le thérapeute d'être dans l'attention du moment présent, pour se laisser toucher par le regard de l'autre, pour saisir la subtilité de son langage : un regard fuyant, vif, intense ou expressif. C'est par et grâce au regard de l'autre que l'on se sent exister comme être à part entière. L'identité se construit et se développe donc aussi par le regard.

Si on propose quelque chose qui ne convient pas, aux envies du résident, cela peut se lire sur son visage. Ces signaux permettent aussi d'écouter la personne et d'adapter nos gestes. Le fait de fermer les yeux permet de couper la relation. Cette une information à prendre en compte.

### 2.4) Le dialogue tonico-émotionnel

On doit la notion de dialogue tonique à Julian de Ajuriaguerra, qui la définit dans la lignée des travaux de Wallon. Pour Wallon, l'émotion est le seul moyen d'expression possible du bébé pour communiquer avec son environnement. Il s'agit du 1er moyen de communication pour l'enfant. Le bébé et celui qui le porte s'accordent réciproquement aux variations toniques perçues. C'est le prélude au dialogue verbal, mais il reste un support de communication tout au long de la vie. Toute émotion s'accompagne de manifestations toniques, et agir sur le tonus peut modifier l'état émotionnel. Il est caractérisé par une hypertonie d'appel et une hypotonie de satisfaction au sein de la dyade mère-enfant. (G. BARRIER, 2013).

Nos émotions ont un impact sur le tonus qui peut être observé et compris par le psychomotricien. « *Nous détectons des émotions d'arrière-plan par de subtils détails dans la*

*posture corporelle la vitesse et le contour des mouvements, des changements minimes dans la quantité et la vitesse des mouvements oculaires, comme dans le degré de contraction des muscles faciaux.* » (A. DAMASIO, 2003). Ces informations toniques nous aident à comprendre l'interlocuteur et ses ressentis. Le psychomotricien doit recevoir et accueillir les émotions de la personne âgée tout en étant attentif à ce qui se passe en soi. L'objectif est de favoriser les échanges par l'écoute corporelle du résident.

Cependant la communication non-verbale peut être impactée en gériatrie. Tout d'abord, les troubles sensoriels peuvent entraîner des difficultés dans la relation par le regard. Les mouvements corporels sont amoindris par l'ostéoporose, l'arthrite ou l'arthrose qui engendrent des douleurs. On observe une posture qui s'affaisse avec une diminution du tonus. Tous ces éléments ont un impact sur le corps qui devient alors plus statique. S'en suit une interrogation : le corps statique diminue-t-il les envies ou le manque d'envie rend-il le corps statique ?

### **3) Communication verbale**

Les séances du psychomotricien sont décentrées des entretiens ou des soins médicaux et peuvent libérer la parole de la personne âgée. Un cadre contenant et sécurisant crée un environnement favorable aux échanges. La parole est ce qui nous rend humains « *ne pas communiquer, ne pas avoir d'interlocuteur à qui parler, constitue une expérience douloureuse. [...] La communication est un des supports externes de l'identité, et ne de plus être inclus dans le jeu d'échanges de messages en retour peut amener à douter de la fiabilité de ses perceptions* » (L. PLOTON, 1995)

En s'inspirant de la méthode de Validation de Naomi Feil, on va permettre à l'interlocuteur d'exprimer ce qu'il ressent. Valider, c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne. Cette technique de communication va demander de questionner les émotions et les sentiments internes que peut ressentir une personne âgée. Les objectifs sont : restaurer l'estime de soi, réduire le stress, améliorer la communication, aider à trouver du sens à la vie, restaurer la dignité etc. On peut ainsi gagner sa confiance et amener un sentiment de sécurité créant le lien thérapeutique nécessaire pour favoriser l'expression d'envies.

*« Avec la validation, nous sommes ouverts à toutes les émotions qui peuvent être exprimées par les grands vieillards, Avec l'empathie, nous pouvons partager ces émotions et en encourager l'expression » (N. FEIL, 2018)*

De plus, l'importance des mots que l'on emploie face aux résidents est aussi à prendre en compte quotidiennement. Les psychomotriciens, ainsi que les autres professionnels, doivent être attentifs à l'utilisation du « on ». Si ce « on » semble créer du lien en apparence, (« on va manger », « on va se laver », « on va se coucher » etc..), il est une forme de mise à distance et infantilise la personne, même si cela n'est pas l'intention consciente de la personne qui l'utilise. « On », dans son caractère indéfini, dépersonnalise le soin, ne s'adresse finalement à personne, en tout cas pas à l'individu lui-même. *« L'individualité disparaît dans le « on » collectif. L'anonymat du « on » masque à la fois l'existence d'un sujet particulier et l'exercice de la responsabilité » (M. PERSONNE, 2003, p108).* Les mots ont une portée, même si nous ne sommes pas sûrs d'être compris, il est essentiel dans la relation à l'autre d'être attentif à notre vocabulaire. Le langage est un marqueur d'une humanité partagée ; en verbalisant ses gestes, en expliquant au patient ce qu'il fait, en nommant les parties du corps mobilisées, ont individualise et humanise le sujet.

#### **4) Lien entre expression d'une envie et l'identité**

Réussir à exprimer une envie est en lien avec l'identité. La perte d'identité entraîne une diminution des envies. Les deux sont intimement liées. Pour Michel Lejoyeux, psychiatre *« l'absence d'envie forte expose au vide existentiel, à l'ignorance de “qui l'on est”. Ce sont nos désirs qui donnent un sens à notre vie ».*

Dans son livre *Moi-peau*, Didier Anzieu nous parle de l'arbre de vie qui nous constitue : *« je suis comme un arbre, un tronc qui grandit et des branches qui vont dans toutes les directions, mais pour continuer à exister, ne pas me briser ou me fragmenter malgré les changements et la ramification des expériences que m'impose la vie, il faut que j'aie des racines, en être conscient et donc savoir d'où je viens. »* Il faut partir de l'histoire de vie, donc des racines de l'arbre qui contiennent du récit intérieur de chacun, pour une connexion entre la partie plus profonde de l'identité de la personne et sa possibilité de s'exprimer dans l'institution. (A. GOUSSOT, 2015, p.120)

« *Le psychomotricien cherche donc tout au long de ce parcours de soins à accompagner la personne âgée pour qu'elle se sente jusqu'au bout un individu qui peut agir sur son environnement et exprimer ses désirs* » (A. VACHEZ-GATECEL et A. VALENTIN-LEFRANC, 2019, p369)

## 5) **Refaire naître l'envie**

Pour améliorer les troubles identitaires d'un patient et ainsi refaire naître les envies, il est nécessaire de travailler sur l'enveloppe. Les médiations du toucher et du mouvement permettent d'apaiser les angoisses liées à l'enveloppe et à l'identité. De plus, pour qu'il y ait identité, il faut des liens forts entre le corps et l'esprit qui reposent sur les liaisons nerveuses et l'intégration et la compréhension des sensations. Il faut que le sujet puisse « *accéder à nouveau à l'expérience constitutive de son identité* » (G. PONTON, 1996, p 31) pour parvenir à exprimer plus facilement ses envies.

### 5.1) Le toucher

Le « *toucher thérapeutique* » va retrouver une dimension affective, un sens et une intention. Le toucher est un des sens les plus essentiels. Montagu écrit : « *Le toucher est le sens le plus important de notre corps [...] Il nous donne la notion de profondeur, d'épaisseur, des formes. C'est par notre peau, grâce au toucher que nous ressentons, aimons, détestons* ». (A. MONTAGU, 1979)

Le toucher peut alors servir de relais, dans un but de restauration affective et de stimulation sensorielle, dans un cadre relationnel contenant. « *Le toucher est le réceptacle d'émotions, de sentiments et de représentation* ». (D. SPYCHALA, 2002)

Le toucher vient au contact de la peau qui est l'enveloppe externe du corps. Cette peau vient marquer les limites visibles entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Le Moi-peau est un concept psychanalytique développé par Didier Anzieu. Pour lui, la peau revêt une place importante dans les processus de séparation-individuation. Le toucher va venir soutenir les

fonctions psychiques de la peau et ainsi apporter une contenance nécessaire au maintien identitaire.

## 5.2) Le corps en mouvement

L'invitation aux mouvements effectuée par le psychomotricien vers un sujet est perçue comme un chemin semé d'embûches car le corps est marqué par la douleur et les faiblesses de la vieillesse. « *Se mettre en mouvement, c'est rencontrer d'inattendues possibilités, mais c'est aussi se heurter aux limites. C'est confronter ce qu'on pouvait faire avant à ce qu'on peut ou ne peut plus faire maintenant* » (M. PERSONNE, 2011, p75) Cependant le résident retrouve le plaisir de bouger malgré les difficultés. En axant les suggestions sur le plaisir sensoriel, on éloigne la notion de performance. L'expression du corps amène de la créativité et libère les mouvements.

« *En éveillant et réorganisant les systèmes ostéo-articulaires et myofasciaux, les mouvements respiratoires, les coordinations et dissociations entre les différentes parties du corps, les réactions de support et transferts de poids etc., elles recréent un ancrage corporel à partir duquel il devient possible de trouver appui et rebond, verticalité et mobilité* » (Sandra Cologne, 2010, p19) Et ainsi sortir d'une immobilité et des limitations dues à la pathologie. De plus la verticalité est le propre de l'homme. Elle nous humanise et maintient l'identité. Notre histoire personnelle va se refléter dans notre façon de marcher, elle porte le sens de notre dynamique, révèle une part de notre façon d'être, de notre personnalité. « *L'axe, la ligne de gravité porte non seulement l'histoire de l'humanité, celle du cosmos, mais aussi l'histoire personnelle de chacun.* » (E. GILLAN, 2012, p18)

Pour Edmond MARC, qui s'est penché sur la question de l'identité, « *le corps est à la fois la base et le support privilégié du sentiment d'identité.* » (E. MARC, 2005, p41). La médiation corporelle représente un mode de relation immédiat pour des patients dont l'accès aux échanges verbaux devient de plus en plus problématique.

## 6) Emergence des émotions

### 6.1) Définition émotion

Le psychologue, Jacques Cosnier différencie deux formes d'émotions :

-les "émotions", désignent uniquement les émotions dites "basales" ou "primaires", telles la peur, la surprise, la colère, la joie, la tristesse, le dégoût et quelques autres. Les émotions qui sont dites "mixtes", résultantes de mélanges des émotions basales. Elles sont caractérisées par des processus dynamiques qui ont un début et une fin, et une durée relativement brève. « *Ces phénomènes "phasiques" sont causés par des événements précis et généralement inattendus ou improbables.* »

-les "épisodes émotionnels" sont des émotions rémanentes qui sont caractérisées par une durée plus longue, comme par exemple le deuil. « *L'état émotionnel commence souvent dans l'anticipation de l'événement, subit son apogée durant l'événement et persiste un temps plus ou moins long selon la nature de ce dernier.* » (J. COSNIER, 2015, p6)

### 6.2) Réminiscence

Issu des mots grecs *ána* (remontée) et *mnémè* (souvenir), l'anamnèse signifie rappel du souvenir. Pour Aristote la réminiscence est la faculté, propre à l'homme, de rappeler volontairement un souvenir d'origine empirique et de le localiser dans le temps. (G.TORRIS, *Encyclopædia Universalis*, 2020)

La méthode de la réminiscence, demande une exploration de l'histoire passée du patient faisant appel à ses souvenirs. Il faut faire appel à la mémoire pour passer en revue certains moments de son existence. « *L'utilisation de la mémoire épisodique et des gestes d'antan, du vécu psychocorporel de la personne sont fondamentaux et essentiels pour préserver un peu de sentiment d'être une personne individualisée et personnalisée, différente des autres* » (Michel Personne, 2011, p101). En séance individuelle, un travail autour de cette exploration du passé, incite la personne âgée à penser à sa vie antérieure et ainsi faire émerger des souvenirs. Les souvenirs font ressurgir certaines émotions qui ont été vécues antérieurement.

Une méthode de réminiscence permet de faire ressurgir les souvenirs anciens de la mémoire autobiographique et épisodique d'une personne. (N. FEIL, 2018)

Dans son livre *Reminiscence and Recall*, Faith Gabson cite dix bonnes raisons de pratiquer la réminiscence, parmi lesquelles renforcer l'estime de soi et l'identité.

Marielle Cabaniols écrit un article sur « Le bonheur est dans l'EHPAD » pour évoquer : Les bienfaits de la musicothérapie. « *Le bonheur, c'est aussi de la provocation. Provoquer une rencontre, provoquer une émotion, provoquer pour créer, pour exister et être heureux.* » La musique convoque tous les sens et fait émerger des sensations et des sentiments. Les résidents qui participent à un atelier musical sont invités à aller à la rencontre de leurs émotions et de les exprimer librement. (M. CABANIOLS, 2012)

### 6.3) Emergence et expression d'une émotion

L'alexithymie signifie étymologiquement l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots. On peut en revanche, dans un premier temps, l'exprimer au travers des postures émotionnelles. Des études ont montré que les postures seraient vectrices, dès l'enfance, des émotions internes. Les émotions ont plusieurs modes d'expression dans la communication non-verbale. Par ailleurs, des mouvements précis et stéréotypés encodent certaines émotions, mais tous les individus ne les utilisent pas systématiquement, chacun ayant son style d'expression posturale. « *La posture est le support des émotions, mais aussi de l'histoire de chacun.* » (Isabelle Sage, 2008 p.19) C'est à nous, en tant que psychomotricien, d'analyser ce que le corps nous renvoie.

Par la suite, les émotions devront être exprimées intérieurement et identifiées avant de pouvoir être nommées. Ce processus, déjà effectué pendant l'enfance, est à réinvestir chez des personnes présentant des troubles identitaires.

# Partie clinique

## **Chapitre 1 : L'institution**

### **1) Présentation de l'établissement**

Cet EHPAD fait partie d'une association à but non lucratif qui gère à ce jour 18 établissements (EHPAD et Hébergements pour Personnes Âgées autonomes) répartis sur trois régions dont la région parisienne. Cette structure a ouvert il y a 26 ans, et la direction n'a pas changé depuis. Actuellement, 82 personnes résident dans la maison d'accueil. La résidence comprend 85 chambres individuelles dont 5 chambres communicantes pour l'accueil des couples. Elles sont réparties sur 6 étages et possèdent chacune un balcon.

En arrivant dans la maison d'accueil, nous faisons face à un hall spacieux, un salon convivial avec un grand piano sur le côté. Les couleurs sont vives et les murs sont tapissés de dessins des résidents réalisés, avec l'animatrice ou des bénévoles. Les résidents sont tous ensemble, il n'y a pas de répartition dans les étages selon la pathologie, pas d'unité fermée. Les résidents se côtoient quelles que soient leurs difficultés ou pathologies, ce qui peut créer des relations conflictuelles ou au contraire des relations d'entraide. Chaque étage est repérable par une couleur pour permettre une meilleure orientation aux résidents.

L'établissement se présente sur 6 étages :

- Le rez-de-chaussée se compose d'un grand espace commun disposant d'un salon avec à disposition une télévision. On y trouve également un restaurant, et une grande terrasse.
- Les chambres sont réparties du premier au sixième étage. Toutes ces chambres identiques sont équipées d'une salle de douche adaptée dont le sol est sans obstacle permettant d'accueillir une chaise roulante. On y trouve aussi des toilettes et un lavabo. Les résidents bénéficient d'une chambre entièrement meublée avec un lit médicalisé mis à disposition, ou peuvent, si elles le souhaitent conserver leurs propres meubles à conditions qu'ils soient adaptés aux normes de sécurité. Chacune donne accès à un balcon partagé à deux chambres.
- Au sixième étage, nous disposons d'une grande salle lumineuse pour faire nos séances groupales ou individuelles donnant sur une terrasse où est aménagé un jardin potager.

C'est également dans cet espace que notre matériel est rangé. On trouve dans les autres étages, une bibliothèque, une très petite salle dite « sensorielle » de type snoezelen (qui comporte des rideaux occultants, des lumières douces changeantes et quelques coussins), un salon de coiffure, une pièce destinée au bain thérapeutique, une salle kiné, avec un tapis de marche et autres d'accessoires. Il y a aussi les salles réservées aux soignants où se déroulent les transmissions.

Je trouve que le fonctionnement de cette maison de retraite est très appréciable : la bonne humeur est toujours présente et en discutant avec les employés, je réalise qu'elles ne quitteraient ce lieu pour rien au monde. C'est une ambiance familiale qui s'instaure dans cette maison. D'ailleurs la majorité de l'équipe travaille dans l'établissement depuis de nombreuses années. La psychomotricité a une place connue et reconnue par l'ensemble des personnes travaillant ici.

## **2) L'équipe pluridisciplinaire**

Pour assurer le bon déroulement de l'institution, une équipe pluridisciplinaire se mobilise continuellement. Tout d'abord, l'équipe de direction et d'administration, composée de la directrice, de l'assistante de direction, d'une comptable, d'une responsable des achats et facturations. L'équipe de direction est complétée par une coordinatrice de l'animation et d'une animatrice.

L'équipe pluridisciplinaire est également composée d'un corps médical et paramédical : un médecin coordonnateur présent trois jours par semaine, un médecin psychiatre, une cadre infirmière et de plusieurs infirmières et infirmiers. On note également l'intervention d'un psychologue clinicien, d'une ergothérapeute présente deux jours par semaine, d'une orthophoniste, de plusieurs kinésithérapeutes qui interviennent en libéral et de la psychomotricienne avec ses stagiaires. Les projets de soins de l'EHPAD sont mis en œuvre par l'équipe pluridisciplinaire encadrée par le médecin coordonnateur et le cadre infirmier.

## **3) La place de la psychomotricité**

La psychomotricienne intervient sous un statut libéral, 1 jour et demi par semaine. Elle

vient d'intégrer cet emploi suite au départ en retraite du psychomotricien qui a exercé 27 ans dans cette maison de retraite. Elle était l'une de ses stagiaires l'année dernière. Elle est donc fraîchement diplômée suite à une reconversion professionnelle. Auparavant elle a exercé 10 ans en tant que art-thérapeute en psychiatrie adulte. L'ancien psychomotricien, très apprécié, vient régulièrement à l'EHPAD voir l'ensemble des résidents, les équipes mais également pour nous guider et répondre à nos différentes questions.

Chaque suivi est réfléchi en réunion d'équipe. Le médecin donne son aval pour les prises en soin en psychomotricité. Les indications de la prise en charge psychomotrice sont réalisées par le psychologue clinicien de l'EHPAD ou par le médecin coordonnateur qui est notamment responsable de l'élaboration, la coordination et l'évaluation du projet de soins. En cas de besoin constaté par l'équipe ou de demande des patients, le psychomotricien peut être interpellé pour réaliser un bilan psychomoteur et/ou débiter un accompagnement en psychomotricité. Celui-ci peut être en individuel (toucher thérapeutique, aide au réveil, relaxation, travail de l'équilibre...) ou en groupe (théâtre, équilibre, expressivité...). Les séances se déroulent en chambre, en salle polyvalente, dans l'oratoire, en salle snoezelen ou encore dans les espaces communs. Chaque besoin est étudié, le lieu et l'horaire doivent être définis avec le résident puis il est exposé aux les soignants pour organiser les modifications concernant les soins quotidiens.

La majeure partie des personnes âgées de l'institution aurait besoin ou pourrait bénéficier de séances de psychomotricité : notre champ d'action étant très large, nous pourrions proposer à chaque personne un accompagnement qui relève de la prévention, de la rééducation ou de la thérapie. L'accompagnement évolue au cours du temps car l'avancée en âge de la personne et l'évolution de ses troubles va nous amener à modifier les objectifs de soin.

#### **4) Ma place de stagiaire**

La rencontre avec mon référent de stage a été décisive dans le choix de mon lieu de stage long de troisième année : je pressens lors de notre premier entretien que j'ai en face de moi une personne dynamique, à l'écoute et qui pourra m'accompagner dans mon épanouissement professionnel au sein de cette maison de retraite. Je ne m'étais pas trompée,

la disponibilité et l'écoute des deux psychomotriciens favorisent notre apprentissage tout au long de l'année.

Nous sommes 5 stagiaires présentes le même jour. Au début, j'appréhendais de ne pas trouver ma place mais finalement, cette configuration s'est montrée très enrichissante. Nous avons pris le temps de nous répartir les groupes et les suivis individuels qui étaient déjà mis en place, en écoutant les préférences et les envies de chacune. Cela nous a permis de travailler ensemble, mais aussi de façon plus individualisée tout en ayant la possibilité d'échanger sur nos questionnements et les problématiques rencontrées. Des temps étaient consacrés à des échanges sur les cas cliniques que nous étions amenés à rencontrer au fil de la journée. Notre maître de stage nous accorde une grande confiance tout en étant disponible pour répondre à nos interrogations ou nos craintes.

Ma journée de stage du jeudi au sein de l'institution :

Nos prises en soins en groupe ou en individuel s'articulent autour du rythme de vie des résidents. Notre journée de stage débute vers 10h par une lecture minutieuse des transmissions écrites durant la semaine sur le logiciel informatique prévu à cet effet. Nous apprenons ainsi les différents événements qui se sont déroulés en notre absence. Chaque transmission a une importance. Tous les éléments sont collectés pour que nous sachions au mieux l'état, psychique et physique actuel de nos patients pour la journée. Il sera peut-être nécessaire d'aller à la rencontre d'un résident si un événement marquant s'est produit comme par exemple une chute ou un état de fatigue inhabituel.

Puis nous allons préparer la salle au 6eme étage pour notre groupe "équilibre". Ce groupe créé par notre ancien maître de stage est présent dans l'établissement depuis plusieurs années. Il est composé de 15 résidents de niveaux moteurs variés. Pendant l'organisation spatiale de la salle, nous échangeons sur nos différentes idées de séance. Vers 10h30, nous partons voir tous les résidents faisant partie du groupe pour leur rappeler l'horaire et le lieu du groupe équilibre. Beaucoup d'entre eux ont besoin d'aide pour monter jusqu'à la salle. Vers 11h le groupe débute et il se terminera vers 12h pour descendre tous ensemble au repas dans la salle à manger. Puis un temps de retour de séance est effectué, avec une prise de notes ainsi qu'un retour sur la plateforme des transmissions pour faire part aux équipes du déroulement de la séance et des personnes présentes. L'après-midi reprend par une prise en soins individuels

avec Mme. M. nous sommes deux étudiantes à la voir de 14h30 à 15h. Puis, je réalise une séance individuelle seule avec M. D de 16h15 à 16h45. Le temps du jeudi à 17h est un moment important de la journée car il permet à tout le monde de faire un bilan sur ses différentes prises en soins, de pouvoir poser des questions, demander l'avis du groupe et au maître de stage qui est présent.

### 5) **La vie quotidienne d'un résident**

La répartition des temps de soin et d'activités s'articule autour du rythme régulier des moments dédiés à la vie quotidienne.

La journée type d'un résident :

08h00 : démarrage du service des petits déjeuners en chambre

09h00 : aide à la toilette, soins, ménage des chambres

11h00 : activités certains jours

12h00 : déjeuner en salle à manger ou en chambre

13h00 : sieste

14h00 : activités

15h30 : goûter en salle à manger ou en chambre

16h15 : activités

18h00 : dîner en salle à manger ou en chambre

18h45 : soirée conviviale certains soirs

L'établissement a pour mission de prendre en charge l'ensemble des résidents, pour cela une organisation très fixe est établie. Les personnes âgées sont soumises aux horaires de travail des salariés. Chaque étape de la journée est structurée autour des interventions des différents agents (la toilette, le repas, les activités...) les créneaux horaires sont toujours respectés, et identiques pour tous, permettant ainsi une bonne organisation de l'ensemble de l'institution. Cependant, ce rythme ne laisse aucun choix aux résidents sur l'organisation de leur vie quotidienne, il ne laisse pas non plus de place à l'expression ou la concrétisation d'envies. Il est important de concilier rythme de vie du résident en EHPAD et rythme institutionnel. L'organisation manque souvent de flexibilité pour accueillir les différentes

envies de chacun. Le manque de personnel reste une contrainte majeure qui vient limiter les marges de manœuvre.

## **Chapitre 2 : Cas clinique Mr D.**

### **1) Description physique**

Bien que Mr D soit en fauteuil roulant confort, on remarque tout de même très rapidement qu'il s'agit d'une personne de très grande taille. Il possède des lunettes marron, accrochées par une cordelette autour du cou. Sur chacun des vêtements est fixé une étiquette blanche avec son nom et prénom. Une couverture violette est posée sur les épaules pour le maintenir au chaud. En effet, à cause de son hémiplégié Mr D ne bouge que très peu dans son fauteuil. Son buste est en enroulement avec une inclinaison sur la gauche ; sa tête, à l'inverse, regarde constamment sur la droite. Il a le poing gauche serré contre lui ou sur le côté accroché à sa roue due à un réflexe de grasping. Ses yeux bleus viennent illuminer son visage souvent penché vers l'avant, limitant la relation aux autres et à l'environnement.

### **2) Présentation du patient**

Mr D est né le 07 juin 1939 à Briconville. Il s'est marié avec Mme D née en novembre 1944. Mme D fut enseignante et Mr D a travaillé à l'INSEE, l'institut de la statistique. Ensemble ils ont eu 4 enfants, 2 filles et 2 garçons. Actuellement ses enfants résident sur Paris et rendent régulièrement visite à leurs parents. Précédemment, ils ont résidé plusieurs années à Paris dans le 5ème arrondissement.

### **3) Contexte de la demande d'hébergement à l'EHPAD**

Du fait des difficultés somatiques, physiques voire cognitives, l'entretien de l'appartement devient trop difficile pour le couple. De plus, un suivi médicalisé devient également nécessaire pour Mr D qui est sujet à une démence à corps de Lewy. Le risque de chute est également élevé pour Mr D.

Cette question d'entrée en institution a été mûrement réfléchi avec leurs enfants au préalable.

Mr D est arrivé à l'EHPAD le 03 janvier 2018 avec son accord. Peu avant son entrée à l'EHPAD, Mr D fait quelques chutes et présentait beaucoup d'anxiété. L'examen du neurologue établit que : au niveau cognitif un MMS a été proposé avec pour résultat : 21/30, « *il y a surtout en fait des troubles attentionnels. En revanche les performances visuo-spatiales sur le dessin du MMS de l'horloge, l'écriture montrent plus de difficultés ce qui colle bien avec l'évolution de l'atteinte corticale postérieure.* » Au niveau moteur, il n'observe pas de grand syndrome akinéto-rigide mais une instabilité posturale.

Mr D s'est habitué rapidement à son nouveau lieu de vie. Un projet de soins personnalisés a été établi par le médecin le 24 janvier 2018. Il s'inscrit autour du maintien de l'autonomie à la marche, d'une prévention des affects dépressifs, d'une aide à la participation aux animations et à la vie sociale de l'établissement, de différentes stimulations cognitives et d'une prévention de la dénutrition.

Le 10 juillet 2018, Mr D fait un arrêt vasculaire cérébral (AVC) dans le territoire de l'artère cérébrale antérieure droite. L'AVC est responsable d'une hémiplégié gauche qui a demandé une modification du projet personnalisé de soin. Deux kinésithérapeutes interviennent alors tous les jours pour verticaliser et permettre à Mr D de récupérer le maximum de ses fonctions motrices. Après 3 mois de rééducation, il a été décidé de réduire les séances de kinésithérapie et les objectifs de prise en soin. Il est actuellement suivi en kinésithérapie à raison de 1 à 2 fois par semaine et en orthophonie. Il voit également ponctuellement une ergothérapeute. À la suite d'une réunion pluridisciplinaire, il a été décidé par le médecin et les autres professionnels de santé de l'EHPAD que Mr. D avait besoin d'un suivi individuel en psychomotricité.

#### **4) Pathologies**

Dans le dossier médical, il est spécifié que Mr D présente une démence à corps de Lewy. Des troubles associés sont également apportés au dossier.

#### 4.1) Démence à corps de Lewy

La démence à corps de Lewy est un syndrome parkinsonien avec des troubles cognitifs fluctuants et des hallucinations. Cette démence est due à des déchets à corps de Lewy qui s'accumulent dans le cortex cérébral. Ces déchets sont présents dans le cerveau de tous à partir de 35 ans mais ce sont leur nombre et leur emplacement qui entraînent la pathologie.

La démence se définit comme une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie quotidienne. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions : langage, calcul, jugement, pensée abstraite, praxies, gnosies, personnalité.

Les troubles liés au tonus, au schéma corporel et l'image du corps, la latéralité, la motricité fine etc. sont difficilement observables chez Mr D en raison des séquelles de son AVC. En revanche, au niveau cognitif, on remarque un trouble de désorientation temporo-spatiale massive. Mr D est dans l'incapacité de s'orienter dans le temps et de se situer dans un espace. Ces troubles sévères de mémorisation engendrent des troubles des fonctions exécutives avec des difficultés d'organiser sa réflexion et produire une action efficace. Mr D peut manifester des épisodes d'hallucination à répercussions anxiogènes. Ces hallucinations visuelles sont majoritairement d'ordre zoopsie. Par exemple, en ma présence il lui est arrivé de voir des abeilles et un serpent. Au niveau de langage, la communication présente des difficultés majeures. Mr D s'exprime mais la constitution, le sens de la phrase, la gestion des stocks lexicaux entraînent un trouble de l'élaboration du langage qui ne lui permet pas toujours d'être compris par son interlocuteur.

#### 4.2) AVC

Le 10 juillet 2018 Mr D fait un AVC ischémique. L'arrêt vasculaire cérébral est dû à l'occlusion de l'artère cérébrale antérieure droite. Il est jugé sévère cliniquement (NHSS >

25) à la suite d'une imagerie cérébrale. L'AVC sylvien est responsable, chez Mr D, d'une hémiparésie gauche, des troubles du langage et de déglutition.

#### Sémiologie de Mr D :

Mr D présente au niveau de son membre supérieur gauche une hémiparésie. Il s'agit d'un trouble de la motricité d'un hémicorps. Elle peut concerner le membre inférieur, le membre supérieur et le visage. Cette hémiparésie met à mal la sensation d'axe corporel et le schéma corporel. Au niveau de son membre inférieur gauche il s'agit d'une hémiparésie. L'hémiparésie est une paralysie d'une ou plusieurs parties d'un hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale. Elle a un impact sur la conscience corporelle et l'intégrité corporelle.

Sur la totalité de l'hémicorps gauche, Mr D présente une hémiparésie. Il s'agit d'un trouble de la sensibilité. Mr D a des difficultés à percevoir les différentes stimulations sensorielles qui lui sont présentées sur son hémicorps gauche.

Au fil des séances, j'ai observé une hémiparésie corporelle gauche pouvant entraîner une asomatognosie, c'est-à-dire une perte de la reconnaissance des différents segments corporels, et une somatoparésie, c'est-à-dire une non-reconnaissance des parties de son corps par rapport au mien.

Dans le dossier médical, il est précisé que Mr D fait de la dépression. On sait qu'il s'agit des signes consécutifs à un AVC. Est-ce que Mr D accepte ce changement ? A-t-il fait le deuil de ce qu'il était avant ?

Mr D ne présente pas d'aphasie. Il parvient à s'exprimer mais son discours est très désorganisé, cela est dû majoritairement à la démence à corps de Lewy qu'il présente.

## 5) Évaluations

- 28/12/2018 : AGGIR = GIR 1

Le modèle AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources) évalue les activités effectuées ou non par la personne seule, et permet de définir des groupes iso-ressources (GIR) rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Le modèle AGGIR n'est qu'un des éléments de l'ensemble des informations (histoire, état de santé, contexte psychologique, environnement physique, humain et matériel...) indispensable à la mise en place d'un plan d'aides et de soins personnalisés.

- 21/03/2018 : BREF (cognitif) = 18

Le modèle BREF constitue un test de dépistage spécifique aux troubles exécutifs usuellement utilisé dans l'évaluation des syndromes démentiels.

- 21/03/2018 : Fluence verbale (cognitif) = 0

Le test de Fluence verbale de Cardebat est un test simple de production de langage. Les épreuves proposées sont trois épreuves de fluence alphabétique avec les lettres P, R et V et trois épreuves de fluence catégorielle avec les animaux, les fruits et les meubles.

- 12/01/2018 : Get Up And Go = 18

- 11/09/2019 : Mini Mental State Examination (MMSE) 2011 (cognitif) = 16

- 30/12/2019 : PATHOS = 521

Le modèle PATHOS évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées en établissement ou à domicile.

- 12/01/2018 : Tinetti = 12

L'épreuve de Tinetti permet une estimation validée du risque de chute. C'est un outil permettant d'évaluer avec précision les anomalies de l'équilibre et de la marche du sujet âgé au cours de diverses stimulations de la vie quotidienne. Il ne nécessite pas d'expérience

particulière de l'examineur. Il se divise en deux parties : un temps d'étude des anomalies de l'équilibre reposant sur 9 situations posturales et un temps d'étude de la marche.

Passation du Tinetti l'année dernière par les précédentes stagiaires : « M.D présente un trouble de l'équilibre qui est majoré par la présence d'obstacles à ses côtés. La station debout est maintenue quelques minutes, mais manque de stabilité. M. vacille et présente une grande difficulté à maîtriser et réajuster sa posture. La marche est hésitante, à très petits pas avec une très faible flexion des genoux et le report de poids manque d'ajustement. Une aide à la mobilité est primordiale. M. D utilisait depuis longtemps une canne à domicile. Les demi-tours sont larges et fastidieux. La marche et les déplacements de M. sont fortement impactés lorsqu'une discussion est engagée dans le même temps. M.D semble en difficulté pour gérer la double tâche qui peut être le fait de parler, écouter ou observer des obstacles tout en marchant. Conclusion : le risque de chute est très élevé. »

Ces notes montrent l'évolution rapide de la maladie chez Mr D.

Le jeudi 16 janvier 2020, j'ai fait passer un Mini Mental Parkinson (MMP) à Mr D pour évaluer ses fonctions cognitives. Il a obtenu un score de 10,5/32. Un score inférieur à 24 montre un trouble cognitif sévère. Mr D ne parvient pas à se repérer dans le temps cependant il peut s'appuyer sur des repères spatiaux. Il se trouve en difficulté pour associer le mot correspondant à une image. Un temps de latence est observé, il est également nécessaire de rappeler régulièrement les consignes qui peuvent être oubliées pendant le temps de réflexion. L'évaluation met en évidence des troubles de la mémoire immédiate, et à court terme, et une hémisphère visuelle gauche.

Le document de passation du MMP est en Annexe I.<sup>1</sup>

#### Bilan d'observation Mr D :

Je réalise ce bilan sur trois semaines au cours du mois de janvier dans la salle de motricité habituelle :

---

<sup>1</sup> Cf. infra, Annexe I p.84

### Posture :

Depuis son AVC, Mr D reste dans un fauteuil roulant confort. L'hémiplégie gauche empêche Mr D de se déplacer seul dans la maison de retraite. C'est l'ensemble des professionnels et sa famille qui permettent à Mr D de changer d'espace. Depuis le dernier projet de soin, il a été décidé en équipe de ne plus verticaliser Mr D. Après plusieurs mois de rééducation, aucune amélioration sur les équilibres et la marche n'avaient été observée. La grande taille de Mr D demandait l'intervention de deux kinésithérapeutes pour le maintenir en station debout. J'observe un enroulement massif du tronc avec une inclinaison vers la gauche. L'effondrement du buste est dû à l'hémiplégie gauche. Le regard est tourné vers la droite, du côté de la lésion cérébrale. Le bras gauche est en extension le long du fauteuil. Sa main vient par moment agripper la roue dans un réflexe de grasping. Ses jambes immobiles sont positionnées sur le cale pied. Sa posture en enroulement limite les interactions et renferme Mr D sur lui-même.

### Contact/discours/relationnel :

Mr D regarde majoritairement le sol pendant les temps de communications malgré mes changements de posture pour capter son regard. En fin de séance, les échanges visuels se font plus présents. A plusieurs reprises, Mr D me demande s'il est en possibilité d'acheter du matériel pour s'entraîner en mon absence. Cette volonté de retrouver de meilleures capacités est très présente. Mr D montre persévérance et motivation durant l'ensemble des propositions. Mr D sourit peu et reste concentré.

Mr D verbalise régulièrement, cependant son élocution est entravée par des troubles du langage. Le sens des phrases n'est pas toujours compris. De plus, les hallucinations visuelles peuvent venir interrompre son discours.

### Tonus :

L'évaluation du tonus de fond montre des résistances aux mobilisations passives avec un ensemble hypertonique. Sa respiration est saccadée avec des temps de pause en apnée. Le tonus pneumatique est souvent prédominant lors d'activités incluant les coordinations. Aucune réponse musculaire n'est observée sur le membre inférieur gauche. Mr D me fait part de douleur au niveau du genou droit. La rétractation musculaire importante du triceps brachial se traduit par un bras en extension complète gênant la posture assise. Mr D présente un syndrome pyramidal avec une hypertonie spastique gauche.

### Schéma corporel et image du corps :

Lors du test des somatognosies, Mr D se retrouve en difficultés pour me nommer certaines parties du corps. Par exemple les pieds qu'il nomme visage. En revanche il est en capacité de nommer sur autrui. Un désinvestissement de l'hémicorps gauche est observé. Lorsque je demande à Mr D de me pointer ses doigts, il touchera les miens. Il s'agit ici d'une somatoparaphrénie. De plus, Mr D me montrera son cale bras comme étant son poignet et sa main. Je remarque une certaine lenteur dans les réponses données. Mr D a gardé de bonnes amplitudes articulaires et musculaires sur l'ensemble de l'hémicorps droit. Une bradykinésie est observable entraînant des mouvements saccadés.

### Espace et temps :

A ce jour, Mr D ne se repère plus dans le temps. Il me demande en début de séance de prévenir ses parents, habitant en Normandie, de son absence au réfectoire. Il me fait part de sa volonté d'aller prochainement donner des cours dans un lycée agricole. Mr D présente donc une désorientation temporelle massive. L'orientation spatiale est bonne dans la maison de retraite malgré une organisation spatio-corporelle fragile. Mr D présente une dominance latéralité droite.

### Coordinations /Motricité fine :

Les coordinations oculaires manuelles sont efficaces. Les coordinations bi-manuelles sont impactées mais sont soutenues du réinvestissement de l'hémicorps gauche. Lorsque que je tends à Mr D'un objet vers sa main gauche il vient automatiquement le saisir de la main droite. Je perçois ici une stratégie de compensation. Mr D présente un bon déliement digital à droite.

### Cognitif :

Des troubles mnésiques sont observés. La passation du MMP vient les mettre en avant. Il s'avère que Mr D est régulièrement amené à reparler des mêmes choses. La répétition de certaines paroles ou de certains contenus de communication donnent à penser que l'activité de penser est fragilisée. Mr D montre également des troubles des fonctions exécutives avec un manque de concentration et d'attention. La perte de ses capacités est à mettre en lien avec sa pathologie mais certainement également avec son humeur dépressive.

## Conclusion :

Sans stimulation, Mr D présente peu d'initiative motrice. Une faible estime de soi est observée entraînant un état dépressif. L'hémicorps droit de Mr D possède de nombreuses capacités à venir soutenir en séance. Au niveau cognitif Mr D présente de nombreuses lacunes mais la communication peut s'établir.

### **6) Première rencontre**

Le dix novembre, j'ai relaté dans mon carnet de stage la rencontre avec Mr D que je souhaite ici partager : « Avant de rencontrer Mr D, j'ai passé beaucoup de temps à l'observer pour essayer de trouver la meilleure approche possible. Il se trouvait dans son fauteuil complètement recroquevillé sur lui-même avec une légère inclinaison du buste sur la gauche. Cette extension du tronc m'empêchait d'observer ses expressions faciales ou de croiser son regard. Son regard est dirigé vers ses mains. Il effectuait un balancement régulier du buste. Après m'être mise en condition pour permettre la première rencontre, un élan me traverse et je me décide enfin à m'approcher de Mr D pour l'aborder. Plusieurs questionnements me traversaient, je ne savais pas à quoi m'attendre. Allait-il me regarder ? Me parler ? Réagir à ma présence ? Se rappeler de ses anciennes séances de psychomotricité de l'année précédente avec la stagiaire ? Allait-il accepter ma présence ou se braquer ? Je m'approche délicatement de M D et me mets à sa hauteur, accroupie sur la droite, pour capter son regard. Je le salue simplement par un bonjour Monsieur. Puis il me rend immédiatement mon bonjour en me demandant « bonjour madame ou mademoiselle. » Cette question m'a détendue et m'a fait ressentir qu'il était content de voir un nouveau visage. Puis j'ai discuté un court instant avec Mr D. Il me fait part d'être dans l'attente d'une personne comme moi car il aimerait rééduquer son bras gauche qui l'embête et l'empêche de faire ce qu'il aimerait. »

### **7) Les séances de psychomotricité**

#### 7.1) Motif initial de consultation

Mr D effectuait l'année précédente des séances de psychomotricité avec une stagiaire de 3eme année. Les séances ont débuté en janvier 2019 et ont montré en quelques mois de

réels bénéfiques pour Mr D. Les séances devaient donc être maintenues après accord du médecin. Mr. D m'a d'emblée été présenté comme une personne avant d'être perçu comme un patient.

Je me suis engagée dans la continuité du suivi, début octobre 2019, dès que j'ai eu pris mes marques dans l'établissement.

## 7.2) Axes thérapeutiques

Les objectifs thérapeutiques établis sont :

- Améliorer la perception d'un Soi unifié pour une meilleure appropriation de son schéma corporel
- Conserver les amplitudes musculaires/articulaires et réveiller la sensibilité de l'hémicorps gauche.
- Augmenter l'estime de soi et mettre en avant les capacités motrices restantes.

## 7.3) Déroulement des séances

Les séances commencent par un temps d'échange. Il est nécessaire que je me présente à chaque rencontre et que j'explique à Mr D l'objectif de ma présence auprès de lui. Il me parle fréquemment de sa femme présente dans la maison de retraite auprès de lui. Ils résident dans une chambre communicante et mangent, en tête à tête, à la même table chaque midi. Au fil du temps, la conversation et la relation avec son épouse s'amenuisent. Mr D arrivera à me dire que l'image qu'il projette à sa femme est trop difficile à vivre pour elle. À ce jour, Mr D peine à énumérer les prénoms de ses enfants lorsqu'il souhaite m'en parler.

Je propose à Mr D de venir de redresser par le soutien de la respiration qui l'aide à se détendre et diminue ainsi sa spasticité. Je viens, par l'intermédiaire de coussin, l'aider à maintenir une position qui lui permet d'être dans son axe. Cette verticalité du buste augmente les interactions visuelles avec son espace environnant. Je mets ses avant bras en évidence posés sur ses cuisses car régulièrement son membre supérieur gauche se situe en dehors de

son champ de vision. Pour prendre conscience de l'ensemble de son corps, le soutien visuel me semble important.

Je commence les propositions par un travail de toucher thérapeutique avec des empaumements. Je cite l'ensemble des parties du corps que je viens contenir. Au début de l'année j'avais introduit un objet médiateur pour ne pas venir créer du contact précocement. Mais j'ai observé que Mr D percevait difficilement le passage d'un objet médiateur. En revanche avec un toucher franc, Mr D peut ressentir les différents points de pression. Après cette unification corporelle, des activités motrices sont proposées. Les neurones miroirs sont largement sollicités. Des lancers de ballon de baudruche lui permettent d'anticiper la réception de l'objet en ajustant sa posture. Ces échanges créent une relation. Je projette le ballon dans les différents plans de l'espace. Au niveau de l'hémicorps droit, Mr D a la capacité d'effectuer de larges amplitudes articulaires. En revanche il renvoie le ballon uniquement avec le bras droit. Les jeux de lancer travaillent la structuration spatiale, la régulation tonique, la coordination des membres supérieurs, créent un échange etc. Cependant la fatigabilité se fait vite ressentir.

Lors d'une séance sur le rythme, j'ai amené un gros dé en mousse. En proposant le dé à Mr D son bras gauche s'est dirigé vers l'objet. La main s'est également légèrement ouverte comme pour saisir l'objet. Il s'agit sûrement d'un effet dû à l'activation des neurones miroirs. Après avoir lancé le dé, nous devions percuter le sol à l'aide d'un grand bâton le nombre de fois indiqué. Je remarque que Mr D parvient à retenir ce nombre de frappes mais entre le moment où il souhaite s'arrêter et l'instant où l'information se réalise, une frappe supplémentaire se produit.

Un rituel de fin de séance a été mis en place par l'intermédiaire de trois respirations, pouvant être illustrées d'image intellectualisée ou par exemple de vocalise pour soutenir les mouvements d'inspiration et d'expiration. Mr D a bien intégré ce temps de fin de séance. Il lui arrive d'introduire lui-même ce rituel quelques minutes avant la fin. Cela met en avant la fatigabilité qu'il ressent et le souhait de réduire le temps de séance.

## **Chapitre 3 : Cas clinique Mme M**

### **1) Description physique**

Mme M. est une femme de petite taille, avec une voix douce, d'origine brésilienne, avec un accent portugais (langue parlée au Brésil), par moment prononcé. De premier abord elle semble timide et effacée, puis elle montre une évidente présence, certitude et détermination dans ses idées.

Pour autant, les lacunes mnésiques et des confusions dans ses élocutions viennent régulièrement faire irruption dans une discussion. Mme M. se déplace avec un déambulateur en réalisant de tous petits pas très rapprochés. Mme M a les cheveux courts dont elle aime prendre soin en se rendant régulièrement chez le coiffeur. Elle aime prendre soin d'elle quotidiennement en se maquillant ou encore par une onglerie parfaitement réalisée. On la croise dans le couloir avec des lunettes de soleil qui lui couvrent une grande partie du visage. Un petit sac à main est accroché à son déambulateur. Mme M fait preuve de coquetterie.

### **2) Présentation du patient**

Mme M est née le 10 mars 1940 à Cruz Alta au Brésil. Elle arrive en France à l'âge adulte et apprend le Français sur le tas à Besançon au Centre de Linguistique Appliquée. Mme M. a enseigné le français au Brésil. Son mari est décédé mais elle ne souhaite pas évoquer son sujet.

Elle a un fils qui réside à Paris. En 2001, Mme M. apprend qu'elle est atteinte de la maladie de Parkinson. Puis, la maladie se manifeste vers 2014. Elle vivait depuis 5 ans dans un appartement à Paris près de L'EHPAD avant de faire sa demande d'hébergement. C'est Mme M. qui fait les démarches seule pour venir en EHPAD. Elle viendra visiter à plusieurs reprises l'établissement avant de s'y installer.

### **3) Contexte de la demande d'hébergement à l'EHPAD**

Suite à sa maladie de Parkinson, Mme M. trouvait la vie quotidienne plus difficile à vivre et handicapante depuis 2017. Quelques mois avant son entrée dans l'institution, un déclin cognitif accentue sa situation de dépendance à son environnement. Elle entre à l'EHPAD en mars 2019. Elle dira, par la suite au psychologue, « être venue en EHPAD pour libérer son fils des contraintes de visites et de son aide régulièrement ».

### **4) Pathologies**

#### 4.1) La maladie de Parkinson

La maladie est décrite pour la première fois par James Parkinson en 1817, il parle alors de « paralysie agitante ». La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative caractérisée par une lésion principale du locus niger, située à la base du cerveau. La dégénérescence des neurones dopaminergiques, présents dans la substance noire, causent les symptômes de la maladie.

Mme M prend quotidiennement du « Comtan » et du « Sinemet », médicaments administrés à l'adulte atteint de la maladie de Parkinson. Malgré son traitement, débuté il y a plusieurs années, plusieurs caractéristiques motrices et cognitives sont observées.

Mme M présente une rigidité extra pyramidale. Elle présente une hypertonie plastique de la colonne vertébrale entraînant une posture voutée durant les déplacements avec le déambulateur. Ses bras sont collés au corps, les coudes légèrement fléchis. Mme M se plaint d'une akinésie ressentie pour initier un mouvement. En séance, on observe également une bradykinésie : une lenteur des gestes. En revanche, Mme M ne présente pas de tremblement de repos, aucune oscillation des mains, du menton, des jambes n'ont été observées.

Sur le plan cognitif Mme M présente des troubles du sommeil, des hallucinations et une confusion. On sait qu'un tiers des patients parkinsoniens peuvent avoir des hallucinations. Chez Mme M on observe qu'elles sont majoritairement visuelles. Elle peut manifester des épisodes d'hallucination à répercussions anxiogènes. Par exemple elle peut voir des

pompiers, la police, ou encore la mort. Ces hallucinations correspondent à effets iatrogènes dus à la prise du traitement. On observe également un ralentissement du processus de pensée, il s'agit d'une bradyphénie. La pensée n'est pas détériorée mais un temps de latence est nécessaire. Mme M présente des troubles de la mémorisation importante, de la concentration et de l'orientation.

Au niveau du langage, Mme M présente des troubles de la parole, avec une voix monotone et une perte d'intonation. On constate une élocution plus lente et une diminution de l'intensité de la voix.

Tous ces troubles ont des répercussions psychiques chez Mme M. Premièrement un trouble anxieux s'exprime avec une isolation. Puis actuellement, il est indiqué dans le dossier, qu'une dépression s'installe. Mme M prend un traitement antidépresseur de « Mianserine ».

Mme M présente également une dénutrition qui a été constatée depuis plusieurs mois. Par conséquent, elle prend des vitamines D « Zymad », des compléments alimentaires et nutritionnels avec une prescription de « fortimel » et de « mélatonuit ». La dénutrition se définit comme un « changement mesurable des fonctions et/ou de la composition corporelle, induit par un déficit en énergie, en protéine ou en tout micro- ou macronutriment » (Elsevier Masson, 2012)

## 5) Évaluations

Dernières évaluations par les différents professionnels :

- 24/03/2019 : MMSE 2011 : 17 (interprétation : suspicion d'un syndrome démentiel)
- 30/04/2019 : AGGIR : GIR 3
- 29/05/2019 : PATHOS : 228
- 23/08/2019 : AGGIR : GIR 2
- 19/09/2019 : MMSE 2011 : 20

Note médecin pour MMSE : « Sur le plan de la mémoire lié à la quotidienneté (se représenter mentalement sa situation dans l'espace et le temps actuel), Mme M se montre en difficulté

pour répondre. Sur le plan de l'apprentissage dans l'instant présent (mémoire immédiate) cela est possible même si un délai s'interpose, déjà des éléments mémorisés ne lui sont plus accessibles. L'attention au calcul (travailler mentalement sur des symboles abstraits) n'est possible que si le résultat reste dans la dizaine considérée. Seul le mot "fleurs" revient spontanément, sans doute l'a-t-elle associé à une valeur de tendresse. La phrase à écrire est évidente à énoncer mais devient un obstacle au passage à l'écriture. »

### Bilan d'observation Mme M :

Nous réalisons ce bilan d'observation sur deux séances en février 2020.

### Motricité globale :

Mme M se déplace avec son déambulateur, dans les lieux communs de la maison de retraite, et à l'aide d'une canne dans sa chambre. Elle effectue quelques déplacements seule, debout avec appui. Elle est en constante recherche d'appuis supplémentaires pour se sécuriser. L'équilibre statique est précaire. On observe une démarche saccadée par des petits pas précipités en avant, une attitude cyphosée et le regard dirigé vers le sol. Mme M. a peu d'initiatives motrices et présente une bradykinésie. L'initiation aux mouvements demande un temps de latence c'est à dire un freezing. Les transferts assis-débout sont efficaces mais Mme M a tendance à se laisser tomber sur le fauteuil pour s'asseoir. Des oscillations sont observables en station debout majorant les risques de chutes.

### Contact/discours/relationnel :

Mme M est souriante et volontaire. Sa représentation vestimentaire est soignée, Mme M est toujours bien habillée, bien maquillée. Au cours des séances, elle participe pleinement au fil de la conversation. Mme M présente une élocution tout à fait fluide et une capacité lexicale qui ne pose à priori pas de problème. Elle participe pleinement aux différentes propositions. Le contact tactile est possible dans les instants dansés.

### Tonus :

A ce jour, aucune évaluation du tonus n'a été proposée. On peut tout de même observer une tendance hypertonique et des paratonies.

### Schéma corporel et image du corps :

Le test des somatognonises est effectué avec succès. Mme M peut nommer ses articulations aisément et les identifier sur moi. On note cependant des difficultés à verbaliser ses ressentis corporels qui peuvent correspondre à un trouble proprioceptif. Au cours de certaines propositions, on observe un désinvestissement du bas du corps. L'image du corps de Mme M. est fortement impactée par la question du vieillissement avec une représentation négative de ce dernier. Mme M. verbalise des difficultés corporelles, son désespoir de voir son corps lui échapper puisqu'il réagit de plus en plus difficilement à ses volontés.

### Espace et temps :

Ses repères temporels sont par contre très altérés. Elle n'est pas en mesure de se situer dans le temps. En revanche, des stratégies de compensation ont été mises en place, permettant ainsi à Mme M de s'orienter au cours d'une journée grâce à des repères du quotidien et à l'aide d'un agenda. L'orientation spatiale est bonne dans la maison de retraite. Elle dispose d'une organisation spatio-corporelle adaptée.

### Cognitif :

Des troubles mnésiques sont observés. Mme M éprouve des difficultés à mémoriser de nouveaux éléments. Elle parvient à nous exprimer la perte de souvenirs de certains événements de son passé. La double tâche peut se montrer compliquée à réaliser. En revanche les fonctions de flexibilité et de planifications semblent efficaces.

### Conclusion :

Mme M est de bon contact malgré un sentiment de dévalorisation. Elle présente un risque important de chute. Son appréhension de la chute augmente cette perte d'autonomie motrice. On constate un manque d'estime de soi et une dévalorisation évoquant un état dépressif. La maladie de Parkinson l'a restreinte dans ses capacités motrices, dans sa régulation tonique. On note un tonus de fond marqué par une hypertonie. La notion temporelle est très altérée. Nous constatons l'existence d'un lien entre une image du corps dégradée et la question du vieillissement.

## **6) Première rencontre**

La rencontre avec Mme M a été un moment très marquant pour la seconde stagiaire et moi-même. Nous avons invité à Mme M pour partager un moment de rencontre. C'est avec joie qu'elle accepte notre proposition. Nous avons pensé préalablement lui proposer cet entretien dans une salle disponible afin de mieux entendre Mme M qui parle d'une voix basse et ainsi de favoriser les échanges.

Durant le temps de présentation, des 3 membres de notre groupe, Mme M participait pleinement en nous posant des questions à tour de rôle. Elle nous fit part de son grand étonnement concernant notre présence auprès d'elle « je ne suis pas habituée » « tout ce monde pour moi je suis chanceuse ». Après quelques instants nous abordions le sujet de se voir régulièrement pour passer un moment ensemble pour des séances de psychomotricité. Mme M retourna instantanément, les yeux plein d'espoir, « c'est pour danser ? ». Après avoir validé son émotion et son idée, de danser, elle nous expliqua brièvement sa passion pour le tango qu'elle avait pratiqué durant plusieurs années. Il se trouve que j'avais avec moi une petite enceinte portative ce qui me permet de proposer dans l'instant des musiques pour la séance prochaine. Aux premières notes de musiques, Mme M se lève, ferme les yeux et entreprend des petits mouvements de danse sur place.

En fin de séance nous raccompagnons Mme M dans sa chambre. Nous lui proposons d'ajouter les séances que nous passerons ensemble tous les jeudis après-midi, à ses rendez vous déjà affichés sur les murs, ce qu'elle accepte.

## **7) Les séances de psychomotricité**

### **7.1) Motif initial de consultation**

La prise en soin en psychomotricité a débuté, le 16 janvier 2020, suite à la demande du kinésithérapeute et du médecin. Son kinésithérapeute, qui la suit depuis plusieurs années, était inquiet car Mme M ne voulait plus aller en séance avec lui, allant même jusqu'à pleurer. Le médecin remarque également une perte de poids de 7 kg en peu de temps. Mme M restait

la plupart de son temps dans sa chambre seule, ne souriait plus et se renfermait progressivement sur elle-même.

Les séances avaient pour objectif de redonner du plaisir à Mme M, qu'elle continue à se verticaliser. Il a fallu lui donner un nouvel élan et lui apporter une meilleure estime d'elle-même.

## 7.2) Axes thérapeutiques

Les objectifs thérapeutiques établis sont :

- Amélioration de l'équilibre et de l'aisance motrice par le biais d'une meilleure conscience corporelle.
- Rapprochement d'un corps plaisir par l'intermédiaire de la médiation danse
- Revalorisation narcissique

## 7.3) Déroulement des séances

Pendant le temps de discussion Mme M trouve sa place très rapidement, elle pose régulièrement des questions à l'une et à l'autre et se montre en capacité à répondre à nos interrogations. Lorsque Mme M danse, elle reste à proximité de la chaise, les pieds statiques au sol par appréhension de la chute. On observe la présence de sourire lorsque son corps est en mouvement sur la musique. Mme M choisit des chansons dans une playlist de tango argentin. On la voit fermer les yeux, et sourire par moment, comme pour l'aider à se replonger dans ses souvenirs agréables et s'évader. Lorsque nous lui tenons chacune une main pour danser elle peut se permettre de se déplacer dans la salle. Sans son déambulateur, Mme M se verticalise davantage et son regard est dirigé vers l'avant. Sa tenue début pour danser se distingue de sa posture lors de ses déplacements.

A chaque rencontre Mme M éprouve des difficultés à se souvenir de nous mais parvient à poser la question « c'est maintenant que je vais danser ? » lorsque nous nous dirigeons vers la

salle pour la séance. Pour aider à la mémorisation des prénoms nous associons un geste à notre prénom pour soutenir la mémoire visuelle. Avec cette proposition Mme M est en capacité de nous nommer durant l'ensemble de la séance. Nous commençons les séances par un temps de discussion.

En musique, nous passons à l'échauffement sous forme de danse assise. Toutes les articulations sont nommées et mobilisées. Le rythme de la musique soutient l'initiation des mouvements. Au moment des transferts debout-assis, nous observons que Mme M a tendance à s'appuyer sur le déambulateur au lieu des accoudoirs pour se verticaliser. Mme M a également pour habitude de se laisser tomber dans la chaise pour s'asseoir. Pour rassurer Mme M nous dansons en cercle en proposant d'élargir la distance des pas lorsque nous avançons ou reculons. Par la suite nous introduirons des anneaux comme objet médiateur lorsque nous dansons ensemble. Elle est en capacité de continuer à marcher mais ses pas se font de nouveaux plus petits. Nous supposons que l'angoisse de chute refait surface.

Nous avons également proposé à Mme M de mettre l'anneau sur sa tête pour lui faire ressentir le poids se diffuser le long de son axe corporel. Il lui permet de se verticaliser davantage. Pour les demi-tours nous observons que Mme M tourne sur elle-même ce qui entraîne un déséquilibre majeur.

Les fins de séances peuvent varier en fonction de la fatigabilité de Mme M. Nous sommes amenées à lui proposer des jeux en miroir ou des moments de détente. Par exemple lorsque nous ouvrons les yeux nous devons reproduire la position des membres inférieurs et supérieurs de la personne en face de nous. Nous observons un désinvestissement du bas du corps chez Mme M qui s'améliorera au cours des séances. Lors des tours de rôle, Mme M éprouve des difficultés à proposer des éléments, il lui faut un étayage pour parvenir à se lancer. Un temps de verbalisation s'est mis en place à la suite des propositions. Il permet à Mme M de mettre des mots sur les ressentis éprouvés durant la séance. Début mars, Mme M utilisait ce temps pour exprimer ses envies pour la semaine suivante.

Comment dans nos prises en soins psychomotrices pouvons-nous laisser la place aux envies de la personne âgée ? Quels en sont les intérêts ?

# Partie discussion

## Envie ou désir ?

Pourquoi privilégier l'envie au désir comme sujet de mémoire ?

Au début de mes questionnements et de mes réflexions concernant le sujet de mon mémoire, je souhaitais parler davantage du désir que des envies. Pour moi un désir signifiait quelque chose de beaucoup plus profond, permettant de répondre à des besoins essentiels à tout individu.

En philosophie, le désir se définit comme « une tension née d'un manque qui vise un objet ou un sujet dont la possession est susceptible de procurer de la satisfaction, donc du plaisir » La satisfaction est une sensation que l'on ressent lorsque nous parvenons à assouvir un désir. Le désir naît d'un manque que l'on recherche constamment à combler. Pour les philosophes Schopenhauer et Epictète, le désir n'est source que de souffrance. Pour cesser de souffrir, il faudrait cesser de désirer. En effet, dès lors qu'un désir est réalisé, un autre désir apparaît et exige de l'être lui aussi. Le désir est donc toujours synonyme de souffrance car par notre quête permanente de satisfaire nos désirs on ne parvient jamais à atteindre le bonheur. Pour parvenir à rompre ce cercle vicieux, il serait nécessaire de faire appel à la volonté et à la raison. En revanche, pour le philosophe Nietzsche, le désir manifeste une volonté de puissance affirmative, qui soutient la vie. Condamner le désir reviendrait alors à condamner la vie.

En psychanalyse, l'envie reste une intention consciente, contrairement au désir qui se situe dans l'inconscient. En effet le désir, d'un point de vue psychanalytique, est un fantasme que l'on ne peut pas assouvir et pour éviter de souffrir, ce désir va être refoulé dans l'inconscient. Le désir refoulé est oublié, méconnu, interdit d'accès au conscient et le sujet est lui-même persuadé qu'il n'a pas cette envie profonde. Le désir est un manque que nous avons déjà eu dans le passé, réellement ou de façon fantasmatique. Dans le terme de désir on entend souvent l'implication d'un tiers. Contrairement à l'envie qui émerge seulement d'un point de vue personnel.

Pour Lacan, le Désir c'est le désir de l'autre. Cette implication d'un autre sujet dans le terme désir ne répondait pas à mes réflexions initiales. Le désir est un terme psychanalytique qui est perçu et expliqué de façons très diverses par grand nombre de psychanalystes. Mon sujet

n'avait pas pour objectif de rentrer dans ses détails. Le terme envie correspondait davantage à ce que j'avais entrepris. Je ne souhaitais pas supprimer le désir pour trouver le bonheur mais permettre aux résidents d'exprimer de nouveau leurs désirs pour satisfaire leurs besoins. Il s'agissait pour moi d'une pulsion de vie qu'il est nécessaire de réintroduire chez certains sujets en institution. J'ai donc choisi le terme d'envie qui est défini ici comme un besoin organique ou le souhait de vouloir quelque chose que l'on ne possède pas.

## **Chapitre 1 : Comment écouter et prendre en comptes les envies des résidents au cours d'une prise en soin ou d'un temps informel ?**

### **1) Les différentes envies des résidents**

#### 1.1) Les envies exprimées en séances

Pour travailler ses axes thérapeutiques, le psychomotricien peut choisir une médiation en fonction des demandes du patient. Il est possible de s'adapter car plusieurs médiations peuvent répondre à un même objectif. Il reste malgré tout important de choisir des médiations dans lequel on est à l'aise. Chaque médiation permet de penser la personne âgée dans sa globalité, en l'accompagnant à ressentir les différentes stimulations sensorielles, à se les représenter pour parvenir ensuite à les verbaliser. L'ensemble de ces composantes psychocorporelles amènent une prise de conscience : d'une cohérence de soi, d'un tout unifié et stable. Le philosophe Derek Parfit place la problématique du corps propre au cœur de la dynamique identitaire quand il relie les critères corporels et psychiques de l'identité.

Le désir de la vie est compromis lorsque la personne ne peut exprimer ses intentions profondes. « *Pourtant bien d'autres personnes âgées savent encore, peuvent encore, ont encore envie de faire et souriant d'être considérées, et ne sont pas seulement destinées à transmettre, à vivre avec le passé, à peu bouger. Elles s'avèrent capables d'actions et de projections, mais encore d'attention, d'admiration, d'étonnement, de vie. Encore faut-il qu'on offre les moyens d'exprimer tout ceci et de le vivre, c'est-à-dire de faire vivre et reconnaître ce qu'elles sont.* » (M. PERSONNE, 2011, p26). Je pense qu'il est indispensable

de répondre aux envies de nos patients. Ils expriment des besoins qu'ils ont connus au préalable et qu'ils souhaitent se réapproprier. En satisfaisant un besoin, on permet un maintien de l'identité.

### 1.1.1) Les envies de Mr D

Bien qu'il ait donné son accord, la décision d'entrée dans une institution a été portée par Mme D et leurs enfants. A ce jour, Mr D n'est plus l'époux qu'il a été. Le regard de sa femme, à présent, lui renvoie une nouvelle image de lui-même qui est difficile à supporter. Il en fait part fréquemment en début de séance. Ce regard porté sur lui est difficile à accepter car il lui fait prendre conscience de la perte de son statut de père de famille et d'époux. Il engendre également une baisse de l'estime de soi. Cette faible estime de soi s'accompagne d'une expression corporelle pauvre, d'un visage triste et d'un regard vide.

Au cours d'une conversation, Mr D me soumet son envie de faire de la musique. La séance suivante je décide de mettre à disposition les instruments à percussions. Je souhaite ainsi créer du lien en répondant à sa demande que j'ai pris le temps d'écouter. Nous avons pris un instant, en début de séance, pour découvrir les différents instruments. Les maracas ont retenue l'attention de Mr D. Je lui propose des jeux de rythme, de tour de rôle et de reproduction en miroir. Même si l'initiation d'un mouvement du bras gauche était impossible il prenait le temps de fixer les maracas immobiles. Il s'agit de la première fois où Mr D posa un regard sur son membre supérieur gauche. J'ai perçu l'intention profonde de mobiliser sa main pour créer le son attendu de la maraca. Dans un second temps, je propose à Mr D des claves. L'objectif était de produire une coordination bi-manuelle qui permettrait de créer le son de la percussion des deux objets. Mr D se mit à tapoter son bras gauche en le fixant longuement. Ce geste répétitif dure plusieurs minutes. En venant percuter son membre supérieur gauche à l'aide d'une clave j'ai perçu une envie de retrouver et de sentir de nouveau ce bras qui lui est méconnu à cet instant. A plusieurs reprises dans mes observations j'ai ressenti chez Mr D un besoin de réappropriation de son hémisphère gauche.

Durant les séances individuelles avec Mr D, j'ai introduit progressivement la médiation du toucher thérapeutique. L'objectif est d'apporter une contenance psychique en marquant les

limites corporelles. Par des pressions et empaumements, j'unifie le corps de Mr D en passant par ses sensations proprioceptives.

Des temps de verbalisations sont mis en place à chaque fin de proposition. « *Réintroduire du langage, de l'intelligibilité, du sens et donc de la communication, c'est appréhender la personne âgée démente comme un alter ego, comme un de nos semblables avec qui il est possible d'avoir une relation d'être humain à être humain* » (C. BADEY-RODRIGUEZ, 1997, p91). Certaines séances, je me suis aidée de la méthode de Naomie Feil pour favoriser la communication.

Le toucher est le premier sens renforçateur du Moi-Peau du sujet et donc de sa continuité d'existence. Le toucher thérapeutique, les pressions, les effleurages, les empaumements, permettent de recevoir des informations sensorielles et toniques variées et ainsi renforcer le schéma corporel. Percevoir son corps, accéder à une possibilité de détente ou de relation, être revalorisé dans ses capacités renforcent une image positive du corps, ancre la personne dans le moment présent et diminue les angoisses. Le toucher peut être associé au sens proprioceptif qui apporte à la personne une perception de son corps dans l'espace, un ressenti de sa capacité de mouvement, une possibilité d'action.

En psychanalyse, on parle de démence lorsqu'une enveloppe devient poreuse et ne permettrait plus de contenir les pensées, et le psychisme du sujet. Ceci entraîne un affaiblissement du Moi : le sujet va souvent se raccrocher aux éléments de souvenirs qu'il lui reste, ceux-ci lui permettant de maintenir la certitude de qui il était. Ce passé se trouve alors souvent surinvesti et amène la personne à être en discordance avec la réalité extérieure. La discontinuité de l'enveloppe psychique chez Mr D engendre un affaiblissement de la limite entre l'interne et l'externe, le dedans/dehors. C'est pour cela que Mr D développe des troubles psycho-comportementaux de type hallucinations. Il devient incapable de différencier le réel du rêve, l'élément interne à son psychisme et la réalité externe. Chez Mr D, le toucher a pour objectif de venir renforcer son enveloppe psychique.

<p>Le jeudi 30 janvier, pour la première fois, Mr D ne souhaite pas faire de séance. Il se dit fatigué puis se fait fuyant. Habituellement Mr D n'exprime aucune envie de refus. Après 10</p>
---

minutes, je retourne auprès de lui pour proposer à nouveau la séance. Sa décision n'avait pas évolué. Je décide de respecter cette envie. Je reste tout de même un instant auprès de lui. Est-ce le signe d'un retour d'emprise sur sa vie ? Mr D a-t-il pris en compte son état psychique et physique dans lequel il était ce jour l'amenant à exprimer ce désir ?

### 1.1.2) Les envies de Mme M

Nous savons que c'est Mme M qui a pris, de son propre chef, la décision d'intégrer cette maison de retraite. Elle est venue à plusieurs reprises visiter l'établissement avant d'en demander l'hébergement. On peut supposer que cette démarche signifiait que Mme M préférait prendre seule les décisions de ce qui était le mieux pour elle. Elle avait la capacité de savoir ce qui était nécessaire pour elle à la vue de l'évolution de sa maladie de Parkinson.

En fin d'année 2019, Mme M refuse de se rendre aux séances avec son kinésithérapeute qu'elle connaît pourtant depuis de nombreuses années. Ses émotions la submergent, l'amenant à pleurer pour exprimer son rejet. La perte de lien entre l'esprit et le corps induit un vécu de dépersonnalisation. Il n'est pas rare de voir apparaître un trouble anxieux ou dépressif chez la personne atteinte de la Maladie de Parkinson. Or la dépression se manifeste par une dévalorisation de soi, un désintérêt pour le monde environnant, ce que semble montrer Mme M. L'estime d'elle-même est fortement altérée, et ceci induit une inhibition motrice, une anhédonie (perte de plaisir), une athymhormie (perte de l'élan vital) ainsi qu'un isolement et retrait social. A la suite de tous ses symptômes persistants un suivi en psychomotricité est demandé par l'équipe pluridisciplinaire.

La médiation danse est apparue comme une évidence à la suite de notre première rencontre avec Mme M. Sa passion pour le tango et la pratique de la danse durant des années avant la maladie ont été un véritable moteur durant l'ensemble des séances.

La danse a un effet sur le corps et l'esprit. Cette discipline demande beaucoup d'énergie. L'homme danse depuis la nuit des temps. Des études ont montré que de danser de façon synchronisée renforcerait le sentiment d'appartenance. La danse thérapeutique est bénéfique

chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Elle vient compléter et soutenir les médicaments qui permettent de contrôler les symptômes les plus invalidants. Pour lutter contre la maladie de parkinson, de nombreuses études ont montré que la danse avait des effets très positifs sur la régulation des mouvements. Chez les malades, certaines cellules dopaminergiques se nécrosent progressivement et engendre un déficit en dopamine. La dopamine est un neurotransmetteur essentiel à la régulation des mouvements. Les ganglions de la base, autrement appelés noyaux gris centraux, sont particulièrement touchés. Pourtant, il s'agit de la région cérébrale participant à la régulation des mouvements automatiques. En transformant les mouvements automatiques en mouvements conscients, on vient contourner les zones cérébrales lésées et soutenir la libération du mouvement. La musique agit comme stimulus extérieur sur la coordination et le contrôle des mouvements. Cette enveloppe sonore soutient psychiquement les mouvements qui peuvent être difficile voire douloureux. Les mouvements apportent un bien-être et des sentiments positifs. La danse stimule les capacités cognitives et permet par exemple d'augmenter les perceptions spatio-corporelles. Effectuer des pas, des demi-tours, tenir le rythme demandent de la concentration.

La musique choisie par Mme M était support de réminiscence et constitue une enveloppe sonore. La musique met en lumière les potentialités restantes et, en cela, contribue à maintenir l'identité de la personne Il faut passer du dance stéréotypé qui répète le même schéma à l'expression de la créativité. La mémoire psycho corporelle est très présente chez Mme M. K. Dubois évoque cette mémoire corporelle et son implication dans le processus artistique : « *Notre corps garde trace de toutes les expériences. Il (me) faut créer une situation qui permette à ces traces de réapparaître.* » (C. GATTINONI et E. VIARME, 2000, p. 35) Lorsque nous engageons Mme M dans une proposition de danse, nous l'invitons à revisiter cette mémoire puis, nous engageons avec elle, des propositions d'exploration pouvant être source de nouvelles inscriptions psychocorporelles.

Au fils des séances Mme M prend de l'assurance, elle prend plaisir à nous faire tourner l'une après l'autre. Ses mouvements se font plus fluides. Le plaisir de danser s'amplifie. Elle place souvent la main sur son cœur en fermant les yeux pendant les premières notes de musiques. Une posture pleine de sens. Elle se déplace dans l'espace avec plus d'aisance. On a pu voir en parallèle l'évolution de sa confiance en elle dans la marche, une meilleure vigilance et un contrôle moteur plus efficient et plus sécurisant. Percevoir son corps dans ses composantes

sensorielles, proprioceptives, amène la personne à visualiser, se représenter son corps dans l'espace et ainsi adapter ses mouvements dans son espace proche pour les transferts ou des déplacements. Gagner en initiative motrice et en maîtrise corporelle a pu permettre à Mme M de se réapproprié un soi plus estimé et un corps plus unifié.

Nous avons mis un miroir dans un coin de la salle pour permettre à Mme M, si elle le souhaitait, de s'observer pendant qu'elle danse. Il s'agit d'un reflet d'elle agréable, rempli de vie par un corps en mouvement. Habituellement les miroirs présents dans l'établissement ne lui reflètent qu'une image détériorée.

La danse stimule la proprioception et offre la possibilité de créer, de s'exprimer, ce qui renarcissise le sujet. De plus, la perception d'un mouvement volontaire, fluide, agréable donne de nouvelles possibilités d'action et renforce la capacité décisionnelle de la personne. En dansant, le corps produit de la dopamine et de l'endorphine, les hormones du bonheur.

## 1.2) Les envies exprimées en temps informels

Pendant la journée, les kinésithérapeutes, l'ergothérapeute, le psychomotricien vont à la rencontre des résidents hors temps de soins. Ces moments informels sont de réels instants privilégiés, faits de discussions et de convivialité. Parfois, les résidents ont surtout besoin d'écoute et de bienveillance. Alors le psychomotricien les emmène faire une promenade dans le quartier, prend le temps de discuter avec eux pendant le repas, ou leur propose simplement un café. Le maintien du sentiment identitaire se consolide à chaque instant au cours d'une journée. Saluer une personne en citant son nom a une valeur tout aussi importante.

Mr A est à l'EHPAD depuis 5 ans avec son épouse. Leur fille, qui vient presque quotidiennement leur rendre visite, présente une forte angoisse concernant le vieillissement de ses parents. Mr A présente une forme d'arthrose qui limite ses mouvements digitaux et l'équipe médicale nous ayant transmis qu'il dessinait beaucoup dans le passé, nous décidons de lui proposer d'intégrer un groupe de motricité fine et de création. La fille de Mr A arrive

juste au moment où celui-ci est entrain de refuser le suivi que nous lui propositions. Celle-ci interrompt notre conversation et insiste pour que son père intègre le groupe malgré son désaccord. Elle ne l'écoute pas, ses craintes et l'envie d'aider son père étant trop présentes. Nous avons pris le parti d'écouter Mr A, partant du principe qu'il exprimait ses capacités d'emprise sur sa vie.

Pourtant, malgré ce refus que je respecte, je ressens chez Mr A un besoin de reconnaissance, d'une présence auprès de lui. Chaque jeudi après midi, avant le goûter, je passe un instant à ses côtés. Il est en capacité de dire quelques mots simples. Les questions que je lui pose sont donc adaptées à ses capacités pour favoriser la communication. « Par son corps, la personne nous envoie une multitude de signaux dont elle n'a pas toujours conscience et qui traduit son « état d'âme » » (J. GOUMAS & F. LE ROUX, 1997, p. 32) C'est exactement ce que je ressens en présence de Mr A. Les instants passés à ses cotés me demandent beaucoup d'énergie et de concentration pour rester dans la relation. La communication non verbale qui s'instaure entre nous se base particulièrement sur le regard et les gestes. Je me dois d'analyser les canaux d'expression utilisés par Mr A pour réagir verbalement mais aussi en miroir au moyen de son propre corps et de mon ressenti émotionnel. Eric Pireyre nomme cela « l'engagement corporel » (E. PIREYRE, 2015, p. 136). Mr A dégage beaucoup d'émotions dans son regard, il lui arrive de verser une larme au cours de la conversation lorsqu'il me fait part de son malaise. Il dirige sa main vers la mienne, la serre quand les mots viennent à manquer. Vers la fin il approchait sa main vers ma joue pour me dire au revoir. Ses gestes sont lents et lui demandent beaucoup d'efforts. Quand il ne souhaite pas communiquer il ferme les yeux pour couper la relation. Cette écoute intérieure et corporelle me permet d'affiner mes capacités relationnelles avec Mr A.

Mr A a un rapport au temps très particulier. Sa table est placée en face de l'horloge électronique surplombant l'ensemble du réfectoire. Au poignet, Mr A présente une montre qu'il souhaite toujours avoir à porté de vue. Je perçois que Mr A essaye de respecter le rythme institutionnel malgré son rythme interne encore très prégnant.

Mr A est touché quand je lui rends visite dans sa chambre lorsqu'il est fatigué ou malade. Cela lui montre que son absence en bas dans le réfectoire n'enlève pas sa présence dans l'institution et dans mon esprit. Il en profite pour me montrer des photos de sa famille.

Ces temps créent du lien. Le psychomotricien maintient l'identité d'un résident aussi bien en séance dans une salle qu'indirectement au cours d'une balade à l'extérieur ou d'une rencontre furtive au sein des espaces communs. Certains résidents peuvent être réfractaires à l'idée de voir un professionnel. Ils refusent les soins pour « écarter la peur du vieillissement et se laisser convaincre que tout va bien qu'ils n'ont besoin de personne ». « *On constate aussi que des personnes âgées refusent à un stade avancé de leur maladie tous les soins qui pourraient les prolonger et même les soulager.* » (J. LE GALL, 2015, p107).

## 2) Comment accueillir les envies de mort d'une personne âgée ?

« *Le vieillard devenu dépendant souhaite sa propre mort pour laisser la place à une nouvelle vie* » (M. PERSONNE, 2003, p60)

Joëlle Le Gall décrit 3 « types » de morts en EHPAD : la mort par suicide, la mort subite puis, la plus difficile à accompagner, la mort qui correspond à une fin de vie qui s'éternise. Ce moment se caractérise par un corps à bout de souffle et par un inconscient ou un esprit qui perdurent. Cet état peut durer de plusieurs semaines à plusieurs mois.

L'EHPAD trace la réalité de la mort en le désignant comme « la dernière demeure ». On lui attribue le rôle implicite de « *lieu où se formalise le bilan* ». Or, les aides soignants peuvent avoir une attitude défensive par peur d'être interrogés et de devoir apporter des réponses impossibles à une problématique de vieillissement et de mort. Il faut pourtant adopter un langage commun pour parler avec la personne de la mort. La personne âgée cherche à établir une forme de bilan de sa vie pour dédramatiser la mort. Créer du lien et du dialogue aide la personne dans la réalisation de son bilan. La méthode de la Validation nous explique comment favoriser la communication malgré les difficultés que nous pouvons rencontrer face au vieillissement pathologique. Communiquer avec une personne c'est lui donner le sentiment d'exister. (M. PERSONNE, 2003)

« Il convient de se demander pour chaque personne ce qui le tient encore en vie, ce qu'elle a encore envie de vivre, ce qui est important pour elle. Il s'agit de repérer ce qu'il reste de désir de vivre, car, quand bien même le résident exprimerait un souhait de mort, quelque chose le raccroche encore à la vie » (C. BADEY-RODRIGUEZ, 1997, p54). Certaines phrases exprimées comme « la vie est trop longue » « j'aimerais rejoindre mon mari » ne signifient pas forcément que la personne souhaite vraiment mourir. Ce discours est très souvent lié à un vécu de déchéance et de perte d'estime de soi, il s'agit d'une demande de réassurance quant à son existence, un appel à l'écoute. Le psychomotricien peut aider le sujet à retrouver plutôt des envies de pulsion de vie lorsque ces signaux de détresse sont formulés.

### 3) **En quoi la réminiscence est un support permettant l'émergence des envies et des émotions ?**

Au cours de la dernière journée, avant la suspension du stage, je propose à Mme M en fin de séance de réfléchir à un souvenir qui lui a procuré de la joie, du bonheur etc. Avec la stagiaire qui m'accompagne, nous nous mettons les 3 dans notre bulle pour nous permettre de replonger dans nos souvenirs et ainsi trouver l'événement qui nous a apporté des sentiments positifs. On observe pendant ce laps de temps que Mme M regarde par la fenêtre et ferme parfois les yeux. Elle reste de longues minutes silencieuses. Ma collègue nous fait part de la réminiscence d'un souvenir qu'elle accepte de partager. Après son récit elle nous explique les sentiments qu'elle avait ressentis au moment de ce souvenir. Je propose à Mme M de continuer encore quelques instants à réfléchir enfin de trouver à notre tour un souvenir agréable. Je précise également que nous ne sommes pas obligées de partager ce souvenir à l'ensemble de groupe, qu'il est possible de le garder pour soi. A ce moment je souhaitais simplement que Mme M parvienne à retrouver des moments agréables du passé. Quelques instants plus tard, Mme M souhaite nous raconter son souvenir. « Je me souviens des visites surprises de mon fils lorsqu'il venait me voir à la maison. Cela me rendait très heureuse. » Sur demande elle complète « Je ressentais beaucoup de joie et de sérénité ».

Maintenir la continuité identitaire, c'est aussi recueillir des éléments sur le passé, l'histoire de la personne, ainsi que sur ses goûts, ses intérêts, ses désirs. L'identité de la personne est composée de ses différentes racines géographiques, familiales, professionnelles, de ses croyances etc. En venant questionner les différents aspects de la vie antérieure, on vient reconstituer une identité par moment oubliée ou atténuée.

Lorsqu'une envie est exprimée, l'interlocuteur peut la satisfaire, en répondant ou en proposant l'objet convoité, ce qui engendre des émotions de joie, de bonheur, de détente etc. En revanche si l'objet de l'envie ne peut être satisfait pour une raison quelconque, la personne porteuse de cette envie ressentira des émotions de colère ou de tristesse. Il faudra alors accueillir ses émotions et aider le sujet à les maîtriser.

## **Chapitre 2 : Pourquoi est-il important de prendre en compte les envies de chaque professionnel au sein d'une équipe pluridisciplinaire ?**

L'équipe pluridisciplinaire a pour but de faire interférer différentes professions de soin, médical, paramédical afin de croiser les regards de chacun sur une même personne. Ces regards différents apportent conjointement une vision hétéroclite du patient. Ensemble, ils globalisent la personne et offrent une cohérence de soin. Cette cohérence n'est possible que si une communication est établie entre les différents professionnels et qu'elle se pérennise dans le temps.

Chaque professionnel d'une équipe a ses propres envies, objectifs de soins. Dans les réunions, chacun soumet ses propositions et donc ses envies concernant un cas clinique. Il faut savoir les écouter et les prendre en compte dans nos propres suivis thérapeutiques tout en laissant place à nos propres envies. Un compromis doit alors s'opérer.

Sur mon lieu de stage, les stagiaires ne participaient pas à ses temps de réunion. Seule la psychomotricienne était présente et pouvait nous transmettre ensuite les informations nécessaires à notre pratique. Les temps informels ont alors été essentiels pour aller vers les professionnels.

## 1) Les envies des aides soignants

Les aides soignants souhaitent terminer dans les temps leur tournée de toilettes chaque jour. Ils aimeraient prendre le temps d'échanger et de satisfaire les besoins de la personne présente en face d'eux. Comment, par notre regard, les aider à réaliser cette envie qu'ils ressentent chaque début de service ? Un accompagnement psychomoteur dans des activités de la vie quotidienne comme la toilette, peut répondre à ces différentes envies des aides soignants.

La toilette représente, pour les professionnels, un soin qui apporte une hygiène corporelle et une dignité aux résidents. En revanche, pour les personnes âgées cette toilette quotidienne est un sentiment d'intrusion, d'effraction de l'intimité. Elles appréhendent de ressentir des douleurs, d'être nu face à un inconnu, ou une personne qu'ils ne d'identifient pas à cause d'un syndrome démentiel. Face au miroir, elles sont confrontées à leur propre corps et à celui de l'autre qui leur apporte un sentiment de dépendance. L'ensemble de ces peurs entraîne une augmentation massive du tonus au moment de la toilette. Cette rigidité rend difficile, pour l'aide soignante comme pour le résident, la toilette quotidienne. Pourtant, ce moment privilégié entre ces deux personnes doit être une période de rencontre et d'échange. Il permet de soutenir le sentiment d'identité par les soins corporels nommés : Handling.

La psychomotricienne a accepté la demande d'une aide soignante d'assister à une séance avec Mme R. A la fin de la prise en soin, l'aide soignante fait part de sa stupéfaction concernant les capacités relationnelles et de compréhension de Mme R. Elle explique que les toilettes sont difficiles, car elles se déroulent dans un rapport de force au moment de l'habillage et du déshabillage. La psychomotricienne de l'EHPAD propose à l'aide soignante d'apporter son regard pour l'aider dans cette activité en observant les réactions de Mme R. Sans le préciser elle observera également les gestes, les regards, les paroles, la posture de l'aide soignante pendant toute la durée de soin.

L'apport de conseils à pour objectif :

- De faciliter le relâchement tonique, psychique et apporter de l'apaisement émotionnel chez la personne âgée.
- De solliciter les communications verbales et non verbales entre l'aide soignante et le sujet.
- Favoriser l'investissement et l'autonomie en sollicitant la personne et en lui demandant son aide.
- Etre attentif à sa posture et son toucher pour ne pas amener des recrutements toniques de vigilance ou de peur.

Si tous ces ajustements se réalisent, un accordage opérera entre les deux sujets. Ils permettront à la personne âgée de se sentir écoutée et soutenue. Cela diminuera son tonus de fond et facilitera les soins corporels qui lui sont procurés.

L'aide soignante fera part quelques semaines plus tard de tous les bénéfices que cette observation lui aura apportées. Celui d'une communication établie ou la coopération de Mme R pendant l'ensemble de la toilette.
--

## 2) Les envies des kinésithérapeutes

Le kinésithérapeute manipule le corps de ses patients pour soulager une douleur ou rééduquer les personnes souffrant, par exemple, de paralysie comme chez Mr D. Il réalise de façon manuelle ou instrumentale des actes destinés à prévenir, rétablir, suppléer l'altération des capacités fonctionnelles de ses patients. Dans l'EHPAD, nous avons observé que l'ensemble des kinésithérapeutes était très bienveillant envers leurs patients. Leurs présences régulières dans l'établissement autorisent certains refus de soi et leur report au jour suivant.

Le kinésithérapeute s'occupe majoritairement des fonctions corporelles du résident sans toujours associer les composantes psychiques et/ou émotionnelles. Le psychomotricien, au contraire, va traiter les troubles du mouvement et du geste dans leur dimension neuro-motrice, affective, tonico-émotionnelle et cognitive. La prise en soin de ces 2 professionnels est alors complémentaire.

Tout au long du stage, l'avis du kinésithérapeute qui suit le patient depuis son arrivée à l'EHPAD est très important. Ils connaissent parfaitement bien les résidents et nous devons tenir compte de leur point de vue concernant notre suivi afin qu'il corresponde au mieux aux attentes de l'institution et soit complémentaires à leurs soins. D'ailleurs, c'est l'envie du kinésithérapeute que Mme M soit suivie en psychomotricité qui nous a amené à la rencontrer. Ne souhaitant plus aller en kinésithérapie, l'envie de rééduquer convenablement Mme M n'était plus possible pour le kinésithérapeute.

Le jeudi 5 mars, après plus de 2 mois de suivi avec Mme M, le kinésithérapeute vient nous interroger sur le déroulement de nos séances. Il a entendu parler de la médiation danse que nous pratiquions avec elle. A la fin de la conversation il nous apprend que Mme M accepte depuis 3 semaines de revenir aux séances de kinésithérapie. Il a observé une augmentation de l'estime d'elle-même et ressent un bien être psycho-corporel majoré depuis quelques semaines.

### 3) Les envies du psychomotricien

Nous parlons des envies des résidents mais les envies du psychomotricien sont également omniprésentes. Nous avons pour envie d'ancrer les résidents pour les maintenir en vie. Alors que la personne peut au contraire avoir envie de partir. Notre envie de guérir et de garder la personne peut s'opposer au désir de celle-ci de se laisser partir et mourir. Le psychomotricien doit pourtant, malgré ses envies, aider le sujet à exprimer sa peur de souffrir, son chagrin de quitter les siens ou la crainte de l'au-delà. Nous devons être prêts à les écouter avec empathie et à les soutenir dans leurs souffrances. A quel moment devons-nous changer nos objectifs et accompagner le patient vers une fin de vie ? Tout être vieillissant s'avance inexorablement sur ce chemin qui le mène de la vie à la mort.

*« L'acharnement thérapeutique qui permet de garder l'être aimé le plus longtemps possible en vie peut être en opposition avec le désir de la personne âgée, qui elle souhaite s'en aller tout doucement. »* (J. LE GALL, 2015, p104).

Il faut savoir mettre de côté ou maîtriser nos envies face aux limites que nous renvoient certains sujets.

- Il peut arriver que l'on se retrouve face à un sujet qui souhaite « ne rien dire ». Il peut s'agir de l'expression d'une identité et d'un désir de ne rien faire ou de s'isoler. Certaines personnes ont envie de ne rien exprimer, il faut accepter le silence, ce temps où la personne veut souffler. Il faut néanmoins rester disponible. Ce n'est pas une situation angoissante pour les patients. Le refus montre que le sujet exprime une envie malgré tout. L'envie d'être seul, de se reposer, d'être au calme etc.
- On ne doit pas être dans la sur interprétation des mouvements ou des gestes infra-verbaux
- Par moment il faut savoir dire « non » à certaines envies pour maintenir un cadre et une sécurité. Être un bon psychomotricien, c'est savoir trouver la bonne distance entre relation thérapeutique et empathie. C'est savoir accepter que le patient ne soit pas forcément content et puisse même avoir un peu de colère envers nous. Être un bon thérapeute ce n'est pas accepter toutes les demandes du patient. Il faut trouver une limite et aussi savoir dire « non » à certains désirs tout en expliquant notre refus.

### **Chapitre 3 : Comment mes envies sont venues moduler mon identité professionnelle ?**

#### **1) Mes envies durant mon stage**

##### 1.1) L'envie d'apporter notre regard par l'intermédiaire des transmissions

Le psychomotricien et ses collègues rédigent des commentaires dans le dossier informatique du résident accessible à toute l'équipe. Ce support permet de garder la trace écrite des différents suivis et de transmettre des recommandations. L'existence de

transmissions écrites et orales facilite la circulation d'informations et d'observations sur l'ensemble des aspects de la vie des résidents. « *Cet échange d'informations donne des éléments de compréhension des situations et facilite la détermination d'options pour les projets de soins et les projets de vie* » (C. BADEY-RODRIGUEZ, 1997, p179)

Durant notre stage, nous avons voulu, à notre échelle, faire évoluer le regard de certains professionnels sur les résidents à travers nos écrits en apportant notre vision. L'objectif est de montrer à travers les transmissions les différentes capacités d'une personne. Le regard du psychomotricien est différent de celui des autres professionnels de même que la relation que nous entretenons avec la personne âgée. Le psychomotricien, par son regard particulier sur le corps et la personne, a fondamentalement un rôle à jouer dans la transmission et l'échange des savoirs. Par nos écrits, on humanise les résidents en mettant l'accent sur leurs capacités.

La difficulté réside à faire part entre les événements vécus pendant une séance qui doivent être renseignés aux autres partenaires et ce qui relève du secret professionnel. Les transmissions permettent de montrer « une certaine transparence » pour une meilleure compréhension de notre métier. Elles permettent également de se faire une place dans l'institution.

Lacan disait « *c'est le regard de l'autre qui me constitue* ». Le regard de l'ensemble des professionnels de l'institution qui modifie l'image du corps d'un résident.

« *On peut finir par oublier que l'on a un corps dégradé, parce que l'on est soi, parce que les autres posent encore sur vous un regard plein de tendresse et ne souligne pas votre déficience corporelle* » (M. DE HENNEZEL, 1995, p77)

J'ai remarqué au cours de nos échanges avec Mr A que son identité physique est marquée par le vieillissement, cependant, ses capacités cognitives sont restées intactes. Ses caractéristiques donnent l'impression que Mr A est enfermé dans son propre corps. La posture des soignants à son égard, influencée par son corps vieillissant, se répercute sur la perception qu'il a de son image corporelle. Son corps très marqué par l'âge influence le comportement de personnel à ses côtés, pouvant devenir infantilisant. Je souhaitais par l'intermédiaire des transmissions changer leur regard sur Mr A en mettant en avant ses

capacités. Les circonstances de la crise sanitaire survenue brutalement ne m'ont pas laissé le temps de débiter se projet.

## 1.2) Mon envie de continuer le stage

Le temps de pratique est diminué par la crise sanitaire et engendre une rupture imprévue dans les suivis. Comment garder le lien en tant que stagiaire ?

Le jeudi 12 mars au matin, lorsque nous arrivons à l'EHPAD la directrice nous attend. Elle nous fait part des directives de l'Agence Régionale de Santé (ARS) concernant la suppression des visites qui lui ont été envoyées le matin même. Elle accepte malgré tout notre présence ce jour pour prendre le temps de revoir les résidents et les informer de notre absence que l'on pensait « momentanée ». Sans avoir de date de retour à transmettre aux résidents et aux personnes que nous suivrons, il est difficile pour nous de rassurer et de répondre à l'ensemble des questionnements qui submergent les personnes âgées qui sont déjà très angoissées par cette situation. Durant l'ensemble de la journée, nous avons dû respecter les gestes barrières ce qui a été un frein dans la relation avec certains résidents.

Depuis, nous avons gardé le lien par l'intermédiaire de notre maître de stage. La psychomotricienne, sur demande de la direction, ne se rend plus à l'EHPAD. Cependant elle téléphone régulièrement pour prendre des nouvelles de l'ensemble des équipes et des résidents. Certains résidents, possédant un téléphone portable, lui ont transmis leur numéro personnel. Par cet intermédiaire, nous avons des nouvelles régulièrement. La psychomotricienne leur donne « des missions » pour maintenir le lien et continuer de stimuler leurs capacités. Elle leur fait passer nos messages de soutien, des nouvelles, des idées d'activité etc. Ce temps suspendu ne doit pas être un moment de vide pour l'ensemble des personnes que nous suivons. Il a fallu trouver du sens à cette absence. Pour Mr D et Mme M, aucun lien direct n'est possible actuellement.

## **2) Mes envies modulées par les supervisions de la psychomotricienne et des autres stagiaires**

Le regard de la psychomotricienne sur nos pratiques et ses retours modèlent notre identité. Elle nous transmet son expérience pour nous permettre de créer notre propre identité professionnelle. Cette transmission des savoirs assure la pérennité des compétences et de la vision du psychomotricien. Durant l'ensemble du stage elle s'est montrée disponible et encourageante. Elle m'a aidée à tisser des liens entre la théorie et la pratique afin d'acquérir un « savoir-faire » et un « savoir-être ».

Mes envies au sein de notre groupe de 5 stagiaires :

Les premiers jours de stage, je nous percevais comme un seul bloc avec un même statut : les stagiaires. Je me souviens pourtant de notre arrivée qui était très attendue par certains résidents. Trois dames avaient préparé de quoi noter nos 5 prénoms avec la promesse de les apprendre par cœur pour la semaine suivante. Il aura fallu du temps pour nous différencier les une des autres au regard des résidents. J'ai ressenti des difficultés à me singulariser dans ce groupe. Au fil des semaines, nous avons créé un lien de confiance qui a permis à chacune d'exprimer ses envies. De nombreuses heures de discussions ont été nécessaires pour prendre en compte les envies de chacune. Le groupe offre la possibilité d'être épaulée dans nos pratiques par des échanges professionnels. Lorsque des doutes s'installent, l'autre nous écoute et nous conseil en fonction de ses propres expériences. J'ai donc trouvé ce stage très enrichissant.

## **3) Construction de mon identité professionnelle**

Toutes ses envies m'aident à créer mon identité en tant que future professionnelle.

Comme les autres, j'espère que la cérémonie de remise des diplômes initialement prévue début juillet pourra être reportée. Porteur de sens, c'est un évènement attendu. La remise des diplômes correspond à un rite de passage, c'est un rituel où l'individu quitte son statut d'étudiant pour endosser celui de professionnel. La cérémonie de remise des diplômes

permet de clôturer et de faire le deuil de la vie étudiante pour entrer dans la vie professionnelle.

Pour le sociologue et directeur de recherche au CNRS Jacques Ion, « *l'identité professionnelle, c'est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur.* » (J. ION, 1996, p. 91). Elle suppose donc un double travail, d'unification interne d'une part, de reconnaissance externe d'autre part. L'unification interne commence dès l'entrée en formation. Même si les apports théoriques restent communs, les 3 années nous forment et nous aident à créer notre propre identité par l'intermédiaire de nos stages pratiques et le choix de nos options en dernière année.

J'aimerais par la suite, dans une future équipe pluridisciplinaire, mettre en place des toilettes évaluatives. Je trouve que cette évaluation permet au psychomotricien de participer au plan de soin. Notre présence a également pour objectif de maintenir l'autonomie d'un sujet en relevant ses capacités motrices et cognitives lors de sa toilette. Ces notes sont ensuite transmises au personnel. Ainsi les aides soignants accompagnent le résident dans les tâches qui lui sont difficiles à réaliser seul. Il faut soutenir les habitudes de la personne âgée lors de sa toilette pour maintenir son identité personnelle. Le psychomotricien présent au cours de cette première toilette peut ainsi transmettre son expertise grâce à son regard qui reste différent de celui des aides soignants.

En tant que future professionnelle, j'ai découvert durant mes stages l'importance, de l'utilisation des bilans. A l'EHPAD, la psychomotricienne nous avait demandé de réaliser le moins de bilan possible. En effet, chaque année, 5 nouvelles stagiaires arrivent dans l'établissement, il nous est donc demandé de reprendre les bilans initialement effectués.

Je trouve que notre identité professionnelle peut être remise en cause dans le monde du travail. Le bilan vient alors soutenir et montrer les évolutions dans nos prises en soins. Un bilan psychomoteur comprend plusieurs temps : un entretien, un examen psychomoteur et un temps de rédaction. Il se déroule généralement sur deux ou trois séances. Il nous permet d'avoir un regard complet sur le patient, autant sur ses capacités que sur ses difficultés. Grâce à ce bilan, on détermine la problématique psychomotrice du patient pour adapter notre suivi ou monter un projet personnalisé de soin.

J'ai ressenti par moment l'envie de faire passer certains bilans, à Mr D et Mme M, comme l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP) qui est un test très complet permettant, entre autre, d'établir une évolution ou de mettre en évidence une dégradation des fonctions psychomotrices.

Le bilan a donc une fonction externe pour l'équipe. Il nous permet également de mieux connaître le patient pour adapter nos prises en soin. Parallèlement, le bilan n'a-t-il pas une fonction à remplir pour la personne âgée ? Ne lui permet-il pas aussi de se voir telle qu'elle est avec ses capacités préservées ? Au fil de nos séances, il est nécessaire de mettre celles-ci en évidence et en valeur. Le bilan vient alors remettre une personne dans son identité. L'envie réémerge lorsque l'on se sent capable. Il est un support permettant de mettre en évidence les possibilités restantes du sujet pour réanimer le désir de se sentir capable.

---

## CONCLUSION

---

Au cours de l'élaboration de ce mémoire, j'ai tenté d'aborder le vaste sujet de l'Identité. J'ai expliqué les bases sur lesquelles elle se construit, les événements qui la modifient pour arriver aux conditions indispensables à son maintien. Nous avons vu que le corps a un lien direct avec l'identité. Le corps est également le messager des envies. Le psychomotricien peut jouer un rôle précieux dans le maintien identitaire d'une personne âgée.

En répondant à certaines envies, que j'ai écoutées ou interprétées, avec Mr D et Mme M, j'ai observé de nombreux bénéfices. En prenant en compte leurs envies, j'ai tout d'abord observé que la création du lien thérapeutique avec le sujet est facilitée. En effet, nous savons que la relation thérapeutique avec le patient tient une place centrale dans le déroulement de la prise en soin et dans la réussite de celle-ci. De plus, l'écoute des envies engendre une augmentation de l'estime de soi permettant de consolider un sentiment de reconnaissance. Le sujet se retrouve également plus acteur de ses soins ce qui lui donne envie de s'impliquer davantage dans ses séances.

Il est primordial de travailler "avec" et non "sur" le corps, d'autant plus que le corps est au fondement de l'identité de chacun. Il est donc essentiel de prendre conscience que le corps de l'humain n'est pas un objet mais qu'il est support d'identité. « *Pour s'extraire de pratiques aliénantes et développer une identité, la personne doit être vue non pas comme un objet sur lequel on va exercer une action, mais comme un être avec lequel on va collaborer.* » (M. PERSONNE, 2011, p9)

L'ensemble de ces profits a des conséquences bénéfiques sur le maintien identitaire du sujet.

J'ai saisi toute l'importance de la relation thérapeutique. En effet, la relation thérapeutique réside dans la capacité d'adaptation. Bien que l'on puisse trouver l'accordage suffisamment bon, dans la relation et dans l'engagement psychocorporel du psychomotricien, nous collaborons pour mettre en œuvre de la bienveillance et de la contenance.

La prise en compte des envies des professionnels avec qui nous collaborons facilite l'intégration au sein de l'équipe et permet de penser le patient dans sa globalité.

Les séances, par les médiations de toucher et danse, permettent à l'individu de mieux investir son corps, l'imaginer et se le représenter. L'intégration et la compréhension développent les

capacités et engagent une revalorisation de l'image du corps. La personne développe son estime de soi, soit l'investissement de sa propre image. L'image du corps revalorisé permet d'entrer en relation avec l'autre, de s'ouvrir au monde extérieur. Pour la personne âgée, c'est laisser une place à un corps plaisir, un équilibre psychocorporel suffisant pour être dans l'échange, se sociabiliser ou juste accepter une communication par le toucher. La personne tend vers l'investissement de son corps, la conscience de son existence et l'émergence de son désir. Celui-ci est constituant du Moi, de la capacité de dire « je ». Il permet à la personne de faire des choix, de s'autoriser à prendre une place dans l'existence et de s'affirmer en tant que personne. Les médiations corporelles sont alors de véritables piliers identitaires pour le sujet.

Toute notre vie est rythmée par nos envies, de réelles pulsions qui nous poussent à avancer grâce à des objectifs apportant un bien être psychocorporel.

Après avoir aidé le sujet dans la mise en évidence de ses envies, et être parvenu à satisfaire certains besoins accessibles, je me suis demandée comment répondre à des besoins qui sont actuellement irréalisable ? Mr D me fait part à deux reprises au cours de l'année de son besoin de retrouver ses parents ou son envi d'apprendre à jouer du piano. Comment répondre à se désir irréel. Ne faut-il pas laisser le sujet dans le rêve plutôt que le confronter à la réalité. Comment travailler entre la réalité et le rêve ? Comment trouver la limite entre désir et réalité ?

# ANNEXE I

Mr D. Passation le jeudi 16 janvier à 16h30

## I - Orientation :

« Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »

Si la réponse n'est pas complète, poser les questions qui n'ont pas eu de réponse en spontané :

- x 1 - quel jour de la semaine ? dimanche
- x 2 - quel jour du mois ? 30
- x 3 - quel mois ? décembre
- x 4 - en quelle année sommes-nous ? 1960
- x 5 - quel est le nom de l'hôpital (ou autre lieu) où nous sommes ? salle de réflexion
- v 6 - à quel étage sommes-nous ? 1<sup>er</sup> étage
- v 7 - dans quelle ville sommes-nous ? Paris
- v 8 - quel est le nom du département ? Paris
- v 9 - dans quelle région ? Ile de France
- v 10 - quelle heure est-il ? 18h

5 / 10

## II - Enregistrement visuel :

« Maintenant nous allons faire travailler votre mémoire. Je vais vous montrer des cartes avec des images, vous allez dire ce que vous voyez, puis je les cacherai et vous devrez dire ce que vous avez vu ».

lecture du mot de droite en 1<sup>er</sup> besoin de le cacher pour lecture du mot de gauche

Fleur/Triangle  
↳ fleur ↳ diagonale

Cube/M<sup>10</sup>  
↳ L et N ↳ rectangle

Lunettes/Sens interdit  
↳ 1 pied 0,5/3 de mg

↳ H et I

réponse =  
↳ triangle  
↳ plus rien x

## III - Attention et calcul :

« Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? » :

93 - 86 - 79 - 72 - 65  
V x x x x

1 / 5

## IV - Fluence croisée :

« Pouvez-vous dire trois noms d'animaux commençant par la lettre L ? »

lion, lapin, lamantin

3 / 3

Besoin rappel + +  
consigne calculée  
pendant qu'il cherche

## V - Rappel visuel :

« Voici les cartes de tout à l'heure, elles sont incomplètes, pouvez-vous dire ce qui manque ? » 0/3

« Vous souvenez-vous dans quel ordre je vous les avais montrées ? » x 0/1

## VI - Shifting :

« Voici quatre dessins, pouvez-vous dire s'il y en a un qui ne va pas avec les autres et pourquoi ? » réponse = ≠ angle aigu plus compte dans 8 autres

« Pouvez-vous en voir un autre pour une autre raison ? »

« Encore un autre ? »

« Et encore un autre ? ».

0 / 4

## VII - Concept :

« Voici des cartes avec trois mots chacune, pouvez-vous dire quels sont les deux mots sur chaque carte qui vont les mieux ensemble ? »

1 / 3

lecture du mot de plus à droite. Il faut cacher le reste pour s'aider à lire les 2 autres mots.

réponse :

- ↳ banane, ballon
- ↳ robe, fauteuil
- ↳ grenade, mine.

SCORE : 10,5/32

< 24 = tu cognitif  
sévères.

(feminegligence gauche  
verbe).

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**ANZIEU D.**, (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

**BADEY-RODRIGUEZ C.**, (1997), *Les personnes âgées en institution : vie ou survie, pour une dynamique de changement*, édition Seli Arslan.

**BARRIER G.**, (2013), *Les langages du corps en relation d'aide, la communication non verbale au delà des mots*, collection psychologies et psychothérapie.

**BAUDRY R.** et **JUCHS J-P.**,(2007), *Définir l'identité*, édition de la sorbonne hypothèses, pages 155 à 167.

**CABANIOLS M.**, (2012), *Le bonheur est dans l'EHPAD : entre inflexion et réalisme*, EMPAN n°86, édition ERES.

**CARRIC J-C.** et **SOUFIR B.**, (2014), *Lexique du psychomotricien*, édition ERA robert altani.

**CHAUVIER S.** (2016), *La question philosophique de l'identité personnelle*, dans Identité(s), op. cit. L'individu, le groupe, la société, Auxerre Cedex.

**COLOGNE S.**, (2010), *Corps, espace, mouvement... et bien dansons maintenant !* in Evolutions psychomotrices Dialogue du corps et médiations corporelles n°87, Revue éditée par la Fédération Européenne des Psychomotriciens, Paris.

**CORRAZE J.**, (1980), *Les communications non-verbales*, édition Puf, psychologue n°78.

**COSNIER J.**, (2015), *Psychologie des émotions et des sentiments*, Retz Eds, Collection psychologie dynamique.

**DAMASIO A.**, (2003), *Spinoza avait raison*, Paris, Odile Jacob, coll. Sciences.

**DARNAUD T.**, (2017), *L'entrée en maison de retraite*, édition Esf, art de la psychothérapie.

**DE HENNEZEL M.**, (1995), *La mort intime, ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*, édition Pocket.

**DUQUENOY SPYCHALA K.**, (2002), *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. Paris : Eres,

**FEIL. N.**, (2018), *Validation La méthode de Naomi Feil pour une vieillesse pleine de sagesse. Aider et accompagner les grands vieillards désorientés*, édition Lamarre

**GATTINONI, C. et VIARME, E.** (2000), *L'apesan-teur et la grâce*. Art et Thérapie, 70-71, 35-46.

**GILLAN E.**, (2012), *Accompagner la verticalisation et ses dimensions symboliques et corporelles*, Thérapie psychomotrice et recherches, N°172, p18.

**GOUMAS, J., et LE ROUX F.** (1997). Le corps en gériatrie, Une approche psychomotrice. *Soins gérontologie*, 32-36.

**GOUSSOT A.**, (2015), Le journal de l'apha : *Le pouvoir des émotions Reconnaître leur place dans l'apprentissage* : in périodique « La résilience, c'est l'art de naviguer dans les torrents. »

**IOGNA-PRAT D.**, (2005), *Introduction générale : la question de l'individu à l'épreuve du Moyen Âge*, dans *L'Individu au Moyen Âge, individuation et individualisation avant la modernité*, B.M. BEDOS-REZAK et D. IOGNA-PRAT dir., Paris.

**ION J.**, (1996) *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris : Dunod

**JUHEL J-C.**, (2010), *La psychomotricité au service de la personne âgée, réfléchir, agir et mieux vivre*, Chronique sociale et Les presses de l'université Laval, Québec.

**LARGER V.**, (2017), *Pratique du soin des personnes âgées dépendantes, à domicile et en établissement*,

**LE BRETON D.**, (2013), *Anthropologie du corps et modernité*, op.cit édition Presses Universitaires de France

**LE GALL J.**, (2015), *Mourir en EHPAD*, Eres, p104

**MALLON I.**, (2004), *Vivre en maison de retraite : Le dernier chez-soi*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. « Le sens social ».

**MANTOVANI J., ROLLAND C. et ANDRIEU S.**, (2008) : *Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile* n° 83

**MARC E.**, (2005), *Psychologie de l'identité. Soi et le groupe*, Paris, Dunod, p. 41.

**MASSON E.**, (2012), *dépistage et définition de la dénutrition*, Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**MASSON E.**, (2008), *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*, de Kathy Dujardin et Patrick Lemaire. édition SAS.

**MONTAGU A.**, (1979), *La peau et le toucher un premier langage*, Paris, Seuil.

**PERSONNE M.**, (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, psychologie et psychomotricité des accompagnements, Eres, Toulouse

**PERSONNE M.**, (2003), *Les chaos du vieillissement*, Eres, Ramonville Saint-Agne

**PIREYRE, E.** (2015). *Clinique de l'image du corps, Du vécu au concept, deuxième édition*. Paris: Dunod.

**PLOTON L.**, (1995) *Les effets psychologiques de la solitude chez les personnes âgées*, Gériologie, n°96, avril.

**PONTON G.**, (2018), colloque du 18 mars 2017, *Toucher et être touché*, Association Être et renaitre, p173.

**REINHARDT J-C.**, (1990), *la genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*, Social Science, Université de Bordeaux II.

**SAGE I.**, (2008), *Quand le corps s'exprime : Les postures émotionnelles*, Évolutions Psychomotrices - Vol. 20 - n°79 – 2008

**SOMME D.**, (2003), *Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution*, Dossiers solidarité et santé n°1

**TORRIS G.**, (2020) « ANAMNÈSE », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 12 avril 2020

**VACHEZ-GATECEL A.** et **VALENTIN-LEFRANC A.**, (2019), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*, in chapitre 27 : Les seniors en institution, Laetitia Barnich et Chantal Removille.



---

## RESUME

---

Au cours de son parcours de vie, une personne âgée peut être amenée à entrer dans une maison de retraite, les motifs d'admission pouvant être variés. Au fil du temps, le corps est impacté par le vieillissement mais également par les contraintes de l'organisation institutionnelle. Le corps se stabilise et les envies s'amenuisent. Le psychomotricien, par son regard, va venir soutenir le maintien identitaire fragilisé du résident. L'émergence des envies demande un travail de conscience et d'expressivité corporelle. Ecouter les envies d'une personne âgée redonne une dynamique de vie à son corps impacté par l'institution. Cette écoute permet l'émergence d'un sentiment d'existence essentiel jusqu'à la fin de la vie.

Mots clefs : Psychomotricité - Personnes âgées - Institution - Envie - Expression corporelle - Emotions - Souvenirs

---

## SUMMARY

---

A senior person may have to enter a retirement home at some point in his/her lifetime. The reasons for admission may be varied. Over time, the body is affected by ageing but also by the constraints of institutional organizations around us. Over time, one's body stabilizes while wishes and cravings shall diminish. The psychomotrician, will support the shattered identity of the resident thanks to his expert outlook. Only through consciousness and bodily expressiveness can wishes and desires emerge. Listening to a senior person's desires allows for their body, which has been impacted by the institution, to have a new dynamics. Listening allows the emergence of an essential feeling of existence until the end of one's life.

Key words : Psychomotor - Senior - Institution - Craving - Bodily expressiveness - Emotions - Memories