



HAL
open science

Maintien d'un équilibre psycho-corporel chez le sujet âgé : la prévention de la chute à travers une approche psychomotrice

Elena Ithurburua

► **To cite this version:**

Elena Ithurburua. Maintien d'un équilibre psycho-corporel chez le sujet âgé : la prévention de la chute à travers une approche psychomotrice. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03265654

HAL Id: dumas-03265654

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03265654v1>

Submitted on 21 Jun 2021

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**Maintien d'un équilibre psychocorporel chez le sujet âgé :
La prévention de la chute à travers une approche
psychomotrice**

Ithurburua Elena

Née le 05/08/1999, à Bayonne (64)

Directrice de mémoire : Maud BOYER

Juin 2021

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**Maintien d'un équilibre psychocorporel chez le sujet âgé :
La prévention de la chute à travers une approche
psychomotrice**

Ithurburua Elena

Née le 05/08/1999, à Bayonne (64)

Directrice de mémoire : Maud BOYER

Juin 2021

REMERCIEMENTS

Je remercie ma directrice de mémoire Maud BOYER pour son accompagnement, ses conseils et ses éclaircissements le long de la réalisation de mon mémoire.

Je remercie évidemment l'ensemble de mes maitres de stage qui m'ont accueillie dans le cadre de stages longs ou courts, pendant ces trois années de formation. Je les remercie pour le partage de leur pratique et de leurs expériences qui m'a tant apporté par leurs diversités.

Je remercie l'ensemble des patients que j'ai rencontré qui ont contribué à mon enrichissement personnel et professionnel.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFP pour leurs enseignements et leur accompagnement pendant ces trois années d'étude.

Je remercie enfin mes proches pour leur soutien le long de l'élaboration de mon mémoire et pour leurs relectures.

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE	8
I. LA PERSONNE AGEE : DU VIEILLISSEMENT NORMAL AU VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE	8
A. Définitions préalables et enjeu du maintien à domicile	8
B. Le vieillissement normal	10
C. Le vieillissement pathologique	15
II. LA PERSONNE AGEE : ENTRE EQUILIBRE ET CHUTE	19
A. Description de l'équilibre	19
B. Vieillissement et équilibre	23
C. Lorsque la chute survient	25
III. INSCRIPTION DU TRAVAIL DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DE LA PREVENTION DE LA CHUTE	34
A. Les trois types de prévention	34
B. Différents professionnels intégrant la prise en charge préventive de la chute	35
C. La place du psychomotricien dans le travail pluridisciplinaire de la prévention de la chute	36
DEUXIEME PARTIE	45
I. PRESENTATION DES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)	45
A. Généralités	45
B. La temporalité de la prise en charge	46
C. Différents types de SSR	47
II. LE PSYCHOMOTRICIEN EN SSR	49
A. Le rôle du psychomotricien en SSR auprès de la personne âgée	49
B. La modalité d'intervention du psychomotricien en SSR	52
III. ETUDES DE CAS	55
A. En SSR neurologique : Monsieur M	55
B. En SSR gériatrique : Madame G	66
IV. LES LIMITES DU TRAVAIL DU PSYCHOMOTRICIEN EN SSR ET PERSPECTIVES DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE A DOMICILE	77
A. Les limites du psychomotricien en SSR	77
B. Travaux en faveur de la coordination du soin entre la ville et l'hôpital	79

INTRODUCTION

Le maintien à domicile de la personne âgée constitue un enjeu sociétal majeur et grandissant. En effet, d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE, 2019), en 2015, 2,5 millions de personnes âgées étaient en perte d'autonomie contre 4 millions qui le seraient en 2050. L'augmentation de la population âgée engendre donc un accroissement de pathologies gériatriques et de risques de dépendance. De plus, l'INSEE établit qu'environ neuf personnes de plus de 75 ans sur dix vivent à domicile. Vivre à domicile est bien une priorité pour un nombre important d'entre elles. En effet, le domicile d'une personne vieillissante correspond au « lieu qui fonde son identité, chargé affectivement et dont il n'a jamais imaginé se séparer. » (Roux & Brandily, 2019).

Ainsi, face à l'évolution de la population, le système de santé français s'est adapté par le biais d'avancées médicales mais aussi grâce à une meilleure coordination des parcours de soins des personnes âgées. Par différents plans nationaux, (Plans Alzheimer et Plan Maladies Neurodégénératives), l'Etat renforce son intérêt pour le maintien à domicile des personnes âgées et rend compte d'une plus grande considération accordée à la population âgée, accentuée avec le contexte actuel de la crise de la COVID-19.

Mes propres représentations de la personne âgée ont évolué au fur et à mesure des rencontres. J'avais d'abord tendance à associer le vieillissement à une régression linéaire vers la dépendance. Or, mon expérience auprès de la personne âgée m'a permis de réaliser que les personnes vieillissent avec un rythme, un vécu et des ressources différentes.

Pour cela, j'en viens à m'intéresser au large impact du vieillissement et de ses complications sur la personne, et plus particulièrement les facteurs menaçants l'autonomie du sujet à domicile. Parmi eux, l'ampleur du problème de la chute au domicile est interpellant. En effet, la chute au domicile se révèle être une problématique récurrente et complexe, d'origines et de conséquences multiples et variées d'une personne âgée à l'autre.

Les chutes à répétition menacent considérablement le maintien à domicile et sont fréquemment à l'origine de l'institutionnalisation. En effet, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS, 2009) « Les chutes répétées sont associées à une forte morbi-mortalité accélérant le processus de perte d'indépendance et d'autonomie, et à un taux d'institutionnalisation élevé pouvant atteindre 40 % des personnes ». Pour favoriser le maintien à domicile, la HAS a mis

en place un plan d'action préventif de la chute en pluridisciplinarité dans lequel le psychomotricien peut intervenir.

J'ai effectué deux stages courts auprès de professionnels paramédicaux intervenants au domicile de personnes âgées : en cabinet libéral et en Centre Ressources pour personnes âgées. J'ai ensuite réalisé un stage long en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique et en centre de SSR neurologique favorisant le retour et le maintien à domicile.

Ces expériences auprès de la population gériatrique m'ont permis de m'éclairer sur la nécessité d'une prise en soin pluridisciplinaire du problème majeur qu'est la chute pour la personne âgée.

La complexité et l'intrication de multiples problématiques rencontrées chez la population âgée relatent l'importance de la considération globale du patient âgé et de son besoin d'être pris en charge en pluridisciplinarité. La chute étant la conséquence de diverses problématiques et elle-même générant des complications, elle peut venir chambouler la personne âgée sur le plan physique et psychique. Dans ce cas, l'équilibre psychocorporel de la personne est mis en péril, menaçant considérablement le maintien à domicile.

J'envisage de démontrer dans ce mémoire l'apport de la psychomotricité dans le travail pluridisciplinaire de la prévention des chutes à travers la problématique suivante :

Quelle est la place de la psychomotricité dans la prévention de la chute chez le sujet âgé ?

Dans une première partie, je décrirai le vieillissement normal et pathologique. J'approfondirai la fonction d'équilibration et son vieillissement afin d'illustrer les facteurs de risques et les conséquences de la chute. Je mettrai également en évidence l'implication du psychomotricien dans le travail pluridisciplinaire de la prévention de la chute.

Dans une deuxième partie, j'expliquerai le fonctionnement du SSR et comment le psychomotricien s'inscrit dans ce service. J'illustrerai la prise en charge psychomotrice préventive de la chute en SSR grâce à deux études de cas. Nous aborderons enfin les limites de la prise en soins de la psychomotricité en SSR avant de réfléchir sur l'intérêt de la psychomotricité dans la poursuite du soin à domicile.

PREMIERE PARTIE

I. La personne âgée : du vieillissement normal au vieillissement pathologique

A. Définitions préalables et enjeu du maintien à domicile :

1. Définition de la personne âgée :

Donner des éléments de définition de la personne âgée revient à questionner : à partir de quand une personne devient âgée ? L'INSEE considère une personne âgée à partir de 65 ans. Cette donnée est la mesure d'un **âge chronologique** qui se base seulement sur le passage du temps. Socialement, il correspond à la période de prise de la retraite.

Dans le domaine médical, on distingue l'âge chronologique de l'**âge biologique**. Celui-ci peut être mesuré par les marqueurs du vieillissement sur l'organisme. En effet, le vieillissement est **hétérogène** dans la société (Soleymani et al., 2018). Cette hétérogénéité s'explique par des facteurs génétiques (le genre, prédispositions génétiques), et environnementaux (le parcours de vie, l'environnement social et économique, la culture). Tous ces facteurs ont un impact sur l'avancée en âge et sur le vécu du vieillissement. Deux personnes du même âge n'auront pas les mêmes capacités.

De plus, il faut aussi prendre en compte l'**âge psychologique** qui dépend de la manière dont la personne perçoit les modifications de son corps liées à son vieillissement biologique ainsi que de la manière dont elle s'ajuste à ces modifications.

2. Définition du vieillissement :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2018), le **vieillessement** est un processus de modifications des structures et des fonctions de l'organisme dû au passage du temps. Il résulte des effets de facteurs génétiques et environnementaux auxquels le corps est soumis tout au long de sa vie. Le vieillissement est un processus irréversible qui **débute à la naissance et s'achève à la mort**. Il se définit comme l'ensemble des différents processus qui accompagnent l'avancée en âge, qu'ils soient physiologiques, psychologiques ou neurologiques (Besdine, 2019).

Le vieillissement est physiologique, en effet il est lié au phénomène de **sénescence** (Juhel, 2010). La sénescence est un mécanisme cellulaire à l'origine du vieillissement physiologique. Il s'agit de l'arrêt du cycle cellulaire aboutissant à la mort cellulaire. Au fur et à mesure du vieillissement, il y a une **diminution de la densité cellulaire** dans le corps. Les capacités fonctionnelles tendent donc à diminuer chez la personne âgée. Cela varie selon l'évolution des différents organes et selon les individus du fait de l'hétérogénéité du vieillissement. Les modifications physiologiques liées au vieillissement normal impactent les compétences neurocognitives, perceptives et psychomotrices.

L'être humain a des **pertes** tout au long de sa vie, néanmoins les personnes âgées en vivent beaucoup. Ces pertes peuvent être de l'ordre **physique, cognitive, social et psychologique**. Le vieillissement normal entraîne un besoin d'ajustement aux modifications physiologiques qui passe par la conscientisation et l'acceptation de son évolution. Ce phénomène nécessite une capacité d'adaptation importante et dans certains cas, un besoin d'accompagnement dans le vieillissement. Le vieillissement peut s'accroître par des pathologies particulières et devenir « pathologique ».

La diminution des capacités liée au vieillissement peut avoir un retentissement plus ou moins important sur l'autonomie du sujet âgé. Cela varie selon le degré et l'étendue des pertes de la personne ainsi que de ses capacités d'adaptation.

3. L'autonomie comme enjeu :

L'**autonomie** est caractérisée par la faculté de se gouverner soi-même. Cette notion renvoie au libre arbitre de la personne et à la capacité de faire les choix qui lui importent pour ses projets et les gestes de la vie quotidienne. La **dépendance** quant à elle est définie par une incapacité partielle ou totale de la personne à réaliser les actes de la vie quotidienne sur le plan physique, psychique et social (Barnich & Removille, 2019). Dans ce cas, la personne peut avoir besoin d'une aide humaine pour les gestes essentiels relatifs aux transferts, à la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, et les déplacements.

L'évaluation des besoins de la personne peut donc s'appuyer sur la grille, nommée **AGGIR** (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) disponible en annexe 1. Elle permet le calcul d'un score Groupe Iso Ressources (GIR) de 1 à 6 (du plus au moins dépendant).

- GIR 5 à 6 : possibilité d'une aide, accordée par le régime de retraite ou l'aide sociale départementale en fonction de l'âge et des ressources financières. Cela concerne principalement les prestations telles que le ménage, l'aide à la préparation des repas ou aux courses.
- GIR 1 à 4 : possibilité de l'ouverture au droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile ou en établissement, délivrée par le conseil départemental. Il s'agit dans ce cas d'une aide humaine pour les actes de la vie quotidienne.

A domicile, l'évaluateur, en lien avec l'équipe médicale et l'entourage familial de la personne propose un **plan d'aide au domicile**. Le plan d'aide comprend essentiellement des heures d'aide à domicile en vue de préserver l'autonomie de la personne avec la meilleure qualité de vie possible. Lorsque le maintien à domicile devient complexe et atteint ses limites, l'accueil en institution est envisagé. Il est souvent lié à l'incapacité à vivre seul en sécurité et à l'épuisement des aidants.

Ainsi, compte tenu du vieillissement de la population, la préservation de l'autonomie au domicile est devenue un véritable enjeu de santé publique. En effet, l'accueil en institution ou les séjours hospitaliers engendrent des coûts plus importants sur les finances publiques qu'un maintien à domicile réussi.

B. Le vieillissement normal :

1. Sur le plan fonctionnel :

a. La sénescence au niveau musculaire :

Le métabolisme cellulaire est ralenti, la personne âgée a donc tendance à prendre de la masse grasseuse et perdre de la masse musculaire. On retrouve une diminution de la densité cellulaire des muscles, notamment des muscles antigravitaires, entraînant une diminution de la force musculaire, en particulier lors de mouvements rapides. Ce phénomène multifactoriel et systématique est appelé **sarcopénie**.

b. La sénescence au niveau squelettique :

La densité minérale osseuse diminue, pouvant aller vers de l'ostéoporose, en particulier chez la femme. Les articulations sont fragilisées du fait de l'amincissement du cartilage et l'arthrose

augmente la fragilité articulaire. De plus, la personne âgée présente une diminution de la résistance mécanique osseuse, ce qui augmente le risque de fracture (Miermon et al., 2015).

c. La sénescence au niveau cardiorespiratoire :

Le vieillissement entraîne une diminution des capacités cardiovasculaires. La fréquence cardiaque est réduite à l'effort et la capacité ventilatoire diminuée.

d. La sénescence sur d'autres aspects :

L'appétit est diminué, la satiété arrive plus rapidement et le transit intestinal est ralenti. On retrouve également une diminution de la sensibilité des récepteurs de la soif. Le sujet âgé présente un risque de déshydratation et de dénutrition. Le sommeil est également de moins bonne qualité. Le système immunitaire est peu réactif et moins efficace qu'auparavant.

2. Sur le plan sensoriel :

Les organes sensoriels se dégradent pendant le vieillissement. Les personnes âgées peuvent donc présenter des difficultés perceptives de l'environnement qui les entoure.

a. La vue :

Les cellules s'amoindrissent, en particulier au niveau de la vision périphérique. La perception et l'acuité visuelle des personnes âgées se dégradent. Il y a une diminution de la sensibilité aux contrastes et une diminution de la capacité d'accommodation du cristallin.

Les déficiences visuelles les plus fréquentes sont la cataracte, le glaucome et la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA).

b. L'audition :

Les déficiences auditives sont également très communes. Elles sont liées à l'altération progressive de l'oreille et du nerf auditif. Les appareillages auditifs ne rétablissent pas complètement l'audition.

c. Le toucher :

La peau a différents récepteurs sensibles à la pression, à la vibration, au tact et à la température. Le vieillissement entraîne une diminution de la sensibilité cutanée, notamment au niveau de la voûte plantaire. En effet les mécanorécepteurs cutanés plantaires subissent une dégénérescence. De plus le pied se déforme au fil du temps. Cela peut entraver la perception du sol et des éventuels obstacles.

d. Le système vestibulaire :

Dans l'oreille interne, on retrouve un vestibule qui renseigne sur l'orientation de la tête. On retrouve aussi les canaux semi-circulaires qui donnent plutôt des renseignements sur les mouvements de la tête. Le système vestibulaire voit sa structure se modifier. Le nombre de cellules ciliées diminue. La sensibilité vestibulaire est moins efficace, en particulier lorsqu'il s'agit de mouvements rapides. Cela impacte l'organisation spatiale.

e. La proprioception :

La proprioception, aussi appelée sensibilité profonde, renseigne le corps sur sa position dans l'espace. Elle permet de percevoir l'orientation des parties du corps entre elles, la position des articulations et du mouvement du corps. « La proprioception, c'est le sens musculaire, le sens du corps dans l'espace » (Berthoz, 1997).

Les récepteurs renseignant sur la position du corps dans l'espace diminuent, notamment les récepteurs suivants (Albaret & Aubert, 2001) :

- Mécanorécepteurs musculaires : les fuseaux neuromusculaires des muscles striés squelettiques
- Mécanorécepteurs tendineux : les organes tendineux de Golgi situés à la jonction du muscle avec le tendon
- Mécanorécepteurs articulaires : en particulier les récepteurs de Ruffini situés dans les capsules articulaires et des récepteurs de Golgi dans les ligaments articulaires.

La perception des positions et des mouvements des articulations ainsi que des segments corporels se voit diminuée. De plus, les fibres nerveuses diminuent et les temps de conduction des nerfs périphériques augmentent. La sensibilité proprioceptive se trouve alors moins efficace chez la personne âgée.

Les informations musculaires, tendineuses et articulaires se coordonnent avec les sensations tactiles, visuelles, auditives et vestibulaires afin d'adapter au mieux une posture. **La coordination des différentes sensations se voit donc altérée.**

3. Sur le plan cognitif :

Le vieillissement s'accompagne de modifications du système nerveux central. On retrouve une diminution du nombre de neurones corticaux, de certains neurotransmetteurs intracérébraux de la substance blanche et de la matière grise. Cette dernière diminue notamment au niveau du cortex préfrontal qui est impliqué dans le **processus attentionnel**. Le cortex

moteur primaire subit aussi une involution qui participe au ralentissement des mouvements de la personne âgée.

Du fait de ces modifications structurales, on retrouve un ralentissement des **fonctions exécutives** situées dans le lobe frontal telles que : planification, la résolution de problèmes et la vitesse d'exécution. En effet, le traitement des informations est plus lent et l'information nerveuse se transmet plus lentement. Le temps de réaction est donc augmenté. Les capacités de traitement de l'information sont diminuées, notamment l'information sensori-motrice.

L'accomplissement de **deux tâches simultanées** (tâche posturale associée à une tâche cognitive) nécessitant une plus grande capacité attentionnelle est difficile pour les personnes âgées. (Paillard, 2016).

On retrouve aussi une diminution des **performances mnésiques**, notamment la mémoire épisodique, et l'apprentissage des notions nouvelles est également plus difficile. Le sujet utilise des stratégies de compensation en utilisant ses capacités restantes pour compenser celles qui sont déficitaires. Un travail en orthophonie peut être intéressant pour travailler sur la « réserve cognitive ».

4. Retentissement du vieillissement sur le plan psychosocial :

a. Importance de la situation sociale :

Dans la société, le passage de la vieillesse est marqué par le passage à la **retraite**. On retrouve donc une diminution des liens sociaux et parfois une précarité économique. On retrouve souvent dans certains couples de personnes âgées, des **postures aidant/aidé** selon le handicap d'un des deux partenaires. De plus, les personnes âgées peuvent aussi vivre un **veuvage** ce qui peut renforcer un sentiment de solitude. Les personnes âgées n'ont parfois pas d'enfants ou alors ceux-ci peuvent vivre loin du domicile de leurs parents. Il peut également avoir une incapacité à conduire, ou une difficulté à sortir du domicile, ce qui vient augmenter le **retrait social**. Ces différents facteurs peuvent isoler les personnes âgées ou même leur donner un sentiment d'inutilité dans la société.

La société comporte des normes d'âge qui influencent notre comportement selon notre âge chronologique (Personne, 2011). Il y a donc des attentes en fonction de notre statut. Les normes sont fonctionnelles, elles nous permettent de nous guider et de déclencher des comportements adaptés mais elles peuvent aussi être inadaptées. Il est donc possible de nous enfermer dans des rôles et des attentes qui sont inappropriés.

La catégorie sociale à laquelle correspond la population âgée a donc aussi des **devoir être et des devoir faire**. Par exemple, il existe une représentation selon laquelle les personnes âgées n'ont plus besoin de se préoccuper de leur image du fait de la valorisation du paraître jeune dans la société (Personne, 2011). Certaines des représentations sociales sont faites de préjugés à l'égard de la personne âgée. Les personnes âgées peuvent d'ailleurs elles-mêmes porter ces représentations négatives. Elles peuvent donc les conforter en adoptant des comportements adaptés à celles-ci.

Il est nécessaire de donner une place importante à la relation avec les personnes âgées car elles sont plus à risque d'isolement. En effet, la relation a un impact considérable sur la narcissisation du sujet et la construction de son identité.

b. Sur le plan identitaire et psychologique :

Le fait de vieillir marque notre temporalité. Les atteintes du vieillissement sont souvent d'abord **physiques** (blanchissement de cheveux, rides). Le phénomène de vieillissement peut faire ressentir un décalage entre la perception de notre image et notre vécu corporel. Au niveau social le vieillissement est marqué par la retraite qui est une perte plus ou moins importante selon les images narcissiques que l'on y avait investi. La personne âgée nécessite donc un remaniement identitaire qui renvoie à un **travail de deuil** de la perte de ses capacités et de ses repères affectifs, sociaux et économiques.

On peut dire que le vieillissement est associable à l'idée de perte. Cependant, il est aussi associé à une idée d'acquisition puisque l'on perd ce que l'on a eu (les autres, les objets, le Moi). Le « Moi » est une construction inconsciente qui se base sur l'image de l'autre ou d'un objet qu'on affectionne. Il y a une relation narcissique du Moi à l'objet. Lorsqu'on investit les objets, les personnes, le Moi les retranscrit inconsciemment en images. En vieillissant, on perd de nombreux objets que l'on a investi. Ces pertes d'objet nécessitent donc un travail de deuil. En effet, dans le deuil d'une personne par exemple, l'image que l'on a investie est démunie de la réalité de l'autre. La perte d'un objet correspondrait donc à la **perte d'un trait du Moi**. Il y a alors une édification de mécanismes de défense psychique puisque **le Moi doit se réorganiser** à travers la quête d'un autre objet à investir (Messy, 1992).

Les déficits liés au vieillissement fragilisent la personne sur le plan narcissique. Cela **modifie certaines représentations que la personne a d'elle-même**. D'après De Gouès, « La meilleure façon de conserver plus longtemps une jeunesse mentale semble liée à la capacité de se forger des représentations nouvelles, notamment de nouvelles représentations de soi ».

c. Lorsque le narcissisme devient pathologique : troubles comportementaux

Pour J. Messy (1992), la **vieillesse** est différente du processus de vieillissement normal qui se déroule tout au long de notre vie. Pour lui, la vieillesse correspond à l'état d'une personne d'un âge avancé ayant **perdu l'équilibre « acquisition – perte »** de façon brutale. Après cette perte, le sujet n'arrive pas à trouver un objet à réinvestir. Cet événement peut être lié à la prise de la retraite, le deuil d'une personne, ou une chute par exemple.

Parmi les comportements des personnes âgées, on peut retrouver deux types de compensations, décrits par G. Le Gouès, qui démontrent un narcissisme pathologique (Matot, 2002). Ces deux cas de figure peuvent mettre en avant une dissociation entre le corps et l'esprit et un trouble de l'identité. D'après M. Personne (2011, p.50), lorsque le remaniement de l'identité se situe de ce côté-là, nous nous présentons dans le deuxième type de vieillissement dit "pathologique".

On peut retrouver un vieillissement surcompensé c'est à dire que la personne est dans le déni des diminutions de ses capacités et se situe dans une suractivité défensive. Cela correspond souvent à des personnes qui se mettent en danger. Elles n'acceptent pas de vieillir et ne prennent pas en compte les modifications de leurs capacités. Ce comportement peut induire des complications comme des chutes à répétition par exemple.

On retrouve aussi un vieillissement décompensé qui se manifeste par un repli sur soi. Les personnes se considèrent trop âgées pour faire certaines choses et font part d'un certain abandon de leur corps. Elles peuvent avoir un rapport à leur corps médicalisé avec une tendance à se réduire à leurs problématiques, à leurs douleurs par exemple.

Certaines personnes âgées développent des mécanismes de défense pathologiques suite à une trop grande perte. Dans ce cas de figure, la perte est trop importante et elle prend le dessus. Elles se situent donc dans un vieillissement pathologique.

C. Le vieillissement pathologique :

1. Définition :

Le vieillissement pathologique correspond à un **vieillissement accéléré ou accentué**, lié à l'atteinte d'une ou de plusieurs problématiques ou maladies, rendant la personne potentiellement polypathologique (Juhel, 2010). Ces maladies peuvent être psychologiques (dépression, troubles psychiatriques), fonctionnelles (maladies cardio-vasculaires,

ostéoporose), ou neurologiques (ataxie cérébelleuse, Maladie de Parkinson). Certaines maladies psychologiques, neurologiques ou fonctionnelles peuvent exister depuis de nombreuses années. Dans ce cas, le processus de vieillissement remet en exercice les capacités d'adaptation de la personne.

2. Les fréquentes maladies neurodégénératives :

Parmi les pathologies neurologiques on retrouve fréquemment certaines maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson par exemple.

La maladie d'Alzheimer est l'atteinte neurocognitive la plus répandue chez la personne âgée. Elle se caractérise par une atrophie du cortex cérébral : atrophie des lobes frontaux, pariétaux et temporaux et de la région de l'hippocampe. Elle peut être à début précoce (avant 65 ans) ou à début tardif (après 65 ans). Le plus fréquemment, c'est la fonction mnésique qui est touchée en première intention. Les personnes atteintes d'Alzheimer sont désorientées au niveau spatio-temporel. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu. Au fur et à mesure de l'évolution de la pathologie d'autres fonctions sont impactées. La maladie d'Alzheimer peut générer plusieurs perturbations comme l'aphasie, l'apraxie, l'agnosie et la perturbation des fonctions exécutives.

La maladie de Parkinson est répandue chez les personnes âgées. Elle touche une personne sur 400 (Albaret & Aubert, 2001). Cette maladie a une triade caractéristique. Deux de ces trois symptômes sont nécessaires au diagnostic : l'akinésie, la rigidité, le tremblement.

- L'**akinésie** correspond à une difficulté voire une incapacité à initier le mouvement se traduisant par une diminution de mouvements et une lenteur d'exécution du mouvement.
- La **rigidité** se manifeste par une hypertonie des muscles en particulier ceux du tronc, du cou et de la racine des membres. Cette rigidité cède « coup par coup » lors de mobilisations passives (phénomène de « roue dentée »).
- Le **tremblement** correspond à des oscillations des membres lorsque les muscles sont au repos, mais disparaissent pendant le sommeil.

Les personnes atteintes de ce syndrome présentent également des troubles cognitifs, moins prononcés en début de maladie que dans la Maladie d'Alzheimer, principalement des difficultés visuo-spatiales et exécutives. Elles ont souvent un trouble de l'équilibre avec des troubles posturaux et de la marche accompagnés de troubles de la coordination. Ces patients sont à risque de chute du fait de leur hypertonie et de leur manque de réflexe de protection et d'adaptation lors des déséquilibres.

3. L'ataxie spinocérébelleuse : une pathologie neurodégénérative rare

J'ai pu accompagner une personne âgée atteinte d'ataxie spinocérébelleuse de type 7 (SCA 7) dans le cadre de mon stage en SSR neurologique. J'exposerai le cas clinique de ce patient dans ma deuxième partie.

a. Généralités sur l'ataxie :

L'ataxie aussi appelée syndrome cérébelleux est une maladie génétique neurodégénérative rare. Cette pathologie est caractérisée par un trouble de l'équilibre. Les cellules du cervelet dégénèrent plus ou moins rapidement ce qui conduit à une atrophie du cervelet. La dégénérescence peut toucher d'autres cellules nerveuses localisées à différents endroits, comme par exemple, la moelle épinière, le nerf optique ou la rétine.

Parmi les différents types d'ataxie, il existe l'**ataxie spinocérébelleuse (SCA)** qui touche 1 à 5 personnes sur 100 000. De nombreux gènes peuvent être impliqués dans cette pathologie.

b. Mode de transmission et âge d'entrée de l'ataxie spinocérébelleuse (SCA) :

La SCA est une maladie héréditaire à caractère **dominant**. Il suffit donc d'avoir le gène pour porter la maladie et la développer au cours de sa vie. Dans certains cas, la maladie survient chez une personne n'ayant aucun antécédent familial. Il peut s'agir alors d'une nouvelle mutation. L'environnement peut être une composante faisant varier le moment de l'apparition de la maladie.

Le moment où les symptômes commencent à apparaître varie. En effet, la SCA peut être liée à **différents gènes influençant l'âge d'apparition de la maladie** (Institut du Cerveau, 2014). La moyenne d'âge d'apparition est de 35 ans. Cependant, un début plus précoce dans l'enfance, ou au contraire plus tardif, après l'âge de 60 ans, est aussi possible. Plus la personne vieillit, plus elle a de risque de développer la maladie.

c. Symptomatologie de l'ataxie spinocérébelleuse :

L'ataxie spinocérébelleuse est caractérisée par des **troubles de l'équilibre** et des **coordinations motrices**. On retrouve aussi un **trouble de l'articulation** phonatoire appelée dysarthrie. Il y a une diversité clinique des personnes atteintes de cette pathologie.

Des symptômes pyramidaux peuvent apparaître si la dégénérescence cellulaire touche le tronc cérébral. Dans ce cas, de l'**hypertonie spastique ou pyramidale** peut se manifester. Des **symptômes extrapyramidaux** peuvent aussi apparaître : des mouvements involontaires, des tremblements. Des **troubles proprioceptifs** peuvent survenir, conduisant la personne à avoir une perception altérée de la position de son corps dans l'espace. (Collège des Enseignants de Neurologie, 2016)

d. Particularité de l'ataxie spinocérébelleuse de type 7 :

Le patient que j'ai rencontré est atteint d'une ataxie spinocérébelleuse de type 7 (SCA7). Dans cette forme d'ataxie, il y a fréquemment une baisse de la vision liée à une dégénérescence progressive des cellules qui tapissent le centre de la rétine. Cette région de la rétine permet la vision précise. L'évolution se fait d'une perte de la vision précise à une atteinte de la vision périphérique.

e. Impact de l'ataxie spinocérébelleuse sur le vieillissement :

Comme toute maladie neurodégénérative, plus la personne vieillit, plus elle développe des symptômes de sa pathologie. Les symptômes de la SCA 7 peuvent s'intensifier à travers une augmentation des troubles de l'équilibre. D'autres symptômes peuvent apparaître assez tardivement comme la diminution de la vision.

Le vieillissement étant lui-même associé à une diminution des capacités motrices, sensorielles et cognitives, il a tendance à accélérer la dégradation de la pathologie neurodégénérative déjà installée.

Les personnes atteintes de SCA 7 sont considérées comme à risque de chute du fait des troubles de l'équilibre. On sait que le risque de chute augmente en vieillissant chez une personne sans pathologie spécifique. Les personnes âgées atteintes de SCA 7 ont donc un risque de chute important. L'atteinte de SCA 7 nécessite donc une mise en place d'aides techniques de façon assez prématurée (déambulateur, fauteuil roulant). L'autonomie fonctionnelle du patient est également altérée ce qui peut entraîner un épuisement des aidants et la nécessité de mettre en place des aides humaines.

II. La personne âgée : entre équilibre et chute

A. Description de l'équilibre :

Dès la naissance, la notion d'équilibration entre en jeu du fait du phénomène de la gravité terrestre. Nous allons nous intéresser à la définition du phénomène d'équilibration et de la manière dont il évolue chez la personne vieillissante.

1. Définitions :

a. Définitions préalables de l'équilibre, la posture et le mouvement :

« L'équilibre est un état de stabilité permettant à l'homme de faire face aux forces de la pesanteur, ainsi qu'aux facteurs qui tendent à le rompre à chaque fois qu'il s'adapte au milieu aussi bien dans un état cinétique que dans un état statique » A. Chaillot.

Il faut alors distinguer l'**équilibre statique de l'équilibre dynamique**. L'équilibre statique correspond au maintien d'une posture en position immobile. Tandis que l'équilibre dynamique est présent lorsque le corps est en mouvement.

Ces deux types d'équilibre nous permettent de distinguer la posture du mouvement.

La **posture** correspond à la disposition des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres à un moment et un espace donné. Le mouvement débute et se termine par une posture. Les postures structurent le mouvement, en lui conférant une temporalité.

Le **mouvement** caractérise soit un changement des segments corporels ou un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace (locomotion). Il constitue un état de déséquilibre transitoire qu'il faut constamment rétablir. Il s'agit d'une succession de postures qui soutiennent le mouvement et qui permettent de maintenir un état d'équilibre. En effet, le mouvement d'une partie du corps modifie la position du centre de gravité, cela est corrigé par le mouvement lui-même.

D'après T. Paillard (2016), on ne peut pas considérer une absence de mouvement du corps en équilibre statique (mouvements physiologiques, micromouvements du corps). Il définit donc l'équilibre statique comme une situation posturale où il n'y a pas de modification du contact du corps avec le sol. A l'inverse, l'équilibre dynamique se définit par un contact du corps avec le sol constamment modifié.

b. Définition de la fonction d'équilibration :

L'équilibration peut être défini comme la **fonction sensori-motrice** qui permet de stabiliser le centre de gravité au cours de perturbations externes ou auto-initiées (Horak, 2006). Ce phénomène implique une multitude de systèmes qui interagissent ensemble. L'équilibration correspond à l'ensemble des mécanismes destinés à lutter contre la pesanteur. De ce fait, l'état de stabilité d'une posture ou d'un mouvement est régi par la fonction d'équilibration du corps.

La fonction d'équilibration est communément modelée par le pendule inversé ci-contre. Ce mécanisme d'équilibration confère une organisation corporelle permettant que la verticale passant par le centre de gravité se projette à l'intérieur de la surface d'appui au sol appelé **polygone de sustentation**. (Paillard, 2016)



Ce modèle permet de simplement considérer la fonction d'équilibration sur le plan sagittal et prend en compte les stratégies de chevilles (stratégie la plus commune) pour maintenir l'équilibre.

Zone de stabilité posturale
(Horak, 2006)

La fonction d'équilibration repose sur la perception et la transmission des informations sensorielles aux centres intégrateurs et de contrôle. Le traitement de ces informations permet l'activation de stratégies motrices qui vont réguler la posture de la personne.

2. Intégration sensorielle :

a. La vue :

Les informations provenant du système visuel soutiennent la fonction d'équilibration. Elles nous donnent des repères visuels de l'espace qui nous entoure. La vision permet de percevoir l'espace, notamment les objets et les mouvements de l'environnement. La vision est essentielle au développement des fonctions visuo-spatiales et aux coordinations oculo-motrices qui permettent d'interagir avec l'espace de manière harmonieuse. Une bonne qualité visuelle permet donc d'appréhender ses capacités d'équilibration dans un espace et de s'y ajuster.

b. La sensibilité cutanée :

Les informations cutanées jouent un rôle important dans l'équilibre. Cette sensibilité permet de percevoir le contact du corps avec le sol, avec d'autres parties du corps ou avec des objets. En position debout, le sujet ressent de la pression sur le pied grâce au phénomène de gravité. Cela donne des informations sur la position du corps par rapport au sol et permet de sentir les irrégularités du sol. Elle permet aussi de percevoir certains mouvements comme les torsions du corps (étirement de la peau).

c. Le système vestibulaire :

Le système vestibulaire constitue un référentiel de l'orientation spatiale par rapport à la gravité. Il possède des récepteurs qui nous renseignent sur la position de la tête dans l'espace et donc sur l'équilibre du corps. Il a un rôle de stabilisation de la tête et du corps. Ce système stabilise les images sur la rétine lorsque le corps ou la tête est en mouvement. Il permet la stabilité du regard par rapport à l'espace et à la position de la tête, fondamental pour l'équilibre. (Juhel, 2010).

d. La proprioception :

La sensibilité profonde renseigne le corps sur sa position dans l'espace. A. Bullinger définit ce qu'il appelle la **fonction proprioceptive**. Il s'agit de la coordination de la sensibilité profonde (indiquant l'état de tension musculaire, tendineuse, la position des articulations) avec les différents signaux issus des flux sensoriels (la vue, le tact, la gravité). Pour lui, « la fonction proprioceptive n'est pas un fait biologique, c'est une coordination susceptible de se modifier en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu. »

L'équilibration exige une capacité de traitement de différentes entrées sensorielles. Les différentes informations sensorielles se combinent et s'intègrent dans le système nerveux central. Le traitement de ces informations permet ensuite la mise en place de stratégies posturo-motrices qui vont adapter la posture de la personne.

3. Implication du système cognitif :

Le traitement des informations sensorielles nécessite des **capacités attentionnelles et exécutives**. En effet, beaucoup de situations posturales sont automatisées, cependant certaines postures, plus compliquées, nécessitent une analyse, une réflexion puis une stratégie motrice.

L'attention sélective permet l'analyse d'une information sensorielle privilégiée par rapport à d'autres. Cette capacité nécessite une inhibition des éléments distracteurs et une focalisation attentionnelle. L'attention divisée quant à elle, permet de diriger son attention sur deux sources différentes. Nous nous déplaçons rarement sans objectif précis à réaliser, sans activité cognitive associée. La mise en mouvement peut constituer une situation de « **double tâche** » (posturale et cognitive) qui peut parfois être difficile et mettre l'équilibre en péril. (Paillard, 2016).

4. Les stratégies posturo-motrices :

Le système musculosquelettique façonne des postures afin de pallier au déséquilibre. Il y a plusieurs stratégies posturo-motrices possibles. Certaines stratégies peuvent être utilisées préférentiellement par certaines personnes et dépendent beaucoup de l'environnement et des facteurs déséquilibrants. La **stratégie de cheville** est la plus commune. C'est pour cela que c'est la stratégie modélisée dans le pendule inversé. Cependant il existe aussi les stratégies schématisées ci-dessous.

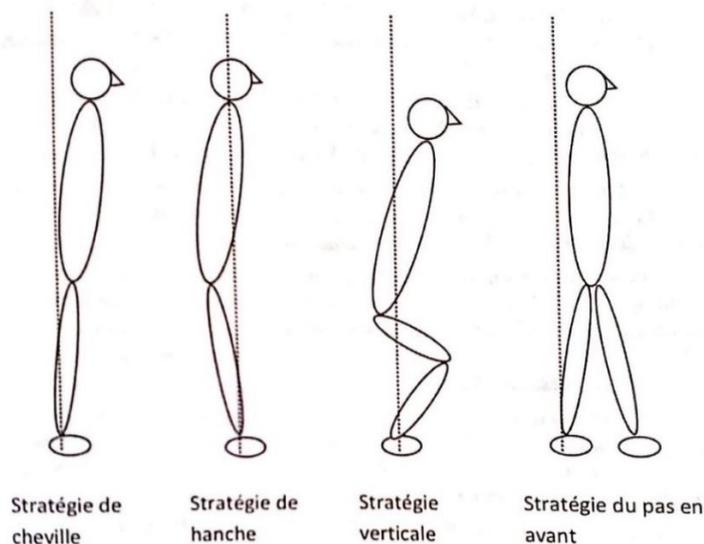


Schéma des différentes stratégies posturales (Paillard, 2016)

La **stratégie de hanche** constitue une position en antéflexion du buste avec les jambes tendues. La **stratégie verticale** constitue plutôt une flexion des genoux. La **stratégie du pas en avant** est un petit déplacement vers l'avant. Toutes ces stratégies représentent les compensations posturo-motrices communes pour pallier au déséquilibre.

B. Vieillesse et équilibre :

1. Le vieillissement du système d'équilibration :

Comme nous venons de le voir, la fonction d'équilibration est un système dynamique complexe impliquant les systèmes sensoriels, les centres intégrateurs et l'appareil locomoteur.

Lors du vieillissement, le phénomène de sénescence impacte un large éventail de systèmes. Ainsi, le vieillissement des systèmes sensoriels, du système de traitement des informations et de l'appareil locomoteur, ainsi que le ralentissement de la conduction nerveuse, constituent une multitude de phénomènes qui perturbent la qualité de la réaction posturale.

Tous ces facteurs générant le vieillissement du système d'équilibration sont synthétisés dans le schéma ci-dessous :

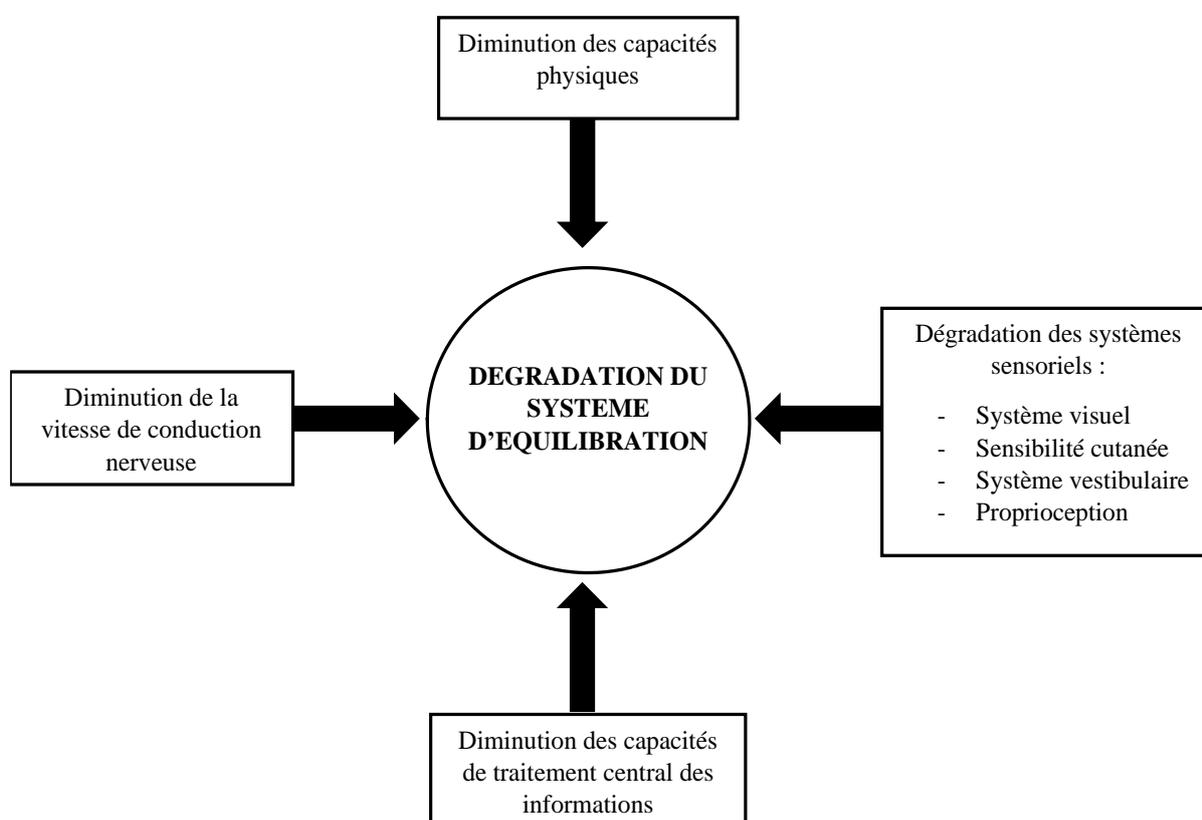


Schéma récapitulatif de la dégradation normale du système d'équilibration

L'origine de l'instabilité posturale provient donc de la dégradation de plusieurs systèmes qui évoluent de manière hétérogène selon les personnes âgées. En effet, le sentiment de manque de stabilité, de vertige et d'insécurité augmente avec l'âge de façon multifactorielle (Albaret & Aubert, 2001). Le phénomène de perte d'équilibre est une réalité chez la personne âgée. Les

personnes âgées mettent donc en place des stratégies compensatoires pour maintenir leur équilibre.

2. La compensation posturo-motrice des personnes âgées :

Les modifications liées au vieillissement nécessitent une reprogrammation des coordinations afin de conserver l'équilibre lors de situations motrices complexes (Broussal-Derval & Delacourt, 2015). Les stratégies de maintien de l'équilibre sont donc modifiées.

L'équilibre est notamment impacté par une **réorganisation des informations sensorielles** (Albaret & Aubert, 2001). On retrouve chez la personne âgée, une utilisation préférentielle de la vision par rapport aux systèmes vestibulaires et proprioceptifs (Paillard, 2016). Le manque d'un système sensoriel affecte beaucoup plus les personnes âgées que les jeunes, surtout lorsqu'il s'agit de la vision.

Il y a une dégradation de l'efficacité de l'équilibre et des capacités posturales. En effet, le traitement cognitif étant ralenti, le **recrutement moteur est retardé** et les réponses de compensations sont augmentées. La stratégie de cheville préférentielle se transforme en **stratégie préférentielle de hanche**. Les personnes âgées présentent aussi une plus grande présence de la **stratégie du pas en avant** (Woollacott et coll., 1986).

Il est plus difficile pour les personnes âgées de compenser leurs déséquilibres efficacement. On observe effectivement une **augmentation des oscillations posturales** dans cette population. La personne âgée pallie à ses déséquilibres par une **hypertonie** (Paillard, 2016). Cette hypertonie rend plus difficile le maintien et la régulation de l'équilibre lors des situations imprévisibles et trouble les sensations proprioceptives.

L'impact des déficits liés à l'âge sur l'équilibre sont particulièrement visibles lors de la locomotion. On observe ce qui est souvent appelé la **marche « précautionneuse »**.

On retrouve une diminution de la vitesse de marche avec une augmentation du temps en double appuis avec une diminution de la hauteur et de la longueur du pas. On observe aussi une augmentation du polygone de sustentation avec le fléchissement des genoux et une diminution de déplacement du centre de gravité liée à une faible propulsion du pied. Le déroulé du pied est diminué. L'amplitude articulaire est également plus restreinte du fait des limitations articulaires. La réaction d'équilibration du balancement des bras est diminuée, tout comme les

torsions entre les ceintures scapulaires et pelviennes. **Ces compensations permettent de maintenir l'équilibre chez la personne âgée.**

Il y a un **lien direct entre la chute et les capacités d'équilibration** chez la personne âgée. L'équilibration peut être défini comme la fonction posturale qui permet de prévenir les chutes (Winter, 1995). En effet, « la chute est la plupart du temps le résultat d'un déséquilibre postural **non compensé** par sa fonction d'équilibration » (Navarro Ocampo et al., 2017).

C. Lorsque la chute survient :

1. Définition et données épidémiologiques :

La chute correspond au « fait de se retrouver involontairement au sol ou dans une position inférieure par rapport à sa position de départ » (HAS, 2009).

L'OMS fait de la chute la **première cause de décès accidentels** après 65 ans. Dans près de 70% des cas, cet accident se passe pendant l'activité de marche. Un tiers des personnes de plus de 65 ans, et la moitié des personnes de plus de 80 ans, chutent au moins une fois par an. Il y a une intervention médicale nécessaire dans 17.5% des cas (dont 6% de fractures).

La chute correspond au **3^{ème} motif d'hospitalisation** et elle est souvent à l'origine d'une institutionnalisation (12% des admissions en gériatrie).

Le risque de chute est **vingt fois plus important après la première chute** (Portail National de la Silver Economie, 2017). Le vécu traumatique augmente avec le temps passé au sol. « L'existence d'un séjour au sol supérieur à une heure est un facteur de mauvais diagnostic. La moitié des chuteurs qui ont passé plus d'une heure au sol décèdent dans les 6 mois. » (Faucher et al, 2000).

2. Facteurs de risques :

La HAS présente des facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques de la chute. Les facteurs de risques intrinsèques proviennent de la personne tandis que les facteurs de risques extrinsèques sont associés à l'extérieur.

Au sein de ces deux types de facteurs, la HAS définit les facteurs prédisposants et précipitants de la chute. Les **facteurs prédisposants** à la chute correspondent à une accumulation de facteurs de risques intrinsèques. En revanche, les **facteurs précipitants** la chute sont situationnels, ils correspondent à des facteurs extrinsèques ou intrinsèques.

a. Les facteurs prédisposants :

a. 1. Facteurs liés au vieillissement normal :

Comme nous l'avons déjà décrit, le vieillissement normal a un impact sur les capacités d'équilibration. Parmi ces conséquences, on retrouve la **diminution des facultés sensorielles, cognitives, locomotrices** ainsi qu'une **diminution de la vitesse de conduction nerveuse**.

a. 2. Facteurs médicaux :

La personne peut présenter une pathologie ou des problématiques médicales anciennes ou récentes. Elle peut être atteinte d'une **pathologie neurologique** générant un trouble de l'équilibre par exemple. Au niveau podologique, les **anomalies de pieds** constituent un facteur de risque important. Il existe aussi des facteurs de risque tels que les **maladies cardiovasculaires** (insuffisance cardiaque) et l'**hypertension artérielle** ainsi que l'**hypotension orthostatique**. Les **problématiques osseuses ou articulaires** liées à des anciennes fractures, à des limitations ou des douleurs articulaires favorisent également la chute. Au niveau nutritionnel, la **dénutrition** représente un facteur de risque important. Elle peut être liée à une anorexie mentale ou des troubles cognitifs par exemple. Les **troubles de la sensorialité** constituent aussi un facteur de risque.

Il est important de noter qu'une personne ayant des **antécédents de chute** a beaucoup plus de risques de retomber.

a. 3. Facteurs iatrogènes :

La **polymédication** est un facteur de risque de chute, en particulier les psychotropes incluant les benzodiazépines, les hypnotiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques, etc. De plus la prise de médicaments impactant la fonction cardio-vasculaire favorise aussi le risque de chute comme les diurétiques ou les hypotenseurs par exemple. La prise de médicaments nécessite une surveillance médicale. Il est essentiel de s'assurer de la bonne **observance thérapeutique** du patient c'est-à-dire de sa capacité à suivre correctement son traitement.

a. 4. Facteurs psychologiques :

Parmi les facteurs psychologiques, on retrouve le **syndrome dépressif** qui est un facteur de risque important. Les troubles psychiatriques majorent également le risque de chute. Il faut ainsi prendre en compte la construction de la personnalité du sujet et s'intéresser à son **histoire de vie**. La non-acceptation du vieillissement, d'une maladie ou de la perte d'autonomie peut influencer le risque de chute.

Il faut également considérer la **peur de tomber** dans les facteurs de risque psychologiques de la chute. (Navarro Ocampo et al., 2017).

b. Facteurs précipitants :

b. 1. Facteurs environnementaux :

Les facteurs environnementaux sont des facteurs extrinsèques. Il s'agit en particulier de l'**habitat** et de l'**aménagement intérieur**. L'HAS retranscrit l'importance de l'éclairage, du chaussage, de la configuration du lieu de vie. L'encombrement de l'habitat peut avoir un impact significatif sur le risque de chute au domicile. L'**aménagement extérieur** est également un facteur environnemental du risque de chute (jardin, trottoir, accessibilité des commerces, etc).

b. 2. Événements lors de la chute :

La chute peut être liée à un malaise et/ou une perte de connaissance, une hypotension orthostatique d'origine **cardio-vasculaire**. Elle peut aussi être la conséquence d'un Accident Vasculaire Cérébrale (AVC) ou d'une confusion mentale en lien avec l'aspect **neurologique** de la personne. La chute peut être d'origine **métabolique** (hypoglycémie, hyponatrémie) ou vestibulaire (vertige, latéro-déviation). Il faut aussi prendre en compte les **facteurs infectieux** comme les infections urinaires par exemple.

Parmi les facteurs précipitants, il peut également y avoir les **chocs émotionnels** (décès, annonce diagnostic de maladie, conflits affectifs etc.) ainsi que la **consommation d'alcool**.

3. Les différents sens et symboles de la chute :

Plusieurs interprétations de chute peuvent servir de points de repères. Le travail de Cerisier (1989) est repris dans l'article « la chute chez le sujet âgé » (Chaumont, 1997) en dénombrant cinq types de chutes :

- La **chute suicide** est présente chez certaines personnes âgées fatiguées et atteintes de pathologies lourdes.
- La **chute stress** est liée à des sentiments d'angoisse et de désorganisations spatio-temporelles
- La **chute appel** traduit la recherche d'attention et de contact (consciente ou inconsciente), dans un contexte de rupture affective et sociale
- La **chute refus** fait part d'une inacceptation de la diminution des capacités physiques et fonctionnelles résultant d'un surinvestissement de ses possibilités.
- La **chute symbole** ou **chute symptôme** traduit l'inconscient du sujet, c'est l'expression d'une demande non verbalisée.

A travers la chute, le sujet peut traduire physiquement une souffrance psychique. Il est donc important de resituer la chute dans la trajectoire de vie du patient.

4. Les conséquences de la chute :

a. Sur le plan physique :

La chute peut provoquer des traumatismes physiques, avec ou sans fracture. Les **traumatismes sans fracture** correspondent à des plaies, des érosions cutanées ou des hématomes. Une hospitalisation peut alors être nécessaire du fait des lésions ou des traumatismes.

Les **fractures** suite à une chute peuvent se situer au niveau de la hanche, du bassin, de l'épaule, du poignet, etc. La majorité des fractures sont celles du col du fémur. Le risque de fracture suite à une chute serait à mettre en lien avec un déficit de minéralisation osseuse. Le risque de fracture est donc plus important chez la femme du fait de l'ostéoporose et de l'ostéomalacie. La conséquence physique peut être encore plus importante comme celle du traumatisme crânien par exemple.

Lorsque la personne ayant chuté s'est blessée, elle est hospitalisée, convalescente, puis immobilisée. Elle sera sujette ensuite à la **fonte musculaire** ce qui entraîne des difficultés à se mouvoir. A long terme, il est possible d'observer une diminution de l'activité physique, un déclin progressif pouvant mener à un placement en institution. On peut également retrouver une peur de tomber.

b. Sur le plan psychique :

« La chute est un événement imprévisible qui vient bouleverser l'organisation psychique du sujet âgé, occasionnant, généralement, des difficultés pour « se relever » tant au niveau physique que psychologique ». (Navarro Ocampo et al., 2017)

La chute a un impact physique, psychique et aussi social. En effet « La chute fait du bruit à l'intérieur et à l'extérieur du corps de la personne. ». La chute menace l'intégrité physique et psychique du sujet de façon plus ou moins intense selon la personne et son vécu.

b. 1. La chute : rupture dans l'existence du sujet

La chute est un **événement traumatique**, cela signifie en psychopathologie « un débordement et une irruption dans la vie d'un individu d'un événement à grande charge émotionnelle ». (Navarro Ocampo et al., 2017). Elle est donc fréquemment associée à un **choc émotionnel** pour la personne âgée où les mécanismes de défense habituels sont sidérés.

Parmi les émotions ressenties par la personne qui est tombée, on retrouve presque systématiquement le sentiment de **peur**. De plus, il y a un sentiment **d'impuissance** du fait de l'incapacité à se relever. Plus l'attente au sol est longue, plus un **épuisement** physique et psychique s'installe. De plus, il y a fréquemment une **perte de repères temporels** liée à l'état de confusion et de sidération. Il peut y avoir aussi un **sentiment d'abandon, de solitude, de dépendance** plus ou moins intense.

La chute intensifie les modifications psychologiques qui peuvent survenir avec l'âge comme le sentiment de solitude, d'angoisse, le bouleversement narcissique et l'image du corps endommagée (Personne, 2011). De plus, la chute est à resituer dans l'histoire de la personne. Elle peut aussi être associée à une émotion comme la solitude, le stress, le désespoir.

La chute vient renforcer ou créer un sentiment de **vulnérabilité**. Cela modifie la perception que la personne a d'elle-même. On retrouve souvent une diminution de l'estime de soi, de ses capacités et un sentiment d'insécurité. On peut aussi retrouver ce qu'on appelle le « **fantasme de fragilité** » (Chaumont, 1997) qui se manifeste par une prudence excessive, la restriction d'activités et la diminution de la sphère sociale.

L'entourage peut avoir un impact considérable dans l'image que le sujet a de lui-même. Il faut que l'entourage fasse attention à ne pas surprotéger ni banaliser l'événement de la chute.

Du fait du choc émotionnel en lien avec le traumatisme de la chute, le sujet a le **sentiment de ne pas maîtriser son corps**. Ce phénomène crée une rupture dans la continuité de l'existence du sujet.

b. 2. La chute comme perte :

La chute renvoie à la notion de perte. « La chute est temps de décramponnement, de dessaisie, perte de verticalité, témoin d'un corps support qui lâche, qui trahit, qui se blesse dans sa motricité » (Roos, 2008). Elle serait d'après J. Messy assimilée à une perte, « une de plus, une de trop » (Messy, 1992, p.44). La chute symbolise la perte de solidité, de confort ou même d'estime de soi. « Un corps qui tombe c'est un être touché dans son narcissisme » (Roos, 2008). La chute vient mobiliser les ressources et questionne un ajustement identitaire. L'identité de la personne est donc fragilisée. Ce phénomène nécessite donc un **travail de deuil** de l'image idéale du corps à partir d'objets nouveaux à investir demandant une certaine capacité d'élaboration.

La chute est souvent **révélatrice d'une perte progressive d'autonomie**. « La chute ne provoque pas la dépendance, elle en est la conséquence ou la révélation » (Josserand, 2003). La personne âgée doit accepter une perte d'autonomie physique et accepter d'avoir besoin d'aide pour certaines activités.

b. 3. La chute et ses angoisses :

Le traumatisme de la chute « déclenche un afflux d'angoisse accompagnée d'une sensation de mort imminente » (Charazac, 2011). Il faut prendre en compte de façon très importante le **temps que la personne a passé au sol** : plus elle y reste, plus il y a d'angoisse de mort.

D'après S. Freud, la peur est une émotion caractérisée d'un objet déterminé. En revanche l'angoisse est liée à un objet indéterminé, elle est plutôt caractérisée par une situation de danger. Freud envisage en 1986 « une double origine de l'angoisse, tantôt comme conséquence directe du facteur traumatique, tantôt comme signal indiquant qu'il y a menace de réapparition d'un tel facteur » (Messy, 1992, p.58).

On peut retrouver une **angoisse d'abandon ou de séparation**, liée au phénomène de solitude, des appels sans réponse, et une sensation de vide lors de la chute, qui peut se retranscrire par des agrippements, un besoin important d'être rassuré dans la relation.

On retrouve aussi l'**angoisse de mort** liée à la proximité avec la Terre, la sensation de se refroidir, le sentiment de dépendance, d'épuisement physique et moral, etc.

Le mot « tomber », synonyme de « chuter », possède le radical « tombe », repris par Messy avec sa métaphore « de la chute à la tombe ». La proximité temporelle de la mort chez la personne âgée génère un sens particulier à la chute pour le sujet âgé (Josserand, 2003). « Mais n'y a-t-il pas à repérer derrière la peur de tomber, par exemple la métaphore de l'angoisse de mort inscrite dans l'échelle symbolique qui va de la chute à la tombe ? » (Messy, 1992).

Voici une **vignette clinique** qui permet d'illustrer des angoisses de mort conséquentes à la longue station au sol après une chute.

Je rencontre Monsieur J âgé de 90 ans à son domicile dans le cadre d'un stage court en cabinet libéral lors d'une séance de kinésithérapie favorisant l'entretien de la marche.

Après sa retraite, Monsieur J a continué à travailler dans ses vignes dans lesquelles il chutait régulièrement (de ses 85 ans à ses 89 ans). Il est maintenant contraint de ne pas y aller par son incapacité physique. Le surinvestissement de ses possibilités pendant des années fait part d'une non acceptation d'une double perte : l'arrêt du travail et des capacités d'équilibre antérieures. De plus, ses traumatismes de chutes ont été particulièrement intenses du fait de **très longues stations au sol** au milieu des vignes.

Monsieur J disait fréquemment en basque « Lurrak tiratzen », notamment lors de la marche. Cette expression signifie en français que « la Terre est en train de le tirer ». Cette métaphore traduirait un sentiment de soumission à la pesanteur de la Terre qui l'amènerait progressivement jusqu'à elle, sous-entendu jusqu'à la tombe. Monsieur J fait donc une illustration de sa situation actuelle et à venir à travers le phénomène de la chute. Cela fait part de l'identité qu'il s'adonne : il semble se réduire à ses chutes à partir desquelles il illustre sa dégradation. Il s'agit d'après moi d'une métaphore représentative des angoisses de mort qu'il ressent lors de chaque verticalisation.

c. Sur le plan psychomoteur : l'exemple du Syndrome de Désadaptation Psychomotrice

c. 1. Le syndrome de désadaptation psychomotrice : une problématique complexe

Le Syndrome de Désadaptation Psychomotrice (SDPM) correspond à une **décompensation posturale** fréquemment liée à une intense peur de chuter (Nkodo Mekongo et al., 2007). Il y a une sidération des automatismes qui entraîne une diminution des réactions d'adaptation.

Ce syndrome peut se développer après une ou plusieurs chutes, voire même sans chute antérieure. On retrouve le plus fréquemment le SDPM chez une personne âgée faisant des chutes à répétition. La prise en charge pluridisciplinaire d'un SDPM est une urgence car cela peut constituer un **cercle vicieux** évoluant vers un tableau de régression psychomotrice et une perte d'autonomie définitive (Ponton, 2019).

Monsieur J évoqué dans la vignette clinique au-dessus, présente un SDPM lorsque je le rencontre. Comment Monsieur J est-t-il passé d'un surinvestissement de ses capacités physiques à une sidération de ses automatismes ? Comment le cercle vicieux du syndrome de désadaptation psychomotrice s'est-il donc installé chez Monsieur J ?

Lorsque Monsieur J avait 87 ans, le kinésithérapeute l'a pris en charge suite à la mise en place d'une prothèse de hanche. Le kinésithérapeute me décrit qu'il avait développé des stratégies compensatoires afin de maintenir son équilibre lui permettant de se rendre à la vigne : un fléchissement des genoux et une légère antéflexion du buste.

Trois ans plus tard, Monsieur J verbalise que plus il se mettait en danger, plus il chutait et plus il appréhendait de retomber. Suite à « une chute de trop », Monsieur J a développé des **angoisses** intenses liées à ses traumatismes de chute qui se traduisaient corporellement par une **décompensation posturale**. Monsieur J a donc diminué ses déplacements, puis la **sédentarité** a généré une diminution importante de ses capacités physiques. Ce phénomène a **favorisé son risque de chute**, ce qui a **intensifié ses angoisses** liées à la chute. C'est le **cercle vicieux** du syndrome de désadaptation psychomotrice.

La décompensation posturale est l'**expression corporelle d'intenses angoisses** liées aux traumatismes de la chute. Nous allons nous intéresser dans la partie suivante aux symptômes faisant part d'une décompensation posturale.

c. 2. La symptomatologie du syndrome de désadaptation psychomotrice :

Dans la symptomatologie du syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) on retrouve un trouble de la posture et de la marche (Lepage et al., 2012). Ce syndrome se manifeste par une **rétropulsion** du tronc. Il s'agit d'un positionnement du tronc en arrière projetant le centre de gravité en arrière du polygone de sustentation qui est élargi. La rétropulsion existe en position assise et en position debout.

En position assise la personne a une **impossibilité à passer en antépulsion**. De plus, la personne a un appui podal postérieur avec un soulèvement des orteils.

La marche est réalisée avec des petits pas, une flexion des genoux, une absence du déroulé du pied. La marche d'une personne ayant un SDPM n'est pas sécurisée du fait de la rétropulsion du tronc. On retrouve **un trouble de l'initiation à la marche** appelé « freezing » qui est également un symptôme de la maladie de Parkinson.

On retrouve chez une personne atteinte de SDPM des lésions sous-corticales à l'origine de plusieurs symptômes entraînant une akinésie et une diminution ou absence des réactions d'adaptation posturale et des réactions parachutes. En effet, les personnes ayant un SDPM présentent une **hypertonie oppositionnelle et une anxiété**. Elles peuvent avoir des réactions d'agrippement liées à des angoisses de chute.

Le Syndrome de Désadaptation psychomotrice est à différencier de la maladie de Parkinson, de démences sous-corticales, de l'hydrocéphalie ou encore de la dépression (Lepage et al., 2012).

La symptomatologie du SDPM manifeste la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire préventive des complications liées aux chutes. Cette symptomatologie démontre également des **lourdes conséquences** que peuvent apporter les chutes. Il est donc **recommandé d'agir en amont**. Ceci nous amène à éclairer les différents niveaux de prévention possibles en pluridisciplinarité.

III. Inscription du travail du psychomotricien dans la prise en charge pluridisciplinaire de la prévention de la chute :

A. Les trois types de prévention de la chute :

D'après l'HAS, on distingue classiquement la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ces trois types de prévention sont développés dans différents domaines à l'échelle nationale (terrorisme, violences conjugales). La prévention est particulièrement recommandée dans le domaine de la santé. La prise en charge préventive est favorable au maintien de l'autonomie de la personne âgée.

Les trois types de prévention sont également utilisés dans le cadre de la prévention de la chute chez la personne âgée.

La **prévention primaire** repose sur le repérage du risque, avant que la personne chute dans le but de diminuer l'incidence de la chute dans la population. Par conséquent il est important de prévenir les facteurs intrinsèques et extrinsèques de la chute.

La **prévention secondaire** se situe à un stade précoce de problématique de la chute, quand la personne a chuté une ou plusieurs fois. L'objectif est de diminuer la fréquence et le risque de la chute chez la personne.

La **prévention tertiaire** intervient à un stade où la personne chute à répétition. L'objectif est de réduire les récidives de chute et les complications associées aux chutes. La prise en charge d'une personne ayant un SDPM se situe dans le champ de la prévention tertiaire.

Le risque de chute de la population âgée est une problématique de santé publique complexe. En effet, la chute est d'origine multifactorielle et engendre des conséquences physiques, psychologiques et sociales considérables. De plus les différentes causes et conséquences interagissent entre elles. Le risque de la chute est d'atteindre à terme une désadaptation psychomotrice, voire une régression psychomotrice et un état de dépendance avancé. La prise en charge préventive de la chute se doit donc d'être pluridisciplinaire.

B. Différents professionnels intégrant la prise en charge préventive de la chute :

Le médecin du patient examine et pose un diagnostic à l'aide d'examens complémentaires tels qu'un bilan neurologique, ophtalmologique ou ortho-rino-laryngologique (ORL), pour comprendre la problématique du patient. De plus, dans le cadre des examens périodiques de santé, la HAS recommande aux médecins de réaliser des évaluations rapides du risque de chute tels que le score de risque élaboré par le Certaf. Il y a d'autres échelles comme celle du Hendrich Fall II utilisé dans le SSR gériatrique où j'ai réalisé un stage. Ces échelles de risque de chute ont été élaborées afin d'**identifier le plus tôt possible** une personne à risque de chute. Le médecin peut mettre en place des prescription médicales pour d'autres professionnels paramédicaux.

Le kinésithérapeute intervient dans la prise en charge préventive de la chute à travers le renforcement musculaire, le maintien ou l'augmentation des amplitudes articulaires, le travail de la marche et de l'équilibre.

L'ergothérapeute permet d'évaluer les facteurs de risques environnementaux et l'adaptation de la personne au matériel nécessaire (cane, cadre de marche, déambulateur).

La prise en charge psychologique permet un accompagnement du sujet dans les pertes de vieillissement, dans la gestion des angoisses, notamment lors d'atteintes de syndrome de désadaptation psychomotrice.

L'enseignant en Activité Physique Adapté intervient également en prévention primaire et secondaire de la chute pour maintenir les capacités physiques du patient et la socialisation.

Le psychomotricien est habilité à intervenir dans le domaine de la prévention. Il réalise d'abord un bilan psychomoteur pour recentrer la prise en charge autour d'un ou plusieurs axes de travail tout en considérant les demandes et besoins du patient. Le psychomotricien met en place des moyens de **travailler différents items psychomoteurs selon les axes de travail** mis en place pour le patient. Les items psychomoteurs sont interdépendants et beaucoup d'entre eux interviennent dans l'équilibre.

Les bilans réalisables en gériatrie ainsi que les items psychomoteurs pouvant constituer des axes de travail pour la prévention de la chute seront détaillés dans la partie ci-dessous.

C. La place du psychomotricien dans la prévention de la chute de la personne âgée :

1. Le bilan psychomoteur :

Le bilan psychomoteur permet au psychomotricien d'évaluer les capacités et les difficultés du patient à partir de la cotation des épreuves et de l'observation psychomotrice du psychomotricien. Il permet de mettre en place un **projet de prise en soin** suivant un ou plusieurs axes de travail selon la conclusion de l'évaluation. Il permet également d'orienter le psychomotricien vers les médiations qu'il peut envisager de mettre en place pour la prise en charge du patient.

Voici les épreuves qui m'ont servi dans l'élaboration des bilans psychomoteurs que j'ai réalisés avec les personnes âgées présentées en étude de cas.

Il existe un outil d'évaluation standardisée spécifique à la personne âgée, c'est l'**Examen Géronto-Psychomoteur** (EGP). L'EGP est un test très complet permettant d'évaluer les capacités du sujet âgé dans son vieillissement psychomoteur et cognitif. Il est composé de 17 items permettent d'évaluer l'équilibre statique, l'équilibre dynamique, les mobilisations articulaires, les praxies, la motricité fine des membres supérieurs et inférieurs, la connaissance des parties du corps, la vigilance, les perceptions, la mémoire verbale et perceptive, la sphère spatiale, la sphère temporelle et la communication.

Il existe également plusieurs tests psychomoteurs destinés aux enfants pouvant être **adaptés à la personne âgée** dans la mesure où le psychomotricien y trouve un intérêt. Le psychomotricien va ainsi s'appuyer sur l'observation psychomotrice (Mahuzier et al., 1997). Le psychomotricien peut utiliser l'épreuve de vocabulaire corporel de Bergès-Lézine donnant des informations sur la connaissance et le repérage des différentes parties du corps sur soi et sur autrui. Il peut aussi utiliser l'épreuve « Test du Bonhomme » de Goodenough qui donne des informations sur la représentation graphique des différentes parties du corps, la représentation de l'image corporelle du patient à travers son engagement affectif et ses qualités de motricité fine.

Il existe plusieurs tests évaluant l'**équilibre** de la personne âgée qui sont réalisables par plusieurs professionnels, dont les psychomotriciens.

Parmi ces tests, il y a l'épreuve de la station unipodale qui consiste à demander à la personne d'essayer de rester au moins cinq secondes sur une seule jambe. La tenue en station unipodale moins de cinq secondes est considéré comme anormale.

Le test « Get up and go test » évalue les transferts assis, debout, la marche et les changements de directions du patient. Il y a une observation qualitative permettant d'attribuer une note allant de 1 (aucune instabilité) à 5 (très anormal). L'observation quantitative fait quant à elle référence à un chronométrage de l'épreuve, sachant qu'un temps supérieur à 20 secondes est considéré comme pathologique.

L'évaluation Tinetti évalue le risque de chute de la personne à partir de l'analyse de l'équilibre statique et l'équilibre dynamique (annexe 2). Cette épreuve est assez précise et aboutit à une note sur 28.

De l'évaluation psychomotrice découle les axes de travail du psychomotricien avec le patient. Dans le cas de la prévention des chutes, il y a plusieurs items psychomoteurs intervenants dans le phénomène d'équilibration qui peuvent représenter des axes de travail : la régulation tonique, les coordinations, l'axe corporel, l'orientation spatio-temporelle le schéma corporel et l'image du corps. Toutes ces notions sont décrites dans la partie suivante.

2. Items psychomoteurs intervenants dans l'équilibre : différents axes de travail possibles

a. La régulation tonique :

Le **tonus** correspond à la toile de fond nécessaire à toutes les activités motrices : du maintien d'une posture jusqu'à des mouvements élaborés. « Le tonus constitue le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement et se trouve en cela au carrefour du psychisme et du somatique. » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p.161)

D'après M. Jover, « le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. »

Il existe trois niveaux toniques :

- **Le tonus de fond** : il est permanent et involontaire. Il assure la cohésion de l'ensemble du corps. Il est le lieu d'inscription des émotions et de l'affectivité.

- **Le tonus postural** : Il s'agit de l'activité tonique minimale au maintien d'une posture, sous-tendue par l'émotion. Il est souvent automatique mais peut être volontaire. Il est lié aux réactions tonico-affectives dans la relation à l'environnement et à l'état de vigilance.
- **Le tonus d'action** : il correspond à l'ensemble des tensions musculaires destinées à réaliser un mouvement. Il s'agit d'une contraction musculaire phasique permettant l'action et le mouvement dans un déroulé spatialisé. Il peut être conscient ou plus ou moins automatisé selon le mouvement.

L'organisation tonique est propre à chaque individu. Le tonus, est influencé tant par la génétique que l'expérience personnelle en offrant à chacun sa singularité.

La régulation tonique permet la **modulation du contrôle postural**, allant de l'hypotonie (diminution du tonus) à l'hypertonie (augmentation du tonus) selon les interactions à l'environnement et l'état émotionnel.

Chez la personne âgée, il est fréquent de retrouver une régulation tonique non adaptée au geste à réaliser. Cette difficulté est associée à une sarcopénie, à une diminution de la souplesse des articulations et de l'élasticité des muscles. En vieillissant, il est fréquent de voir le corps devenir plus rigide avec un regard focalisé vers le sol. Chez la personne âgée, les oscillations sont fréquentes lors de l'équilibre. Ces déséquilibres sont palliés par de l'hypertonie qui perturbe les réactions parachute et les sensations proprioceptives. Dans ces situations, l'hypertonie est souvent en lien avec de l'anxiété.

b. L'axe corporel :

Sur le plan anatomique, l'axe corporel est constitué du **tronc, du cou et de la tête**. Dans la vision du modèle biomécanique du pendule inversé, l'axe corporel peut osciller tout en permettant un état d'équilibre. Pour cela l'axe corporel bouge de sorte que la verticale passant par le centre de gravité soit constamment projetée à l'intérieur du polygone de sustentation. L'axe corporel s'inscrit dans la **verticalité** du corps et permet son soutien. Si la verticalité a une fonction biomécanique, elle a aussi une fonction psychique. La stabilité ressentie sur le plan corporel permet une disponibilité psychique.

La notion d'axe corporel en lien avec la verticalité est associée à la notion de **redressement** permis principalement par la contraction des muscles extenseurs. La musculature posturale permet de repousser le sol par l'allongement des membres inférieurs et le déroulement de la

colonne vertébrale. L'axe corporel a un rôle de mobilité et de stabilité. Le redressement permet d'accéder à la verticalité dans un contrôle modulable et fluide (Coeman & Raulier H de Frahan, 2004). Le rapport à la gravité et la verticalité est malléable et évolutif, il dépend de l'état psychoaffectif (Meurin, 2018). La perception de l'axe corporel est un enjeu fondamental dans la verticalité. L'axe vertébral est un référentiel spatial, il permet d'organiser de l'espace et permet de l'investir. Il étaye la construction spatiale et celle du schéma corporel.

Chez la personne âgée, on observe fréquemment un voutement de la colonne vertébrale avec parfois des scolioses, des lordoses ou des cyphoses accompagnées d'arthrose. Ceci modifie l'emplacement du centre de gravité, nécessitant ainsi des postures compensatoires pour maintenir l'équilibre.

De plus, les personnes âgées sont sujettes à l'isolement, au repli, à la dépression qui sont des facteurs maintenant le corps dans une disposition de fermeture en enroulement. Il y a donc peu d'accessibilité à l'ouverture du redressement favorisant l'échange relationnel et la stabilité en position debout.

Le redressement dans le cadre de la verticalité est effrayant voire impossible pour certaines personnes âgées ayant peur de chuter. Les angoisses de chute entraînent un positionnement en rétropulsion.

c. Les coordinations et les dissociations :

La coordination est le résultat de multiples contractions musculaires combinées dans un ordre déterminé, et ceci pour atteindre un objectif défini. Les coordinations nécessitent un axe corporel solide et modulable, une bonne capacité de régulation tonique, des qualités perceptives, une représentation mentale de son schéma corporel et du mouvement à réaliser.

Le plus souvent, on distingue la coordination statique de la coordination dynamique. La coordination statique est associable aux acquisitions posturales tandis que la coordination dynamique est à relier aux conduites motrices de base, et à l'ensemble des activités motrices, complexe concourant à une finalité.

La dissociation est le fait de séparer des éléments moteurs habituellement associés. Au cours d'un apprentissage moteur complexe, les éléments moteurs peuvent être dissociés. A force de répétition, la dissociation va s'automatiser et passer sur le plan de la coordination.

Il existe plusieurs sortes de coordinations :

- Les coordinations dynamiques générales qui engagent tout le corps dans l'action, elles entraînent un déplacement du centre de gravité.
- Les coordinations dynamiques simples : les coordinations bi manuelles, les coordinations oculo-motrices, les coordinations entre les parties gauche et droite du corps, les coordinations entre les membres supérieurs et inférieurs.

Chez les personnes âgées, on observe fréquemment des difficultés de coordinations qui se manifestent par une altération des mouvements (lenteur d'exécution du mouvement, maladresses). Les mouvements complexes sont coûteux cognitivement pour les personnes âgées ayant des capacités attentionnelles réduites. Cela impacte les personnes âgées dans leurs tâches quotidiennes.

d. Le schéma corporel et l'image du corps :

Le schéma corporel est un concept en constante évolution. Il se modifie tout au long de la vie, notamment chez la personne âgée, en s'adaptant aux modifications corporelles. Le schéma corporel constitue une représentation du corps qui permet un ajustement des mouvements par rapport à notre environnement. C'est un repère permettant d'organiser l'espace. Selon J. De Ajuriaguerra, « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ».

D'après J-M. Albaret, « le schéma corporel correspond à un ensemble de représentation pour l'action et répond donc à la fameuse question « Où ? » mais aussi à la question « Comment ? ». Il fournit les informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps qui détermine ce qu'on appelle aussi le référentiel égocentrique ; il intervient donc pour la locomotion et la préhension. Il est constitué à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices qui concourent à la genèse de l'action ».

Le schéma corporel s'étaye, se construit grâce aux expériences motrices et sensorielles. De l'expérience, même la plus archaïque, émergent la sensation et le mouvement qui vont, par le biais des perceptions, permettre au sujet d'accéder à des représentations.

L'image corporelle est une représentation mentale de ce qu'est notre corps-expression. Elle est constituée de perceptions et représentations mentales de notre corps.

D'après J-M. Albaret, l'image du corps est un « système de perception des formes qui sert à l'identification et à la reconnaissance du corps et répond à la question « Quoi ? » (Quel corps suis-je ? Quelles sont les particularités de mon corps ou de mon apparence corporelle ?) Elle regroupe des perceptions et des attitudes à l'égard de son propre corps qui s'expriment par des pensées, des convictions, des sentiments mais aussi des comportements. Il s'agit d'une construction composite dans laquelle se retrouve des évaluations portant sur la satisfaction ou l'insatisfaction de l'image du corps, mais aussi un investissement de cette image du corps qui aura des conséquences à la fois comportementales, cognitives et affectives. Cette image du corps est influencée par un ensemble de facteurs socioculturels, psychologiques, biologiques. »

La sénescence de la personne vieillissante, ainsi que la sédentarité peuvent entraîner une diminution d'informations sensorielles, proprioceptives et kinesthésiques fragilisant le schéma corporel. La dégradation de ce dernier peut alors avoir des répercussions dans la vie quotidienne du sujet telles que des difficultés de perception et d'orientation des gestes dans l'espace, des difficultés motrices et relationnelles.

L'image corporelle est modifiée avec l'âge, on observe fréquemment une dégradation de l'image du corps avec l'âge. La perte de capacités fonctionnelles, cognitives, les changements physiques (cheveux, peau, morphologie), les modifications de l'environnement sont autant d'éléments qui participent à l'évolution de l'image du corps. Le corps peut même paraître « étranger » à la personne vieillissante, ce qui peut se traduire par un refus de se regarder.

e. L'orientation spatio-temporelle :

Les données spatiales et temporelles sont indissociables. La pensée comme l'agir s'organisent dans un espace-temps. Toute activité motrice contribue à inscrire la personne dans un espace-temps et consolide la place du corps comme un référentiel organisateur.

La structuration spatiale permet de se repérer dans son environnement, de se mouvoir et d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé. Etre en mesure de se représenter l'espace est une compétence qui découle de l'expérience du corps. Selon J. Piaget, « le mouvement est à la source des représentations spatiales ». La notion d'espace est intriquée avec plusieurs autres composantes telles que l'axe corporel, le schéma corporel, ou encore le tonus.

Les altérations des capacités sensitives, kinesthésiques, labyrinthiques et motrices du sujet entraînent une modification de la perception de l'espace. Les capacités d'analyse visuo-spatiales peuvent être fragilisées. La question de l'environnement spatial et temporel ne peut être séparée de celle du schéma corporel, puisque chaque mouvement du corps peut être orienté et limité dans un espace et un temps-donnés, ce qui façonne des repères.

Chez la personne âgée on peut constater une désorientation temporo-spatiale. Cette dernière entraîne un manque de repère qui est angoissant chez certaines personnes âgées. Cela est aussi à mettre en lien avec des difficultés cognitives.

3. Notion d'équilibre psychocorporel :

En tant qu'être humain, le corps en mouvement est concomitant au corps en pensée. L'organisme est définissable par sa réalité matérielle, soumis aux contraintes notamment à celle de la gravité. Le corps en psychomotricité permet le développement concomitant du mouvement et de la pensée en interaction avec l'environnement. Du point de vue du psychomotricien, l'équilibre corporel et l'équilibre psychique sont interdépendants. Le psychomotricien envisage le sujet dans sa globalité. « Le psychomotricien, en s'attaquant à cette complétude de l'être, rejette [...] l'idée du clivage corps-esprit, et défend celle du lien indissoluble avec une fonctionnalité corporelle qui n'est jamais seulement mécanique et anatomique, puisque toujours liée à la vie psychique et imprégnée de désir, de plaisir, de conflit [...] ». (Potel, 2019, p.111)

Les différents axes de travail en lien avec la prévention des chutes vus précédemment constituent le socle de l'équilibre corporel et sont corrélés au psychisme.

Le tonus soutient le sentiment d'unité corporelle. Le tonus est intimement lié aux émotions et à la disponibilité psychoaffective. D'après H. Wallon (1942), « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire ». Le tonus façonne nos mouvements et notre façon d'être au monde. D'après J. De Ajuriaguerra, la structure motrice, la tonicité et la proprioceptivité permettent un sentiment de soi. Ces trois processus organisent notre corporéité et nous permettent de soutenir notre psychisme. « Dans son lien à la proprioception, le tonus participe à la sensation interne du corps, de la perception et de la conscience de soi. Cette dernière se décline en conscience d'être soi-même, unité différenciée, de par la contenance tonique ; en conscience d'être là, dans un espace-temps, de

par la posturation ; en conscience d'être en mouvement, dans les perceptions et actions ; en conscience d'être en relation à l'autre, dans la rencontre tonique. »

L'axe corporel permet un sentiment d'ancrage, de sécurité et de stabilité. « La verticalité [...] est porteuse de valeurs narcissiques, des dimensions d'autonomie, de confiance en soi, de dignité et elle modifie profondément le rapport de la personne à son environnement » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p.192). D'après A. Bullinger, l'axe corporel est le point d'ancrage du moi corporel, de la représentation du corps. Il permet et donne lieu à « l'axe psychique » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p.194), générant une première stabilité narcissique. Cela permet alors de se mouvoir affectivement à partir de la sécurité qu'offre l'axe corporel, dans un cadre spatio-temporel référencé. L'espace et le temps sont des organisateurs corporels et psychiques.

Le schéma corporel intimement lié à l'image du corps, constitue une représentation corporelle et le « véhicule de l'être au monde » en étant le lieu de référence pour les déplacements. Notre représentation corporelle a une valeur narcissique qui évolue constamment dans son lien à l'environnement. L'élaboration du narcissisme est nécessaire à la structuration identitaire et s'étaye au fur et à mesure de nos expérimentations corporelles.

L'équilibre corporel est relié au psychisme par la fonction de la régulation tonico-postural et tonico-motrice ainsi que par le redressement de l'axe corporel. Le schéma corporel constitue le point d'appui fondamental à l'équilibre psychocorporel et permet la relation du sujet avec l'environnement qui l'entoure.

Une personne âgée ayant des troubles de l'équilibre peut vivre un sentiment de vulnérabilité et peut sentir que son intégrité physique et psychique est menacée. Par ailleurs, la chute engendre souvent un traumatisme corporel associé à un traumatisme psychique. L'équilibre psychocorporel se rompt. L'objectif en psychomotricité est de renforcer ou de reconstruire un équilibre psychocorporel chez le sujet âgé par la stimulation des différentes capacités psychomotrices afin de lui redonner confiance en ses capacités motrices.

Il faut toutefois noter que l'objectif que la personne âgée retrouve un équilibre corporel stable et sûr n'est pas toujours envisageable. La recherche d'un accordage psychocorporel est parfois plus cohérente. L'objectif en psychomotricité est de recréer ou de renforcer une harmonisation entre le psychisme et le corps.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE :

Les personnes âgées constituent une population à risque de chute du fait du vieillissement. Le vieillissement a une incidence sur l'ensemble du sujet. La personne vieillissante voit ses capacités physiques, sensorielles et cognitives diminuer et subir de nombreuses pertes (sociales, affectives, économiques) nécessitant un travail de deuil. Les capacités d'équilibration se voient donc diminuées.

La chute de la personne âgée est une problématique majeure dans la société. Une personne âgée qui commence à chuter s'inscrit fréquemment dans un cercle vicieux de chutes à répétition, pouvant conduire vers un syndrome de désadaptation psychomotrice. Ces complications de la chute mettent considérablement en péril le maintien à domicile du sujet. Au vu de l'augmentation de la population âgée, il est fondamental de favoriser la prévention de la chute en pluridisciplinarité, et ce, avant l'instauration de répercussions liées aux chutes.

Le psychomotricien possède les connaissances du développement de la construction psychocorporelle du sujet, la formation de l'équilibre et ses enjeux, en lien avec le sentiment de confiance et de sécurité interne. Le psychomotricien repère les problématiques du sujet grâce à l'évaluation psychomotrice de la personne afin d'axer sa prise en charge.

Le psychomotricien peut favoriser un équilibre psychocorporel avant ou après la chute, jusqu'aux chutes à répétition. « De par ses connaissances spécifiques et l'orientation globale de sa pratique, le psychomotricien est en mesure d'intervenir sur les déterminants psychologiques, moteurs et cognitifs de la chute » (Innocent-Mutel, 2015).

Comment le psychomotricien s'inscrit concrètement dans la prise en charge préventive de la chute au sein d'un SSR ? A travers la deuxième partie de ce mémoire, nous allons exposer la mise en pratique de la prévention de la chute psychomotrice en SSR à travers deux études de cas. Nous allons percevoir l'intérêt de la prévention primaire et secondaire afin de favoriser l'autonomie du sujet et d'éviter l'inscription du sujet dans le cercle vicieux des chutes à répétition.

DEUXIEME PARTIE

I. Présentation des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) :

A. Généralités :

Le SSR est un dispositif de soins français qui a pour objet de « prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles physiques, psychologiques et cognitives des déficiences et des incapacités des patients pour promouvoir leur réadaptation et donc leur réinsertion » d'après l'article 6122-25 du code de la Santé Publique.

Le SSR confère donc trois missions principales. La **rééducation** vise à réduire les déficiences et les incapacités du patient. La **réadaptation** constitue l'ensemble des moyens mis en œuvre pour aider le patient à s'adapter à ses incapacités. Enfin la **réinsertion** permet d'optimiser le retour dans la société en évitant les processus d'exclusion à travers des mesures médico-sociales (DGOS, 2020).

Ainsi, l'activité de soins de suite et réadaptation a pour but de développer, préserver ou maintenir au mieux le niveau d'autonomie de la personne en fonction de ses capacités. La prise en charge des patients tient compte du contexte social, familial et professionnel, dans un souci de son devenir à la sortie de l'établissement.

Les patients admis en SSR présentent une pathologie chirurgicale ou médicale récente ou une maladie chronique. Il s'agit de patients relativement stabilisés dans leur maladie.

Les patients entrent en SSR en provenance soit d'une structure d'hospitalisation de courte durée, d'un autre service SSR, d'un service de prise en charge de longue durée, directement du domicile ou de structures médico-sociales. Les prises en charge peuvent être en ambulatoire, en hôpital de jour, en hôpital de semaine ou en hospitalisation complète.

Les patients pris en charge nécessitent des soins actifs dispensés sous surveillance médicale constante. La prise en charge des patients en SSR a pour objectifs :

- La poursuite des soins et du traitement initié lors de la prise en charge en court séjour, son équilibration et sa surveillance

- La récupération des déficiences provisoires
- La limitation des handicaps physiques par une prise en charge de réadaptation fonctionnelle
- L'éducation du patient
- La mise en place d'actions de prévention
- La préparation à la sortie, en engageant dès que possible, les démarches d'aide nécessaires afin de permettre un retour au domicile en toute sécurité.

B. La temporalité de la prise en charge :

En service de SSR, les patients sont généralement hospitalisés pour une durée allant de quelques semaines à plusieurs mois.

La notion de temps est relative. D'après le (Larousse, s. d.), la temporalité est le « caractère de ce qui se déroule dans le temps. » Il y a plusieurs temporalités à prendre en compte : la temporalité de la prise en charge hospitalière, la temporalité du sujet et la temporalité du soignant.

La temporalité de la prise en charge hospitalière forme un cadre temporel particulier : les patients ne restent pas longtemps en SSR même s'il existe une marge de manœuvre relativement importante.

La temporalité du patient est bousculée par l'hospitalisation, les conséquences de sa pathologie et la quantité d'informations qui lui sont fournies dans une temporalité contrainte. Cependant, la date de sortie du patient est toujours mise en place avec l'approbation du patient, sinon elle peut être retardée.

Le soignant a une temporalité qui correspond à ses objectifs et à ceux du patient. Cette situation peut parfois être contraignante pour le soignant. En effet, le soignant doit instaurer une relation de confiance et une alliance thérapeutique assez rapidement, pour que le projet de soin puisse se dérouler au mieux pour le patient comme pour le soignant. En même temps, il faut savoir prendre le temps nécessaire pour les patients afin de répondre au mieux à leurs interrogations et prendre en compte leur situation sociale, professionnelle et familiale.

C. Différents types de SSR :

J'ai effectué un stage de six mois du mois d'octobre 2020 au mois d'avril 2021 à raison d'un jour par semaine dans un SSR polyvalent gériatrique. J'ai également effectué un stage de trois mois de novembre 2020 au mois de février 2021 à raison d'un jour par semaine dans un SSR spécialisé « affections neurologiques ».

1. Le SSR gériatrique :

Ce SSR accueille des patients âgés généralement de plus de 60 ans en hospitalisation complète pour une durée limitée à l'issue d'une hospitalisation dans un établissement de santé, notamment dans les **suites d'une affection médicale aiguë** ou d'une **intervention chirurgicale** ou suite à une **dégradation de l'état de santé au domicile**.

L'équipe médicale est composée de deux médecins qui assurent le suivi des patients dont un médecin MPR (Médecine Physique et de Réadaptation). Il y a un bilan médical d'entrée systématique et une consultation au moins une fois par semaine. L'équipe soignante est dirigée par un cadre de santé qui collabore avec une responsable infirmière afin d'organiser les soins dans leur globalité. Les infirmiers dispensent les soins selon leur rôle propre et les prescriptions médicales. Les aides-soignants collaborent avec les infirmiers dans la réalisation des soins.

L'équipe de kinésithérapeutes est composée de cinq professionnelles et assure la rééducation fonctionnelle post-chirurgicale et la réadaptation à la marche. L'ergothérapeute participe au réapprentissage des gestes de la vie quotidienne et assure l'adaptation du domicile. Le diététicien participe à l'élaboration des menus et intervient sur demande du médecin dans le cas d'une alimentation spécifique. L'assistante sociale facilite les démarches nécessaires au retour à domicile. La psychologue réalise des prises en charge auprès de personnes en souffrance psychologique. La psychomotricienne propose une réappropriation psychocorporelle par le biais de différentes médiations, principalement des séances groupales ainsi que des séances individuelles.

2. Le SSR neurologique :

Le SSR neurologique est un SSR spécialisé dans la prise en charge de patients lourdement handicapés et porteurs de maladies rares. Les prises en charge s'orientent vers des personnes ayant des maladies chroniques qui viennent fréquemment **directement depuis leur domicile**.

Les patients portent majoritairement les maladies suivantes : la Maladie Huntington, l'Ataxie, le Syndrome cérébelleux, la Sclérose Latérale Amyotrophique, les blessés médullaires, les traumatisés crâniens, le Strumpell Lorrain, la Myasthénie, la Myopathie...

Les séjours sont encadrés par une charte de collaboration. Les patients peuvent être pris en charge à tout stades évolutifs de leur maladie. Les patients présentent une affection nécessitant une prise en charge spécifique. Théoriquement, le patient a le choix de l'endroit où il veut aller mais il y a aussi des différences en fonctions des pathologies. La demande d'admission est à faire par le neurologue ou le médecin du patient qui transmet les éléments de santé et la période de séjour souhaitée. La prescription doit préciser que les soins sont à faire dans un centre spécialisé et qualifié pour les maladies neurodégénératives.

Les motifs des séjours sont variés : relais par rapport à un établissement non spécialisé, répit des familles, bilan de santé physique et mental, régulation des problèmes psychologiques et psychiatriques, contribution à l'élaboration d'un projet de vie etc.

Dans ce SSR, l'équipe de psychomotriciennes est composée de cinq professionnelles et fait partie de l'équipe de rééducation composée de 27 professionnels : un cadre de santé, neuf masseurs-kinésithérapeutes, quatre ergothérapeutes, trois diététiciennes, un éducateur sportif, un enseignant Activité Physique Adaptée, un équicien, deux aides-soignants chargés du brancardage.

Les psychomotriciennes réalisent des prises en charges individuelles mais aussi groupales. Une psychomotricienne est chargée de réaliser des séances d'équithérapie. Les autres psychomotriciennes se sont spécifiées selon le type de la pathologie du patient tout en gardant une certaine souplesse lors de l'attribution des patients (blessés médullaires trachéo-ventilés, SLA, ataxie, ...)

II. Le psychomotricien en SSR :

A. Le rôle du psychomotricien en SSR auprès de la personne âgée :

1. Une définition du métier de psychomotricien :

La psychomotricité est une profession paramédicale qui détient un décret d'actes de compétences. Son champ d'intervention est large. Le soin psychomoteur relève aussi bien de l'éducation psychomotrice, de la rééducation psychomotrice que de la thérapie psychomotrice. La psychomotricité permet de prévenir ou de traiter l'altération du développement psychomoteur et de l'organisation psychomotrice d'un patient à tous les âges de la vie. Le psychomotricien prend en charge des personnes présentant des perturbations perceptivo-motrice, sensori-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices se traduisant par des difficultés d'interaction avec leur environnement et d'adaptation au monde.

Le psychomotricien a une vision globale du sujet. Il considère que les fonctions motrices, les fonctions cognitives et l'état psychique, affectif et relationnel sont en lien et ont des effets l'un sur l'autre. Il prend également en compte l'histoire et la vie familiale ainsi que l'environnement du patient.

Le psychomotricien s'implique lui-même psycho-corporellement dans la prise en charge du patient. Le psychomotricien agit sur le corps à travers une médiation corporelle (technique corporelle d'expression, le jeu, la relaxation). Le psychomotricien aide le patient à trouver ou retrouver une harmonie psychocorporelle qui lui permettra de s'ajuster à l'évolution de son environnement et de s'y adapter au mieux.

2. Les indications en psychomotricité auprès de la personne âgée :

Le psychomotricien peut intervenir auprès des personnes âgées en SSR ayant des troubles de la régulation tonico-émotionnelle, des troubles de l'équilibre et de la marche, une peur de chuter ou une régression psychomotrice qui entraînent des difficultés à se mobiliser.

Dans le cadre de la prévention de la chute, « l'approche psychomotrice est la seule qui permet [...] d'apporter une compréhension holistique de la problématique de la chute d'un individu et de prendre en charge de façon concomitante les difficultés motrices, psychologiques et sensorielles » (Innocent-Mutel, 2015).

Le psychomotricien intervient lors de troubles du schéma corporel, lors de la perception d'une image du corps dévalorisée qui sont liés aux changements corporels lors du vieillissement ou d'une pathologie. Il accompagne le patient dans la gestion de la douleur, qu'elle soit physique ou psychique. Il peut également intervenir lorsque la personne souffre de désorientation temporo-spatiale.

Avec les personnes âgées, le psychomotricien favorise la conservation de l'intégrité psychocorporelle en passant par le réinvestissement du corps en mouvement. Il accompagne le patient dans son vieillissement, dans sa maladie neurodégénérative ou chronique en l'aidant à garder ou à retrouver les ressources motrices, cognitives et psychiques pour agir sur son environnement. Le psychomotricien accompagne aussi le patient dans l'acceptation de ses pertes autant corporelles que psychiques en passant par une valorisation des compétences restantes.

3. Les médiations du psychomotricien en SSR :

Les psychomotriciennes que j'ai rencontrées dans les différents services de SSR utilisent différentes médiations tels que la relaxation, le toucher thérapeutique, ou encore le jeu et l'expérimentation sensori-motrice.

Dans le SSR gériatrique, la psychomotricienne a mis en place plusieurs groupes :

- Un groupe « relaxation » : atelier détente et bien-être
- Un groupe « mémoire » : stimulation de l'attention et préservation de la mémoire
- Un groupe « équilibre et proprioception » : réalisation de parcours divers
- Un groupe « gym douce » : réalisation de mouvements doux

Dans le SSR neurologique, les prises en charge réalisées se font principalement de manière individuelle, à travers la recherche de la détente psychocorporelle : balnéothérapie, matelas hydro-massant appelé « Thermospa » et le toucher thérapeutique.

Elles réalisent également deux ateliers collectifs par semaines avec les personnes atteintes de maladies neuromusculaires, il s'agit d'un atelier collectif « gym douce ».

Concernant les ateliers collectifs, le groupe « gym douce » a les mêmes objectifs dans ces deux lieux de stages. Ce groupe vise à mobiliser l'ensemble des articulations du corps du patient de façon douce.

Le psychomotricien soutient la structuration du schéma corporel et la valorisation de l'image du corps. Il aide le sujet à réaliser adéquatement des mouvements, à reconnaître les différentes parties du corps et à les organiser dans l'espace. Le psychomotricien favorise l'entretien des mobilités, le maintien et la prise de conscience des capacités physiques à travers des activités favorisant les mouvements doux et la recherche du plaisir du mouvement.

La stimulation des compétences cognitives préservées à travers différentes situations proposées et en utilisant différentes afférences sensorielles permet l'entretien des capacités de traitement des informations. De plus, la compréhension des mécanismes de la mémorisation et des stratégies permet d'inciter les personnes à poursuivre ce travail en autonomie.

Dans le groupe « équilibre », le psychomotricien permet au patient de découvrir ou de redécouvrir les mécanismes corporels et physiologiques entrant en jeu dans le processus de maintien de l'équilibre. La prise de conscience corporelle associée à une stimulation des différents mécanismes pouvant se relayer et se compléter doit permettre à la personne d'améliorer sa stabilité et sa confiance en ses capacités. Le psychomotricien favorise l'exploration des différentes stratégies de maintien de l'équilibre par l'observation et l'expérimentation par le biais de la stimulation des différents capteurs sensoriels, et la mise en jeu de l'équilibre dans différents contextes. De la même manière des exercices de relevés du sol permettent d'expérimenter ses appuis au sol et de trouver des stratégies de relevés adéquates. Le psychomotricien permet ainsi de prévenir la chute et de limiter la longue station au sol.

Le psychomotricien utilise la méthode de relaxation pour favoriser la recherche d'un accordage psychocorporel. Cela permet au patient d'observer différents états toniques de son corps, et d'expérimenter l'état de détente en prenant conscience de l'impact psychique de ce travail. Cela permet d'enrichir le vécu corporel à travers des expérimentations positives. Ce travail peut s'effectuer en groupe comme en individuel, par le biais de relaxation par induction verbale mais aussi par la médiation du toucher thérapeutique ou de la balnéothérapie.

Le psychomotricien soutient la rééducation du patient en lui apportant un nouveau rapport à son corps, un plaisir du mouvement, un possible apaisement psychocorporel et une conscientisation de ses capacités corporelles et psychiques. Il s'agit de mobiliser les capacités préservées du patient, permettant une revalorisation de soi et de ses capacités.

De plus, le psychomotricien donne des outils applicables au retour à domicile du patient. En se situant dans une approche préventive, il donne une place importante à l'explication de l'intérêt des exercices pour eux et à la possible application à domicile.

B. Les modalités d'intervention du psychomotricien en SSR :

1. Le bilan et l'élaboration d'un axe de travail :

a. Au sein du SSR gériatrique :

La psychomotricienne va à la rencontre du patient et fait une première observation spontanée dans le cadre d'un premier entretien simple.

La réalisation du bilan psychomoteur n'est pas systématique. Le médecin indique à la psychomotricienne l'axe de travail à réaliser avec un patient lorsqu'il s'agit de prescriptions groupales (relaxation, équilibre, mémoire, gym douce). La psychomotricienne suit l'indication du médecin et la réajuste si besoin à partir de son observation spontanée, de son échange avec le patient et de l'évolution du patient au fil des séances.

Le bilan psychomoteur est réalisé dans le cadre de séances individuelles. De cette évaluation découle l'axe de travail déterminé par la psychomotricienne qui s'inscrit dans le projet de soins du patient.

b. Au sein du SSR neurologique :

L'évaluation psychomotrice repose sur l'observation spontanée du patient, sur l'évaluation du neurologue et l'avis des autres professionnels.

Les patients ont des pathologie lourdes ce qui rend bien souvent les épreuves de bilans psychomoteurs non réalisables. En effet la grande majorité des patients ne peuvent pas ou peu se mouvoir ou sont atteint d'une importante dégénérescence cognitive qui rendrait la compréhension des consignes impossibles.

Les patients sont dirigés en psychomotricité par le biais d'une prescription axée sur la relaxation (toucher thérapeutique, balnéothérapie), et également en atelier « gym douce » si les capacités du patient le permettent. Les psychomotriciennes réajustent ensuite les séances selon les particularités et les besoins de chaque patient.

2. Les prises en charge : groupales et individuelles

Le psychomotricien peut réaliser des prises en charges groupales et individuelles.

Les personnes âgées ayant un petit cercle social sont bien souvent demandeurs de séances groupales, d'autant plus depuis la crise du COVID-19. La médiation choisie va

permettre de lier les membres du groupe. La dynamique groupale en psychomotricité est intéressante dans la mesure où il peut être porteur pour les patients. Les patients s'expriment permettant aux patients de se motiver entre eux pour atteindre leurs objectifs.

De plus, C. Potel parle de phénomène de réverbération ou de résonance. Les expressions de chacun vont prendre une résonance particulière dans les participants du groupe et vont engager des réponses. « C'est cette réverbération, non pas unique mais multiple qui va être thérapeutique. » (Potel, 2019, p.420).

Les séances individuelles permettent l'instauration d'une relation privilégiée. La dualité permet l'instauration d'une **relation de confiance**. Le patient ne ressentira pas de sentiments d'infériorité et pourra s'exprimer librement. Les séances individuelles impliquent un travail de narcissisation, en effet la dualité permet une reconnaissance de soi. Les séances individuelles sont à privilégier lorsque la relation avec le patient est difficile à mettre en place.

3. Mon évolution au cours des stages :

a. Dans le SSR neurologique :

Ce stage m'a permis de découvrir de nouvelles approches et des problématiques des patients qui m'étaient inconnus. J'ai rencontré et suivi les prises en charge de plusieurs personnes atteintes de maladies lourdes en particulier des personnes ne pouvant pas ou peu se mouvoir avec la psychomotricienne que je suivais. J'ai participé aux prises en charge en étant observatrice et actrice. Ce stage m'a permis d'ajuster mon positionnement face à des personnes lourdement handicapées.

Voulant enrichir mon expérience au sein de ce stage, je me suis également dirigée vers des personnes ayant des capacités d'équilibre précaires. J'ai rencontré des personnes présentant une ataxie cérébelleuse et la maladie de Huntington provoquant des troubles de l'équilibre. C'est dans ce cadre que j'ai rencontré Monsieur M, atteint d'ataxie cérébelleuse, à qui j'ai effectué une prise en charge en autonomie au sein du même projet des psychomotriciennes. Les psychomotriciennes m'ont laissé la liberté de la prise en charge que j'envisageais pour lui.

b. Dans le SSR gériatrique :

Dans un premier temps j'ai observé des prises en charges groupales que j'ai pu animer par la suite. J'ai ensuite présenté au médecin MPR la manière dont j'aimerais évoluer dans le stage, notamment mon souhait de réaliser des prises en charge individuelles auprès de personnes ayant une appréhension de la chute. Le médecin a ainsi pu m'autoriser et me diriger vers des patients ayant cette problématique. La psychologue, les kinésithérapeutes et la psychomotricienne m'ont également aidé dans l'indication de mes prises en charge à venir. J'ai pu proposer une prise en charge à plusieurs patients à partir d'un premier entretien puis d'un bilan psychomoteur.

J'ai fini ce stage à l'image d'un stage expérimental, en effet, la psychomotricienne a pris un congé maternité et a continué à me superviser jusqu'à la fin de mon stage. Cela m'a permis de poursuivre le travail que j'avais commencé en autonomie et de me projeter dans la vie professionnelle.

III. Etudes de cas :

A. En SSR neurologique : Monsieur M

1. Présentation et anamnèse de Monsieur M :

La présentation et l'anamnèse de Monsieur M reposent sur le bilan neurologique d'entrée du patient. Elles reposent aussi sur mon premier entretien avec Monsieur M.

a. Contexte d'hospitalisation :

Monsieur M est un patient âgé de 69 ans qui est hospitalisé en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) neurologique dans un contexte d'ataxie cérébelleuse.

Dans le cadre de cette maladie chronique neurodégénérative, Monsieur M fait régulièrement des séjours au sein de ce SSR. Les prises en charge en SSR étant de courtes durées, Monsieur M fait environ un séjour de quatre à six semaines par an depuis dix ans. Monsieur M apprécie particulièrement les soins qu'il obtient dans cet établissement et le personnel qui s'occupe de lui. Il demande donc à son neurologue de toujours le diriger vers ce SSR.

Du fait de ce cadre temporel, les prises en charge sont multiples pour les patients. Le suivi du patient est régi par un riche travail pluridisciplinaire. Monsieur M a donc bénéficié de nombreuses prises en charge tout le long de son séjour.

Le SSR se situe dans le domaine de la prévention secondaire ou tertiaire de l'évolution de la maladie. Il permet donc dans le cas de Monsieur M de prévenir l'évolution et les complications de sa pathologie.

b. Eléments d'anamnèse :

Monsieur M est âgé de 69 ans. Il est retraité de la SNCF. Il a trois enfants qui habitent loin de chez lui et des petits enfants. Il est divorcé et vit seul dans un logement adapté. Il se montre très dynamique dans son quotidien. Il a une activité physique régulière (tricycle et natation) et il s'investit dans deux associations pour les personnes atteintes de troubles neurologiques.

Il se déplace avec un déambulateur en intérieur et avec un tricycle à l'extérieur. Son périmètre de marche est de 800 m avec le déambulateur à quatre roues. Il ne fait pas de chutes et fait des transferts podaux. Il a un peu d'aides de la vie quotidienne avec deux heures de ménage seulement par mois. Monsieur M refuse d'avoir de l'aide supplémentaire.

Son neurologue lui réalise des bilans chaque année ce qui permet de suivre l'évolution de sa pathologie et d'orienter la prise en charge pour chaque séjour en SSR.

c. Bilan neurologique :

Monsieur M est atteint d'une ataxie spinocérébelleuse de type 7 (SCA 7) qui correspond à une perturbation de l'équilibre et de la coordination motrice. Monsieur M est relativement stable depuis 1992. Cette maladie est héréditaire à transmission autosomique dominante. Cependant Monsieur M est le seul à contracter cette maladie dans sa famille, sa maladie est donc la conséquence d'une mutation.

Le moment où les symptômes commencent à apparaître varie. Monsieur M a vu des symptômes apparaître à 22 ans, suite à un accident de vélo. On lui a donc fait passer une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) montrant une atrophie cérébelleuse.

Monsieur M présente une ataxie cérébelleuse **en équilibre statique et dynamique**. Ces troubles ne sont pas aggravés par la fermeture des yeux. Il ne présente pas de tremblements, ni de déficit sensitif superficiel et profond.

Il a un **syndrome cinétique modéré**, c'est-à-dire un trouble de l'exécution de mouvements volontaires au niveau des membres supérieurs qui se démarque plus à vitesse rapide. Cela ne gêne pas beaucoup son côté droit dominant. Il a des troubles de la coordination dans l'espace (**dysmétrie** modérée) et dans le temps (**dyschronométrie**). Il a une légère **dysarthrie cérébelleuse** qui est la conséquence de l'incoordination des différents muscles de la phonation.

Il présente une **discrète composante pyramidale** à gauche avec un recurvatum du genou gauche faisant part d'une hypertonie spastique.

2. Prise en charge de Monsieur M :

a. Prise en charge pluridisciplinaire de Monsieur M en SSR :

Le projet de soins de Monsieur M est composé de multiples prises en charge :

- Prise en charge en kinésithérapie pour favoriser le renforcement musculaire et la rééducation de la marche
- Prise en charge de la dysarthrie en orthophonie
- Travail des gestes de la vie quotidienne en ergothérapie
- Pratique de l'Activité Physique Adaptée
- Prise en charge de l'équilibre et recherche d'apaisement en psychomotricité

Il bénéficie de trois séances de psychomotricité par semaine. Il pratique alors la relaxation par la médiation du thermo SPA. Il participe à une séance groupale « gym douce ». Il bénéficie également de séances centrées sur la prévention des chutes.

b. Rencontre avec Monsieur M :

Je vais à la rencontre de Monsieur M avec la psychomotricienne pour lui proposer de travailler avec moi en autonomie en janvier. J'envisage de lui proposer un **travail centré sur la prévention des chutes** avec l'accord du SSR tout en m'inscrivant dans le projet commun des psychomotriciennes.

Quand je rencontre Monsieur M, il se présente très à l'aise et chaleureux dans la relation. Il a une certaine facilité à s'exprimer verbalement et sait bien se faire comprendre malgré sa légère dysarthrie. Il se montre particulièrement enthousiaste à l'idée de faire quelques séances supplémentaires. Il est très volontaire et dit qu'il est là pour bénéficier de la rééducation et faire tout ce qui peut être bon pour lui. Il accorde une certaine confiance à l'équipe et apprécie son séjour au SSR.

c. Evaluation psychomotrice :

Cette évaluation psychomotrice repose sur quelques épreuves que je lui ai fait passer, l'observation spontanée et les informations issues du bilan neurologique et des autres professionnels.

Monsieur M est coopérant et à l'écoute tout le long des épreuves. Monsieur M est **attentif** et comprend bien les consignes. Il apprécie être en relation et accorde une place importante à la verbalisation. Monsieur M fait part d'un sentiment d'anxiété et d'un besoin important de bien réaliser chaque exercice.

- Repérage spatiotemporel :

Les épreuves proposées se basent sur un questionnaire et sur deux épreuves issues de l'EGP permettant d'évaluer l'orientation temporelle et les capacités d'analyse spatiale.

Les épreuves réalisées ne montrent aucune difficulté particulière, voire même une **certaine aisance**. Les capacités d'analyse visuospatiale sont aussi très correctes. Il est capable d'utiliser aisément des référentiels spatiaux extérieurs à son corps. Monsieur M me dit être à l'aise dans l'orientation spatiale et le repérage de distance. En effet il m'explique que l'utilisation du déambulateur à quatre roues lui permet d'anticiper et de s'adapter face aux obstacles à venir.

- Equilibre et tonus :

L'examen du tonus est réalisé à partir de mobilisations passives, de ballant et d'extensibilité des membres supérieurs et inférieurs ainsi que sur l'observation tout le long des épreuves. L'évaluation de l'équilibre repose sur l'observation psychomotrice et l'épreuve de la station unipodale.

Monsieur M ne peut pas se lever sans s'appuyer sur ses accoudoirs ou une aide technique. L'équilibre en position debout est stable seulement avec une aide technique. Monsieur M présente une **augmentation du polygone de sustentation** et des **oscillations** brusques et irrégulières. Pendant l'équilibre, Monsieur M a tendance à la **rétropulsion**.

Monsieur M présente une **démarche ébrieuse**, irrégulière et saccadée. Les mouvements des membres inférieurs sont décomposés, en particulier du fait de son **élévation excessive des genoux**. Il a un recurvatum du genou gauche important. Il marche sur ses talons, les pas sont irréguliers et il présente une hyperlordose lombaire. Il présente une **hypertonie** pyramidale ou hypertonie spastique que l'on peut observer dans sa démarche.

La station unipodale est réalisée de façon lente et un sentiment d'insécurité importante. La compensation posturo-motrice est grande avec un appui important sur son déambulateur.

Lors de l'exercice du ballant et de l'extensibilité, Monsieur M accepte le toucher et ferme les yeux. Je constate que Monsieur M présente d'**importante résistances musculaires** et le ballant est de petite amplitude au niveau de ses quatre membres, en particulier au niveau des membres inférieurs. Il présente une hypertonie, en particulier au niveau de ses membres

droits dominants. Monsieur M fait part de difficultés d'ajustement tonique. Il se plaint de difficultés à se relâcher au quotidien, en faisant le lien avec sa pathologie.

- Schéma corporel :

L'évaluation du schéma corporel repose sur les exercices de nommer/désigner différentes parties du corps de Bergès et sur l'imitation de mouvements issue de l'EGP.

Les exercices demandant de nommer et désigner les différentes parties du corps est très bien réalisée. Monsieur M a un vocabulaire corporel riche et précis.

L'imitation de gestes est réalisée avec une organisation des mouvements cohérente dans l'espace. On peut observer que ses mouvements manquent d'harmonie et de fluidité, en particulier au niveau de ses membres inférieurs. Cela est lié à une hypertonie spastique.

Monsieur M arrive à contrer une force extérieure qui s'exerce sur lui grâce à l'augmentation de son tonus. Cependant lorsque cette poussée est exercée de l'avant vers l'arrière, il a une tendance à la rétropulsion et n'arrive pas à contrer cette attraction. En effet il a des difficultés à répartir le poids dans ses pieds de façon homogène de manière à complètement se verticaliser, d'où son besoin du déambulateur pour être stable debout.

Les coordinations et les dissociations haut/bas et droite/gauche sont accessibles mais difficiles pour Monsieur M. En effet ces exercices lui demandent une **décomposition du mouvement**. Les mouvements sont cependant réalisés avec plus d'aisance du côté droit dominant. Ces difficultés sont liées à un trouble de la coordination, à un manque de stabilité sur ses appuis et à une organisation corporelle qui est donc peu efficiente.

Monsieur M. a une bonne connaissance de son **schéma corporel** et il l'utilise correctement comme étant un **référentiel spatial** malgré un **manque d'aisance et de fluidité dans le mouvement**.

→ Conclusion de l'évaluation : L'organisation spatiotemporelle de Monsieur M est correcte. Son schéma corporel est globalement structuré. Lors de l'équilibre, Monsieur M est hypertonique. De même lors des mobilisations passives, Monsieur M a des difficultés d'ajustement tonique ce qui peut perturber son intégration proprioceptive. Cela augmente la précarité de son équilibre statique et dynamique et aggrave donc son risque de chute.

d. Axes de travail et objectifs des séances de prévention de la chute :

Monsieur M possède une pathologie représentant un facteur de risque neurologique important à la perte d'équilibre. De plus, Monsieur M entre dans une période vieillissante qui va impacter l'évolution de sa maladie neurodégénérative. Une **prévention primaire** du risque de chute est pertinente pour Monsieur M et permet de prévenir des complications de sa pathologie neurodégénérative.

→ Le projet de prise en soins repose sur un travail de **régulation tonique** et de **revalorisation de l'image du corps** à travers des expérimentations sensorimotrices dans le but de favoriser ses capacités d'équilibration. L'objectif est de favoriser les réflexes parachute et de diminuer la prise de risque lors des déplacements.

3. Observations et analyses cliniques :

a. Le vécu de l'évolution de la maladie et du vieillissement de Monsieur M :

Monsieur M présente des **difficultés à accepter les contraintes que lui impose sa maladie et la dégradation progressive de ses capacités**. Monsieur M se met donc facilement en difficultés voire en danger. Les adaptations qu'il accepte dans sa vie quotidienne sont liées à une frayeur qu'il s'est faite suite à une mise en danger. Par exemple, il a intégré qu'il n'avait plus les mêmes capacités de conduite suite à un accident de voiture. Cela explique son refus d'obtenir de l'aide à domicile et ses prises de risque.

Ces comportements mettent en avant un certain **clivage entre le corps et l'esprit** : il n'est pas en accord avec les signes négatifs que son corps lui fait transparaître. Il tente de maintenir le contrôle de son corps et de l'évolution de sa maladie, tout en **niant ses possibilités corporelles** du moment. Celles-ci diminuent du fait de l'évolution de sa maladie mais sont aussi liées au phénomène de vieillissement.

Monsieur M subit de plus en plus de pertes au fur et à mesure de sa maladie neurodégénérative et de son vieillissement. Ces pertes nécessitent donc un travail de deuil et un remaniement du Moi à travers la quête de nouveaux objets à investir.

Parmi les comportements démontrant un narcissisme pathologique des personnes âgées, décrits par G. Le Gouès. La description du **vieillessement surcompensé** est assimilable au comportement de Monsieur M. En effet, il est dans le déni des diminutions de ses capacités et se situe dans une suractivité défensive. Il n'accepte pas son évolution et ne prend pas en compte

les modifications de ses capacités, de là à se mettre souvent en danger. Ce comportement peut induire des complications comme des chutes à répétition par exemple.

D'après une étude les personnes âgées surestiment trois fois plus leurs possibilités que les jeunes (Luyat et al., 2008). Le surinvestissement des capacités de Monsieur M s'expliquerait donc non seulement par la **non acceptation de son évolution**, mais aussi par la **diminution de la perception des capacités** en fonction de l'environnement qui est observable chez la personne âgée. « Le surcroît d'activité peut être une autre manière de réagir comme si la personne ignorait ou déniait que son corps n'a plus autant de possibilités » (Chaumont, 1997).

De plus, la marche représente symboliquement une bonne santé, l'autonomie et la liberté. « L'accès à la verticalisation représente une étape d'autonomisation fondamentale vers la mobilité et fait de ce registre de la fonction tonico-posturale une condition de la liberté de mouvement » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p.174). Monsieur M me relate souvent qu'il devrait normalement être en fauteuil mais que toutes ses activités corporelles maintiennent ses capacités. En discutant avec lui on se rend compte que le fauteuil roulant est associé à la mort. Il m'a dit que le jour où il se sera plus actif physiquement il sera dans un cercueil. Monsieur M est dans le contrôle, dans le perpétuel mouvement, il semble avoir **peur de l'inactivité et de tout ce qu'il peut associer à la dépendance**.

Des contradictions se reflètent parfois dans son discours. Monsieur M présente un discours qui **peut paraître incohérent**. En effet, lorsqu'il exprime quelque chose de difficile pour lui, il le banalise en suivant. Il dit par exemple ne pas vouloir rentrer chez lui car il va se sentir seul mais que cela n'est pas grave.

Monsieur M cherche à donner une bonne image de lui à travers la relation, à être rassuré et valorisé. Il est très coopérant pour sa rééducation mais cela est surtout lié à sa **recherche de relation et à son besoin de se valoriser à travers elle**. En effet, il ne reste pas dans sa chambre mais dans le hall du service de rééducation à attendre une prise en charge ou qu'on lui parle, de plus la porte de sa chambre est toujours ouverte quand il y est.

Ce patient semble sensible aux réponses et à l'attitude qu'on adopte en réponse à ce qu'il nous donne à voir. D'après son vécu, la relation a aussi parfois été dévalorisante. Il m'explique avoir divorcé du fait du rejet de la maladie par son ex-femme. Il faut aussi tenir compte qu'il y a une représentation négative et une certaine stigmatisation de la personne handicapée dans la société.

Monsieur M ayant besoin de réaliser un remaniement identitaire, il s'appuie sur la valorisation et la renarcissisation qu'il peut recevoir par le biais de la recherche de multiples

relations avec le personnel. L'élaboration du narcissisme est en effet nécessaire à l'élaboration identitaire.

Monsieur M a une blessure narcissique du fait de sa pathologie. **Son image du corps est dévalorisée et son identité est fragilisée.** Il s'agirait de trouver des stratégies pour maintenir ou restaurer une identité et une positivité de l'image de soi à travers la relation et la médiation relaxation.

b. La gestion des capacités d'équilibration de Monsieur M :

Monsieur M a bénéficié avec moi de trois séances de psychomotricité en chambre, centrées sur la prévention des chutes. Pendant les séances, Monsieur M est très à l'écoute des consignes et des conseils donnés. Il est capable de s'ajuster par induction verbale. Il a tendance à verbaliser ses ressentis et a également besoin de parler et d'être rassuré à travers la relation.

Les capacités d'équilibre de Monsieur M sont précaires du fait de sa pathologie neurodégénérative. Monsieur M a des difficultés importantes de régulation tonique qu'il compense par des attitudes posturo-motrices parfois inadaptées. De plus, Monsieur M surinvestit ses possibilités corporelles. Il a une perception défaillante de ses possibilités favorisées par le déni de la diminution de ses capacités.

Monsieur M montre des **difficultés à se relâcher lors de mobilisations passives.** En effet il accompagne le mouvement et en prend conscience quand on le lui fait remarquer. Néanmoins il n'en a pas conscience au niveau des membres inférieurs. Ces contractions sont plus importantes au niveau de ses membres supérieurs et inférieurs droits dominants.

Pendant que je le mobilise, il fixe particulièrement la partie du corps concernée. Je lui demande donc d'essayer de ne pas regarder et cela l'aide à mieux à se relâcher. Monsieur M se tient en **état de vigilance**, ce qui entrave le travail de relâchement, notamment par son contrôle visuel. L'état tonique est intimement lié à l'état de vigilance. La **tentative de contrôle de sa maladie s'inscrit corporellement par son contrôle tonique**, notamment par le contrôle visuel focale. Cette vision favorise l'hypertonie cervicale et donc par conséquent l'hypertonie axiale.

Monsieur M montre une certaine capacité à relâcher son contrôle tonique pour faire place à plus de détente **quand il prend conscience de son état tonique.** Cela met en avant que sa tendance à l'hypertonie est liée à sa pathologie mais aussi à la gestion de son état émotionnel. D'après H. Wallon, « Si le tonus accompagne nos mouvements pour en soutenir l'effort, s'il

permet les attitudes stables et l'immobilité, il est aussi l'étoffe de notre vie affective et de nos émotions »

J'ai assisté à une séance de relaxation par la médiation du thermo SPA de Monsieur M. Il a également pu bénéficier d'un massage des jambes et des pieds. La psychomotricienne a proposé une visualisation à Monsieur M pour qu'il se détende et a relativisé l'endormissement afin de favoriser son relâchement. Suite à la séance de relaxation, Monsieur M décrit avoir des **contractions musculaires par intermittence de manière diffuse**. Cela peut traduire de légères réactions spastiques du fait de sa légère composante pyramidale. De plus, Monsieur M exprime une difficulté pour lui à se relâcher même s'il a de meilleures capacités à se recentrer sur lui-même par rapport aux séjours précédents (moins de verbalisation pendant le temps consacré à la détente).

J'ai proposé des exercices mettant en exergue le **mouvement** chez Monsieur M. En effet, le tonus la posture et le mouvement sont intimement liés et peuvent permettre de s'étayer entre eux. La maîtrise posturale sous-tend le mouvement et est lui-même sous-tendu par le tonus. Les exercices mettant en jeu le mouvement montrent que le mouvement volontaire **aide Monsieur M à ressentir l'impact de son geste** dans l'espace et à percevoir si un côté est plus efficace que l'autre. Le mouvement en effet renseigne le corps sur sa position spatiale à travers la stimulation des différents sens, notamment la proprioception et le vestibulaire. D'après A. Servant-Laval, le mouvement est considéré comme un « organe de perception » de soi et de l'autre, de l'espace et du temps. De plus, le mouvement donne un **sentiment de valorisation** à Monsieur M, essentiel à son remaniement identitaire. Il donne le sentiment d'être acteur de son corps, de soi-même. O. Sacks, un neurologue, a écrit : « Privés de proprioception, nous sommes dépourvus des attaches fondamentales de l'identité, nous sommes dépourvus du début et de la base de toute connaissance et de toute certitude ».

Monsieur M révèle d'une **assez bonne intégration perceptive du mouvement**, fondamentale pour l'écoute à son corps, à ses sensations corporelles pendant l'action. Elle est également **essentielle dans le cheminement de sa construction identitaire**. « En se mouvant, ce n'est pas seulement des sensations qu'on a mais c'est soi-même ». (Coeman & Raulier H de Frahan, 2004).

Monsieur M verbalise d'ailleurs avoir **pris conscience à ce séjour de ses difficultés à se détendre** grâce à l'atelier gym douce et les séances réalisées en chambre qui engagent le mouvement. Cette prise de conscience constitue un pas vers l'amélioration de sa qualité

d'ajustement tonique, mais aussi un pas vers l'acceptation de la maladie et de réajustement identitaire.

J'ai proposé des exercices favorisant une prise de conscience corporelle à travers des **stimulations sensorielles** que Monsieur M apprécie. J'ai donc exercé des vibrations sur ses articulations, notamment sur sa colonne vertébrale et ses pieds pour favoriser une stabilité et un redressement lors de la position debout statique ainsi que le déroulé du pied pendant la marche. Ces exercices ont permis un **ancrage psychocorporel** à Monsieur M. Il a ainsi pu se recentrer sur son corps de manière apaisée tout en étant en équilibre.

La stimulation de la sensibilité tactile permet à Monsieur M de **réajuster sa posture** favorisant la stabilité de son équilibre. Ces stimulations tactiles ont permis de favoriser la conscience de ses **étirements de la peau lors du mouvement**. D'après J. De Ajuriaguerra, les expériences motrices participent au sentiment d'enveloppe corporelle formant une « enveloppe tonique », ou une « plateforme sensori-tonique ». Cela passe par les différentes stimulations sensorielles que subit la peau, et plus particulièrement les étirements des mouvements. Le mouvement donne un sentiment d'unité et d'intégrité corporelle à Monsieur M, favorisé par les stimulations tactiles.

On peut donc dire que Monsieur M a une **meilleure qualité de régulation tonique** grâce aux **afférences sensorielles importantes** (proprioception, sensibilité tactile) qu'il peut recevoir **grâce aux mouvements** et grâce **aux stimulations tactiles quand il est acteur de sa posture**.

Afin de solliciter et développer ses capacités de régulation tonique, j'ai utilisé la méthode de relaxation neuromusculaire de Jacobson. J'ai donc proposé des fortes et faibles contractions musculaires entrecoupées de temps de relâchement musculaire. Cette méthode permet de localiser différents groupes musculaires, de prendre conscience de la tension qui s'y trouve en l'accentuant par la contraction et en distinguant les sensations de tension et de détente. Par conséquent, la méthode Jacobson permet d'affiner le ressenti de nos tensions par le biais des impressions apportés par le mouvement et son arrêt. Elle permet de diminuer le tonus de repos et d'acquérir la capacité de ne pas contracter inutilement des groupes musculaires non impliqués dans l'activité en cours.

Monsieur M fait part de bonnes capacités à régulé l'intensité de ses contractions, notamment à économiser son énergie en régulant les tensions inutiles après les avoir conscientisés lors des fortes contractions. Monsieur M a des capacités à relâcher ses muscles après la contraction. Ces

capacités peuvent encore se développer du fait qu'il vienne de **prendre conscience certaines contractions persistantes grâce au mouvement.**

4. Conclusion de la prise en charge de Monsieur M :

Monsieur M présente des symptômes entraînant une perte des réactions d'adaptation lors du déséquilibre. En effet, il a un équilibre statique et dynamique précaire, une tendance à la rétropulsion, des appuis podaux postérieurs, une hypertonie et de l'anxiété. Il s'agit d'ailleurs de **symptômes communs au Syndrome de Désadaptation Psychomotrice (SDPM)**. De plus les maladies neurodégénératives peuvent prédisposer le sujet âgé à développer le SDPM (Manckoundia et al., 2007). Il est donc essentiel de prévenir le risque du traumatisme de la chute chez Monsieur M. La chute pourrait grandement impacter les capacités d'ajustement postural de Monsieur M et fragiliser son remaniement identitaire.

Au cours de ce séjour, Monsieur M a pris conscience en séance de psychomotricité de certaines difficultés par le biais d'exercices engageant le mouvement. Il a notamment pris **conscience de ses difficultés de régulation tonique**. Cette prise de conscience a engendré une meilleure qualité de régulation tonique. De plus, Monsieur M a constaté que son état émotionnel jouait un rôle dans ses difficultés de relâchement, constituant une marge de progression pour lui.

Monsieur M refuse toujours l'augmentation d'aide à domicile. En effet il a besoin d'être acteur et totalement autonome, cela lui donne un sentiment de contrôle. Néanmoins, Monsieur M va réaliser une demande à son neurologue pour venir en SSR plus régulièrement. On peut constater ici une **prise de conscience d'un besoin d'accompagnement plus important**. Les relations bienveillantes qu'il met en place en SSR et sa prise de conscience de certaines difficultés sont sources de motivation pour être pris en charge. Monsieur M est sur le chemin d'une construction identitaire constamment remaniée.

L'objectif à long terme pour ce patient serait de prendre conscience de ses capacités psychocorporelles afin de ne pas se mettre en danger. Il y a également un travail important d'acceptation de la maladie et d'accordage psychocorporel permettant une certaine capacité à se relâcher afin de diminuer l'hypertonie et l'anxiété.

C. En SSR gériatrique : Madame G

1. Présentation et anamnèse de Mme G :

La présentation et l'anamnèse de Mme G reposent sur le bilan médical d'entrée de la patiente. Elles reposent aussi sur mon premier entretien avec Mme G.

a. Contexte d'hospitalisation :

Mme G est une patiente âgée de 89 ans qui est hospitalisée dans les suites d'une **embolie pulmonaire bilatérale**. Suite à une chute et la prolongation de la station au sol, Mme G a eu une Thrombose Veineuse Profonde (TVP) au niveau du fémur gauche qui s'est compliquée par une embolie pulmonaire. Autrement dit, le caillot sanguin obstruant partiellement une veine de la jambe gauche a gravité et a obstrué partiellement une artère pulmonaire.

L'étiologie de la chute n'est pas retrouvée. Le médecin prescrit un anticoagulant pour traiter l'embolie pulmonaire, cependant ce traitement risque de majorer le risque de chute.

b. Bilan médical d'entrée :

Concernant le bilan médical d'entrée au SSR, Madame G fait part au niveau fonctionnel de **troubles de l'équilibre**. De plus, elle verbalise une **appréhension à la chute**. Elle présente aussi des troubles de l'élimination, une douleur costale droite liée à une fracture et des brûlures à l'œsophage et à l'estomac. Elle a également une cyphose. Au niveau sensoriel, Madame G a une bonne audition mais elle a une **quasi cécité de l'œil droit** depuis un glaucome.

Les examens cardiovasculaires, respiratoires et neurologiques d'entrée au SSR ne montrent aucune problématique. De même, l'évaluation cognitive du médecin ne montre aucune difficulté majeure.

Concernant son mode de vie, Madame G vit seule dans une maison de plain-pied. Ses enfants habitent loin de chez elle. Madame G reçoit une auxiliaire de vie sociale trois heures par semaine et une infirmière un jour sur deux. Elle bénéficie du portage de repas. Elle a également des séances de kinésithérapie depuis un an du fait de ses troubles de l'équilibre. Elle n'a pas d'aide technique pour ses déplacements.

A son entrée au SSR, Madame G nécessite une aide partielle pour aller aux toilettes, pour l'habillage et pour l'hygiène. Elle est autonome pour s'alimenter. Madame G a peu d'appétit et est vite dégoûtée par la nourriture. Elle présente une légère dénutrition.

c. Anamnèse de Madame G :

Lors de l'entretien, Mme G ne m'évoque pas son enfance. Elle me relate qu'elle s'est mariée, qu'elle a eu trois enfants et des petits-enfants. Mme G a un petit niveau d'étude. Elle a exercé plusieurs métiers différents dont le métier de couturière. Elle se qualifie de « travailleuse ». Elle m'explique s'être aussi beaucoup occupée de ses trois enfants. Elle est d'ailleurs très entourée par eux. Son mari est décédé il y a sept ans, ce qui l'a beaucoup affectée. Elle a vécu une retraite active jusqu'à son décès puis elle a abandonné toutes ses activités et ses loisirs.

Concernant ses antécédents médicaux, Madame G fait des **chutes à répétition** avec une impossibilité à se relever. Elle m'évoque notamment **deux chutes la nuit avec une station au sol jusqu'au lendemain matin**. De plus, Madame G présente un **syndrome dépressif et des troubles anxieux** traités par des benzodiazépines (un hypnotique : Zolpidem et un anxiolytique : Alprazolam). Elle fait également de l'ostéoporose. Elle a une hypertension artérielle et présente une hernie hiatale qui sont traités de façon médicamenteuse.

Au niveau des antécédents chirurgicaux, Madame G a subi l'opération de la cataracte bilatérale et elle s'est faite opérée de la cornée de l'œil droit du fait d'un glaucome il y a deux ans. Elle a également subi une cystopexie.

2. Prise en charge de Madame G :

a. Projet de soins mis en place par le médecin :

Objectif médico-soignants :

- La prise en charge de la douleur costale puis la mise en place d'un sevrage antalgique
- Le dépistage des troubles nutritionnels et leur prise en charge
- Une surveillance biologique
- La gestion de Aides de la Vie Quotidienne (AVQ) et l'amélioration de l'autonomie

Objectifs rééducationnels :

- Prise en charge en kinésithérapie : entretien global et récupération des capacités motrices antérieures
- Prise en charge des troubles de l'équilibre en psychomotricité

A ces objectifs s'ajoute la prise en charge de la souffrance psychologique en lien avec sa dépression et sa peur de chuter.

Le projet de vie est le retour à domicile.

b. Rencontre avec Madame G :

Lorsque je la rencontre, Madame G est d'humeur morose. Madame G est prostrée sur son fauteuil et fixe le sol. Je me place proche d'elle car elle lutte avec ses yeux pour me voir du fait de sa déficience visuelle. Elle parle beaucoup et se sert de la relation afin de **se décharger de ses tensions internes**. Elle exprime des souffrances psychiques (solitude, ruminations) et des souffrances physiques (douleurs corporelles, gêne de son importante déficience visuelle droite). Elle verbalise vivre mal son hospitalisation.

Quand je l'interroge sur son quotidien avant son hospitalisation, elle m'exprime des ressentis négatifs et verbalise ne prendre aucun plaisir dans sa vie quotidienne, retranscrivant une certaine **anhédonie**. Elle rajoute que ses enfants tentent de la rassurer et de lui donner des sentiments positifs, en vain.

A travers son discours, elle me fait part du fonctionnement de sa personnalité déprimée. Je me positionne dans une **posture d'écoute attentive** et je la laisse déverser ses ressentis. Madame G recherche mon approbation de sa souffrance. Madame G accueille mes propos puis me renvoie directement de nouvelles souffrances qu'elle ressent. Notre dynamique relationnelle s'instaure ainsi. Madame G fait parfois preuve d'incohérence ou exprime des arguments qui manquent de sens. J'ai l'impression que Madame G recherche à justifier une certaine **aboulie**, à travers des arguments pas toujours cohérents. Puis au fur et à mesure de nos rencontres, Madame G va plus tard verbaliser : « **Quand je n'ai pas de problème, je m'en cherche d'autres et je tourne en boucle** ».

A travers la relation, Madame G recherche à illustrer **l'ampleur de sa souffrance** et tente de mettre en avant une **idée d'incurabilité**. Elle est aussi très attentive à ce que je peux lui en répondre. Peut-être recherche-t-elle des limites ou au contraire une issue possible ? Peut-être a-t-elle des difficultés à percevoir d'autres alternatives ou d'autres visions sur sa situation ? Ou peut-être recherche-t-elle à se prouver qu'il n'y a pas d'issue possible ? Son attitude me donne l'impression d'être quelque peu impuissante face à une telle souffrance, ou du moins de ne pas avoir des capacités de réassurance suffisamment importantes. Je comprends cependant que sa manière d'être dans la relation lui permet de garder un sentiment de contrôle, ce qui est rassurant pour elle.

Madame G se dévalorise beaucoup et se réduit à ses difficultés corporelles et psychiques. Elle a particulièrement besoin d'être écoutée et qu'on accueille ses propos. Je tente aussi de lui

apporter un regard nouveau sur sa situation en la valorisant et j'essaie de transformer ses ruminations.

c. Evaluation psychomotrice :

Madame G est coopérante et à l'écoute tout le long du bilan. Elle a besoin d'être rassurée et porte une oreille attentive aux propos qu'on lui tient.

- Capacités mnésiques et attentionnelles :

Cette évaluation repose sur deux épreuves issues de l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP) : la reproduction de mouvements par la mémoire et la reproduction de structures rythmiques. Elle repose aussi sur l'observation de la qualité du discours (pertinence, cohérence).

Madame G présente certaines **difficultés attentionnelles** et de compréhension des consignes les plus complexes. Elle manque de précision dans le récit de son histoire. Elle fait également part d'une certaine fatigabilité. Toutes ces difficultés sont corrélées à ses ruminations anxieuses qui lui demandent beaucoup d'attention et d'énergie.

La **rétenion mnésique perceptive du mouvement** est défaillante. Elle a des difficultés d'appréhension perceptive du mouvement et de fixation par la mémoire. Elle présente des difficultés perceptivo-motrice dans la reproduction de mouvement, ainsi que dans la reproduction de structures rythmiques.

- Repérage spatiotemporel :

Les épreuves proposées se basent sur un questionnaire et sur deux épreuves issues de l'EGP permettant d'évaluer l'orientation temporelle et les capacités d'analyse spatiale.

Les épreuves réalisées ne montrent aucune difficulté particulière. Les capacités d'analyse visuospatiale sont aussi correctes. Elle est capable d'utiliser des référentiels spatiaux extérieurs à son corps.

Madame G se plaint pourtant de son sentiment de désorientation au sein du SSR. Ses inquiétudes sont liées à son état anxieux et confus, je valorise ses capacités d'orientation spatiotemporelle.

- Schéma corporel et image du corps :

L'évaluation du schéma corporel repose sur la production du dessin du bonhomme, sur les exercices de nommer/désigner différentes parties du corps de Bergès et sur l'imitation de mouvements issue de l'EGP.

Pendant les exercices demandant de nommer et désigner différentes parties du corps, elle se trompe à certaines parties précises du corps. Madame G a un vocabulaire corporel assez pauvre.

L'imitation de gestes est réalisée avec une organisation des mouvements cohérente et une adaptation gestuelle réalisée en miroir. Concernant les membres inférieurs, Madame G a plus de difficultés à les mobiliser, le temps de latence de la mise en mouvement est assez long.

Le dessin du bonhomme [annexe 3] est réalisé avec une prise tri digitale droite correcte et une tenue de la feuille avec la main opposée. Madame G. se penche en avant pour pallier à sa déficience visuelle. Elle verbalise alors bien voir les traits qu'elle dessine.

Le buste du bonhomme dessiné est délié des bras et de la tête, les différentes parties du corps manquent de lien. Le visage est riche, cependant les extrémités des membres sont absentes (mains, pieds). De plus, les jambes du bonhomme correspondent à deux simples petits traits, contrairement aux bras plus réalistes. Son dessin du bonhomme traduit un **désinvestissement de ses membres inférieurs**, en lien avec son manque de mobilisation des jambes et une certaine sédentarité.

De plus, elle n'investit pas l'espace de la feuille, le bonhomme est très petit. Madame G a un discours dévalorisant, elle décrit son corps comme étant associé à des douleurs et des incapacités. Cela traduit selon moi, une **image du corps globale dévalorisée** en lien avec sa personnalité qui doute beaucoup d'elle-même, de ses capacités.

L'image du corps de Madame G est dévalorisée et ses membres inférieurs sont peu investis et donc peu mobilisés. Cela est à mettre en lien avec une structuration du **schéma corporel présentant quelques fragilités**.

- Equilibre et tonus :

L'examen du tonus est réalisé à partir de mobilisations passives, de ballant et d'extensibilité des membres supérieurs et inférieurs ainsi que sur l'observation tout le long des épreuves. L'évaluation de l'équilibre repose sur les épreuves du time up and go et de la station unipodale.

Madame G obtient un score de **16 sur 28 à l'évaluation Tinetti** réalisée par une kinésithérapeute. L'équilibre statique est à 10 sur 16 et l'équilibre dynamique à 6 sur 12. Le **risque de chute est donc très élevé**.

L'épreuve du time up and go est réalisée en 35 secondes, ce qui est lent. Madame G peut se lever sans aide si elle a des accoudoirs. L'équilibre en position debout est stable seulement avec une aide technique. Les pas sont irréguliers et asymétriques, le pied droit dépasse le pied

gauche. Les deux pieds ne quittent pas complètement le plancher, il y a peu de propulsion du pied. Les talons se touchent presque pendant la marche. Elle a une légère flexion des genoux, son tronc est **hypertonique** et la réaction d'équilibration du balancement des bras est réduite. Sa démarche manque de fluidité et sa trajectoire est légèrement déviée.

La station unipodale sur le pied droit dominant est possible juste le temps de lever et baisser la jambe gauche. L'inverse n'est pas réalisable par Madame G. Elle ne se sent pas assez stable sur son appui inférieur gauche.

Lors de l'exercice du ballant et de l'extensibilité, Madame G. accepte le toucher et ferme les yeux. Je constate que sa capacité à se relâcher est progressive, le ballant est de plus en plus ample et les résistances musculaires diminuent au fur et à mesure que je la mobilise. Elle présente un **ajustement tonique de qualité lorsqu'elle est passive**. Elle se plaint de difficultés à se relâcher au quotidien, en faisant le lien avec ses préoccupations et ses difficultés psychiques, toujours de manière dévalorisante.

Conclusion de l'évaluation :

Madame G. présente des difficultés attentionnelles et se montre très anxieuse. Elle se dévalorise beaucoup et a besoin d'être rassurée. L'organisation spatiotemporelle de Madame G est correcte. De plus, elle est capable d'ajustement tonique et d'adaptation gestuelle en position assise. Son schéma corporel est globalement structuré mais présente des fragilités. On retrouve également un désinvestissement corporel en particulier au niveau de ses membres inférieurs du fait de la dévalorisation de son image corporelle. Cela augmente la précarité de son équilibre statique et dynamique et aggrave donc son risque de chute.

→ Le projet de prise en charge en psychomotricité repose sur un travail de **structuration du schéma corporel et de revalorisation de l'image du corps** à travers des expérimentations sensorimotrices dans le but de favoriser ses capacités d'équilibration.

3. Observations et analyses cliniques :

a. Le vécu du vieillissement et des chutes de Madame G :

Madame G a un vécu du vieillissement difficile. Elle a une image de soi dévalorisée, comme le traduit le bilan psychomoteur. Elle n'accepte pas la diminution de l'autonomie et refuse l'intégration du déambulateur à quatre roues à son quotidien. De plus, elle est asthénique et insomniaque du fait de ruminations, malgré une augmentation d'anxiolytique. Au vu de la

situation, le médecin met la patiente sous **antidépresseur** (Sertraline) malgré le risque de chute que cela peut favoriser.

Ce vécu difficile du vieillissement était préalable à l'hospitalisation d'après la famille. Madame G **ressent une forte vulnérabilité** qui se traduit par une avidité affective que ses enfants ne peuvent combler. La perte progressive de son autonomie et la limitation des activités possibles accentuent ce **sentiment d'isolement et de souffrance**. En effet, les déficits liés au vieillissement fragilisent Madame G sur le plan narcissique. Madame G a notamment perdu son mari, des capacités motrices et sensorielles. Ces pertes nécessitent donc un travail de deuil et un remaniement identitaire à travers la quête de nouveaux objets à investir.

La chute représente elle aussi la perte. Elle engendre souvent un bouleversement narcissique. La chute peut donc venir intensifier les changements psychologiques, en particulier lors d'un vieillissement difficile à vivre comme celui de Madame G. La chute vient remobiliser les ressources et un ajustement identitaire à partir du travail de deuil de l'image idéale du corps.

Madame G parle de ses chutes sans y trouver d'explication apparente. Le manque de compréhension des chutes les rend imprévisibles et constitue une **constante menace** pour elle. L'expression de ses souffrances, notamment du vécu traumatique de ses chutes, permettent de dissiper l'angoisse qu'elles procurent (Ponton, 2019).

Les chutes ont contribué à une **perte de confiance** en elle, en ses capacités et en l'avenir. La cécité de son œil droit participe au sentiment de handicap et de fragilité et favorisent ses troubles de l'équilibre. La perte de cet œil a marqué un tournant dans son histoire et dans sa façon d'être au monde. La **dépression est un facteur aggravant** pour le risque de chute. Les chutes peuvent traduire inconsciemment un certain abandon de la vie ou une envie de mourir. Selon l'étude de Seffen (1987), « nous n'avons retrouvé qu'un seul élément de personnalité à la chute de manière significative, c'est la tendance dépressive ». De même, l'**anxiété favorise le risque de chute** du part l'hypertonie qu'elle provoque, réduisant les capacités d'adaptation. Il est donc important de resituer la chute dans la trajectoire de vie de Madame G.

Parmi les comportements démontrant un narcissisme pathologique des personnes âgées, décrits par G. Le Gouès, la description du **vieillissement décompensé** est comparable au comportement de Madame G. En effet Madame G a tendance à se replier sur elle-même, elle a une faible estime de ses capacités et fait par d'un certain désinvestissement de son corps. Madame G a un rapport à son corps médicalisé et a tendance à se réduire à ses problématiques. Madame G a développé un mécanisme de défense pathologique suite à de trop grandes pertes pour elle.

b. La gestion des capacités d'équilibration en séance de psychomotricité :

Madame G a bénéficié de trois séances de psychomotricité en chambre suivant une même logique. Dans un premier temps Madame G a toujours besoin d'un temps d'échange pour décharger ses tensions internes.

On réalise d'abord un réveil corporel, il s'agit de mouvements doux de l'ensemble du corps. Cet exercice permet de porter son attention sur son corps, de l'échauffer tout en prenant conscience de ses possibilités corporelles. Il favorise la structuration du schéma corporel.

Le deuxième temps était plus dynamique. Nous avons réalisé un travail qui engage la motricité globale à travers des échanges de balles en position assise et/ou debout. Cet exercice permet de vivre une mise en mouvement dynamique. Suite à cela, j'ai proposé un travail mettant en jeu la perception proprioceptive (transferts de poids avec les yeux ouverts puis fermés, retrouver une posture façonnée par l'autre en ayant les yeux fermés). L'objectif est de percevoir de façon fine différentes postures et d'adapter son tonus à la situation.

Le troisième temps était plus calme (massages de balles, mobilisations passives, exercices de respiration). Ce temps permet à Madame G de se recentrer sur ses ressentis corporels. Ce temps était apprécié par Madame G et ne la mettait pas en difficulté.

Madame G a des capacités d'équilibre précaires du fait d'une déficience visuelle importante, d'une diminution des capacités motrices suite à l'hospitalisation et de difficultés attentionnelles du fait de son syndrome anxiodépressif. En effet, le système d'équilibration repose sur l'intrication des systèmes sensoriels, cognitifs et moteurs. **Le schéma corporel est le référentiel nécessaire** aux mouvements du corps lors de l'équilibre. Le mouvement lui-même étaye la structuration du schéma corporel. Il permet au sujet de prendre conscience de la disposition de ses différentes parties corporelles, les unes par rapport aux autres. De plus, **l'image du corps valorisée** permet d'investir son corps positivement et d'avoir confiance en ses mouvements.

Madame G est stationnaire, ce qui est lié à sa souffrance psychique et à sa peur de chuter. La sédentarité de Madame G ainsi que sa déficience visuelle, peuvent expliquer la structuration fragile de son schéma corporel. En effet, le schéma corporel se construit grâce aux diverses sensations éprouvés lors du mouvement.

Les sensations kinesthésiques, vestibulaires et tactiles éprouvées lors du réveil corporel permettent de **donner des informations sur les capacités corporelles** (amplitude de mouvements, limites corporelles). Dans un premier temps, Madame G n'est pas attentive à ses ressentis et réalise les mouvements sans porter attention à ses possibilités. Je la sensibilise à porter attention à ses ressentis et je lui suggère de ralentir ses mouvements. Au fur et à mesure, Madame G a de plus en plus utilisé ce moment comme un temps lui permettant de se recentrer sur elle-même. Cela lui a également permis d'arrêter de ruminer et de s'apaiser.

Lors de la marche, Madame G a tendance à pallier à ses déséquilibres par une hypertonie et par une fixation du regard au sol. La focalisation du regard induit une hypertonie cervicale et par extension, une hypertonie axiale, qui réduit les mouvements spiralés nécessaires à la coordination harmonieuse des quatre membres (Ponton, 2019). Cela rend plus difficile le maintien et la régulation de l'équilibre lors des situations imprévisibles et perturbe les sensations proprioceptives.

La déficience visuelle de Madame G est très gênante pour elle lors de l'équilibre. Elle fait un lien entre cette déficience et les vertiges qu'elle ressent parfois lors de la marche. Cela met en avant un **sentiment de désorganisation des afférences sensorielles** qui impacte grandement l'efficacité de son équilibre. L'harmonisation des afférences sensorielles constitue un enjeu fondamental pour le maintien de son équilibre, notamment par le biais d'un affinement de la sensibilité proprioceptive et de son adaptation. La proprioception permet un ajustement corporel aux différentes situations et elle soutient la connaissance du corps.

De plus, cette réorganisation lui permettrait de **réduire son anxiété** « la proprioception nourrit la notion de conscience du sujet, d'intériorité et ancre le sentiment d'exister ; la certitude que nous avons un corps, la certitude de son existence, est le début et à la base de toute certitude sur Terre » (Damasio, 1999).

L'équilibre debout statique avec les yeux fermés devient de plus en plus sécuritaire au fur et à mesure de son séjour au SSR. Cela est observable notamment pendant les exercices de transfert de poids d'un pied à l'autre. Madame G. dit se sentir stable et immobile. Madame G. fait part d'un ancrage psychocorporel en position debout statique. La répartition tonique est homogène et Madame G se tient droite.

Les échanges de balles en position debout mettent en jeu ses capacités de régulation tonique. Madame G a développé de meilleures capacités de régulation tonique en situation dynamique. Cela s'observe par des stratégies posturo-motrices adaptées aux situations : faire un pas en avant, sur le côté, se redresser.

Les échanges de balles permettent un **redressement** de l'axe corporel chez Madame G. En effet Madame G a une cyphose et se présente souvent voûtée lorsqu'elle est assise. De plus la stimulation de la sensibilité proprioceptive à travers les transferts de poids les yeux fermés permettent un **réajustement cohérent de son axe corporel**. La stabilité perçue sur le plan physique favorise une **plus grande disponibilité psychique**. Madame G est en effet plus ouverte à la relation, notamment à travers la communication non verbale (sourires, expressions faciales) et elle s'adapte également plus facilement aux directions que prennent les balles. Le redressement a en effet un rôle de mobilité et de stabilité et constitue un référentiel spatial permettant l'investissement spatiale.

Les exercices de reproduction de postures les yeux fermés sollicitent beaucoup la sensibilité proprioceptive. Madame G fait part de difficultés à reproduire les mouvements. Mme G verbalise que cet exercice lui coûte beaucoup d'attention. Madame G a des **difficultés à porter son attention sur les informations proprioceptives** qu'elle reçoit dans cet exercice. En effet, avec l'âge et en particulier chez une personne anxiodépressive dans le cas de Madame G : « l'intégration des informations sensori-motrices régresse et est associé à une diminution de l'influence des informations proprioceptives sur l'excitabilité du cortex moteur » (Paillard, 2016, p171). Je constate cependant que ma verbalisation du positionnement de son corps lorsqu'elle a les yeux fermés l'aide beaucoup. La **corrélation des informations proprioceptives et auditives** lui permet de maintenir son attention et lui donne une meilleure représentation de son corps dans l'espace. Elle montre ainsi de meilleures capacités d'ajustement tonique.

Madame G manifeste un **plaisir sensoriel** concernant les massages de balles au niveau des pieds. Les sensations tactiles lui donnent des informations sur ses limites corporelles. Cela lui permet de considérer ses membres inférieurs et de les investir plus positivement. Je remarque qu'elle prend beaucoup de temps pendant cet exercice, qu'elle modifie l'intensité des pressions et qu'elle semble apaisée. Les stimulations sensorielles permettent à Madame G de ressentir son corps et d'éprouver des sensations agréables, ce qui permet de **narcissiser l'image qu'elle a de son corps**, qu'elle a tendance à réduire aux sensations douloureuses et aux déficiences.

Madame G apprécie également les mobilisations passives. Le relâchement progressif des membres inférieurs et supérieurs fait part d'une bonne capacité de régulation tonique malgré ses préoccupations anxieuses. Je valorise ses compétences et la sensibilise aux temps de détente, notamment à des exercices de respiration, qu'elle peut réaliser à son retour à domicile afin de s'apaiser quand elle en a besoin.

4. Conclusion de la prise en charge de Madame G :

Les objectifs fixés à l'arrivée de Madame G ont été réalisés de façon à ce que Madame G rentre chez elle. A la fin de sa prise en charge en SSR, Madame G n'est plus dénutrie et n'est également plus douloureuse. De plus l'autonomie s'est également améliorée, Madame G nécessite simplement une aide partielle à la toilette.

J'ai constaté une belle évolution de Madame G en séance de psychomotricité. Madame G a amélioré ses capacités d'équilibre, les stratégies posturo-motrices sont plus sécurisées et adaptés qu'au début de sa prise en charge. De plus Madame G a pris confiance en ses mouvements ce qui se retranscrit dans son discours. En effet, Madame G **verbalise ne plus appréhender la chute en fin de prise en charge**. De plus, Madame G a su trouver un apaisement psychocorporel malgré son anxiété importante et s'est servie de la relation thérapeutique pour extérioriser ses ressentis positifs comme négatifs.

L'augmentation du traitement antidépresseur semble avoir été bénéfique, tout comme l'augmentation de son autonomie qui a amélioré son vécu de l'hospitalisation. De plus, au départ Madame G appréhendait son retour à domicile. A présent elle se projette à retourner vivre seule et **accepte l'utilisation d'un déambulateur** à quatre roues pour les longues distances.

Madame G étant une personne âgée présentant une déficience visuelle, un syndrome anxiodépressif et des antécédents de chute, elle est à risque de chute. De ce fait, elle rentre chez elle avec un renforcement des aides techniques (déambulateur) et des aides de personnel à domicile pour les repas et les courses qui seront personnalisées, les séances de kinésithérapie seront également plus fréquentes.

La présentation des études de cas de Monsieur M et de Madame G amène à se questionner sur la pratique psychomotrice en SSR. Elle amène également des interrogations sur la situation de chacun de ces patients une fois rentrés à domicile.

IV. Limites du travail du psychomotricien en SSR et perspectives de prise en charge de la personne âgée à domicile :

A. Les limites du psychomotricien en SSR :

1. La pratique psychomotrice en SSR :

Les **prises en charge courtes nécessitent une adaptation de la pratique du psychomotricien**. Le psychomotricien doit mettre en place une alliance thérapeutique assez rapidement avec le patient. Cependant avec certaines personnes, la relation thérapeutique peut être longue à instaurer. Le psychomotricien se doit donc de prendre le temps et les moyens nécessaires afin d'installer une relation de confiance. Dans ce cas, et dans le cadre de prises en charge courtes, il se peut que le psychomotricien n'aille pas au bout de ses objectifs avec le patient.

L'objectif dans le cadre du travail en SSR est la répercussion des séances dans le quotidien lors du retour à domicile. Dans un premier temps, les médiations corporelles établies en séance de psychomotricité permettent de laisser des traces corporelles chez le patient. En effet, le corps a une mémoire qui ne s'efface jamais, même chez la personne âgée. « Le corps apprend et garde en mémoire dans sa texture et tessiture tégumentaire, musculaire et osseuse. Le tonus est la toile de fond historique du corps, le tissu où s'est imprimé la préhistoire du sujet » (Potel, 2019, p.124).

De plus, l'objectif est que les patients se réapproprient les exercices (le réveil corporel, les exercices de respiration etc). Le psychomotricien se doit donc de repenser sa pratique et de faire en sorte que les médiations soient réutilisables en autonomie pour les personnes âgées. Il est également nécessaire que les patients prennent conscience du bénéfice que cela leur procure afin qu'ils pratiquent les exercices en autonomie. Le psychomotricien, comme les autres professionnels, peuvent également donner aux patients des documents comportant des exercices à réaliser. Il s'agit, pour le psychomotricien, d'une façon de faire du **lien entre le SSR et le domicile**.

On peut toujours s'interroger sur l'appropriation ou non de ces exercices à domicile. Est-ce que les patients seront en capacité de s'approprier les exercices réalisés en psychomotricité une fois sortie du cadre du SSR et de la relation thérapeutique avec le psychomotricien ? Si oui, est-ce suffisant ?

On peut imaginer quelques pistes de réflexion favorisant encore le lien entre le SSR et le domicile à l'échelle du psychomotricien. On peut envisager de proposer un temps ponctuel permettant au psychomotricien travaillant en SSR de se rendre à domicile pour faire le point sur l'évolution du patient. Le psychomotricien du SSR a également la possibilité d'entrer en communication avec le psychomotricien ayant pris le relais de la prise en charge à domicile, si relais il y a eu.

2. Réflexions autour du besoin d'accompagnement de la personne âgée à son retour à domicile :

Les personnes âgées ont souvent besoin d'un accompagnement à domicile après une hospitalisation. Les patients sont fréquemment accompagnés par des infirmiers libéraux. Les personnes âgées ont parfois accès à la « téléassistance » en cas d'urgence à domicile. De plus ils peuvent bénéficier d'aides ménagères, des traiteurs privés ou du service de la ville chargé du portage des repas. Les kinésithérapeutes libéraux interviennent fréquemment lorsque la personne âgée réalise des chutes à domicile. Le travail en pluridisciplinarité est essentiel pour une efficacité du maintien de la personne âgée à domicile.

Mon expérience de stage en SSR m'a permis de me rendre compte de l'intérêt de la psychomotricité au sein de ce service, notamment dans les cas de Monsieur M et de Madame G. Ces deux fins de prises en charges m'amènent des questionnements concernant leur retour à domicile.

Dans le cas de Monsieur M, la psychomotricité lui a permis de prendre conscience de ses états toniques de façon assez fine. Il a réalisé un travail autour de son état émotionnel et de son cheminement identitaire. Monsieur M va-t-il prendre appui sur l'amélioration de ses capacités de relâchement pour réguler ses capacités d'équilibre tout en prenant soin de ne pas se mettre en danger ? Comment va-t-il vivre ce retour à la solitude dans l'ébauche de son acceptation de la maladie ?

Dans le cas de Madame G, la psychomotricité a contribué à l'amélioration de ses capacités d'équilibre et l'a aidé à prendre confiance en ses possibilités. Madame G va-t-elle maintenir la confiance qu'elle a acquise en SSR ? Comment va-t-elle gérer ses états anxieux en lien avec ses chutes en dehors du cadre du SSR ?

La poursuite du travail en psychomotricité au domicile de la personne âgée suite à une hospitalisation en SSR est parfois pertinente. En effet, certains objectifs en psychomotricité peuvent être atteints dans une prise en charge courte. Cependant, la continuité des séances de

psychomotricité est plus adaptée pour favoriser le maintien à domicile sur le long terme. Cependant la prise en charge hospitalière est de courte durée et **ne permet pas la continuité des séances**.

S'il était question de poursuite ou non de suivi psychomoteur au domicile de Monsieur M, je dirais que ce suivi à domicile est pertinent. Cet accompagnement permettrait à Monsieur M de poursuivre les progrès qu'il a réalisés en séance de psychomotricité en SSR. Cependant cela n'est pour le moment pas envisageable dans la mesure où Monsieur M n'accepte pas d'aide à domicile.

Concernant Madame G, la réalisation d'une réévaluation de sa situation à domicile suite à laquelle un suivi en psychomotricité serait mis en place me semble adapté.

Au-delà d'une prévention de la chute sur une courte durée, les patients ont parfois besoin de poursuivre une **prise en charge préventive de la chute quotidiennement**. C'est le cas de Madame G, réalisant déjà des séances de kinésithérapie à domicile du fait de chutes à répétition. Il est possible de solliciter un psychomotricien libéral intervenant à domicile pour Madame G, cependant ses ressources financières ne le permettent pas. En effet, le **financement des séances de psychomotricité à domicile constitue une limite conséquente** au suivi d'une personne âgée en pluridisciplinarité.

B. Des travaux en faveur d'une coordination entre la ville et l'hôpital :

1. Développement d'équipes intervenants à domicile :

Dans le cadre du Projet Régional de Santé financé par l'ARS, certaines équipes intervenants à domicile ont pu se développer. Actuellement, les objectifs du Projet Régional de Santé 2018-2023 visent à mieux repérer et prévenir la perte d'autonomie ainsi qu'à développer des parcours de santé coordonnés pour les personnes âgées.

Ces types de structures permettent aux personnes âgées d'avoir des soins préventifs du vieillissement ou d'une maladie à domicile. Tous ces services sont **partiellement voire entièrement remboursés** par la sécurité sociale et le conseil départemental.

Le **Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)** est une association du Service d'Aide A Domicile (**SAAD**) et du Service de Soins Infirmiers A Domicile (**SSIAD**). Des infirmiers collaborent avec des professionnels formés aux soins d'accompagnement et de

réhabilitation : Assistants de Soins en Gérontologie (ASG), ergothérapeutes et parfois des psychomotriciens. Ils ont l'obligation de créer des partenariats avec les consultations mémoire, les médecins traitants, les réseaux de santé, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA).

Les Plans Alzheimer ont permis le développement d'**Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)**. Dans le même principe, le Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 a permis de renforcer et d'adapter l'intervention des SSIAD et des SPASAD aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives. De-là sont créées de **équipes spécialisées Maladies Neurodégénératives (MND)**, comme les **Equipes Spécialisées de Prévention et de Réadaptation à Domicile (ESPRAD)** qui interviennent également à domicile pour les personnes faisant des chutes à répétition ou étant à haut risque de chute. Elles sont composées de psychomotriciens, d'ergothérapeutes et d'ASG. Il y a plusieurs séances, sur prescription du médecin généraliste, spécialiste ou de la consultation mémoire, qui sont financées par l'assurance maladie dans le cadre du forfait annuel du SSIAD.

Les **Centres Ressources pour personnes âgées** peuvent également intervenir au domicile de personnes âgées pour réaliser des soins préventifs du vieillissement ou du début de l'évolution d'une pathologie neurodégénérative. Mon expérience de stage dans cette structure m'a permis de participer à diverses séances auprès de personnes âgées en prévention primaire et secondaire. L'équipe est composée d'une psychomotricienne, d'un ergothérapeute, d'une diététicienne, d'une psychologue et d'une coordinatrice. L'objectif est de mobiliser les capacités restantes du sujet pour améliorer son autonomie dans la vie quotidienne, d'adapter son environnement et de préserver sa vie sociale. Le Centre Ressources propose aussi un accompagnement psychologique à l'aidant.

La psychomotricienne pratiquait des séances groupales dont l'objectif était centré sur la prévention de la chute qu'elle soit en prévention primaire ou secondaire. Elle réalisait également des ateliers « relevés du sol ». Le patient est acteur dans son travail préventif de la chute. Ce travail favorise également l'épanouissement du sujet par l'extériorisation de ses difficultés et la socialisation.

Le dispositif Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (**PAERPA**) dans certains territoires permet de renforcer la coordination des soins de la personne âgée. Il peut en découler un Plan Personnalisé de Santé. Il y a d'abord un repérage des principaux facteurs

d'hospitalisation : dépression, chute, problèmes liés aux médicaments. Il y a ensuite une optimisation de la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée. Ce dispositif permet de renforcer le maintien à domicile, d'améliorer la coordination des intervenants et des interventions, d'améliorer l'observance thérapeutique, de sécuriser la sortie d'hospitalisation et d'éviter les hospitalisations inutiles.

2. Le plan « Ma santé 2022 » en construction :

A l'échelle nationale, le plan « Ma Santé 2022 » a été annoncé par le président de la République en 2018. L'objectif de ce plan est de favoriser la collaboration entre les différents professionnels de santé dans les démarches de soins des patients. **Les soignants de l'hôpital et ceux de la ville se rassembleront autour de projets de santé adaptés.** Ce plan favorise les actions de prévention et de maintien à domicile des personnes âgées. Pour cela, des **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** vont se rassembler et couvrir le territoire. Des postes de médecins généralistes vont se mettre en place en « exercice partagé » entre le domicile et l'hôpital ainsi que de nombreux assistants médicaux (Ministère des Solidarités et de la Santé, s. d.).

Plusieurs **CPTS** se mettent actuellement en place pour ce plan de santé. Elles peuvent intervenir avec des réseaux partenaires en sortie de SSR dans le cadre de la prévention des chutes. L'objectif est que les différents professionnels travaillent ensemble sur une problématique spécifique avec des coordinateurs, des assistants médicaux etc. Actuellement, beaucoup d'équipes se centrent sur la récupération de la personne âgée post-COVID 19 mais cela se réalise également pour la prévention des chutes.

CONCLUSION GENERALE :

L'illustration théorique du vieillissement permet de constater d'importantes répercussions sur le plan psychomoteur, pouvant être majorées par un vieillissement pathologique. La chute, problème de santé majeur, est conséquente au vieillissement et ses complications peuvent menacer le maintien à domicile du sujet âgé. La chute nécessite de bénéficier d'un travail de prévention pluridisciplinaire.

Comme exposé dans les études de cas, le psychomotricien a toute sa place dans ce projet de soins. Il permet le maintien des capacités psychocorporelles préservées du sujet âgé et la réadaptation des fonctions psychomotrices perturbées par le traumatisme physique et psychique de la chute. Le psychomotricien est habilité à aider la personne à gérer ses difficultés psychiques par la médiation corporelle à tous stades de prévention.

J'ai illustré la prévention de la chute en SSR mais ce travail est réalisable dans d'autres structures gériatriques. Le cadre du SSR m'a interpellé en termes de temporalité de prise en charge et de nécessité de faire du lien avec le domicile.

Depuis le plan Alzheimer en 2009, la présence des psychomotriciens augmente dans les services de gériatrie en établissement et à domicile. Des enveloppes budgétaires englobent la présence obligatoire de psychomotriciens dans certains services (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, Unité d'Hébergement Renforcé, ESA, Equipes spécialisées MND). La psychomotricité fait de plus en plus ses preuves auprès de la population âgée. La poursuite de la prise en charge psychomotrice préventive des chutes en sortie de SSR serait bénéfique au maintien de la personne âgée à domicile. Néanmoins, l'intervention du psychomotricien à domicile reste limitée en termes de champs d'action et de temps d'intervention.

Pour les ESA par exemple, selon le cahier des charges, le psychomotricien a pour rôle l'évaluation multi dimensionnelle des situations puis délègue l'accompagnement aux ASG pour quinze séances. Il en est de même pour les Equipe Spécialisées MND. L'idéal serait un relais vers une prise en soin par un psychomotricien libéral intervenant à domicile après la prise en charge des ESA, des équipes spécialisées MND ainsi que des services de SSR. Cependant, la réalité financière rend ce relais quasi impossible de façon systématique. En effet, dès lors que la personne âgée perd en autonomie, l'accompagnement nécessaire à son maintien à domicile est souvent coûteux. La psychomotricité n'étant pas prise en charge contrairement à la kinésithérapie et à l'orthophonie, l'accès au soin est limité. Cela questionne dès lors que l'on a conscience du bienfait de la psychomotricité dans le maintien de l'autonomie de la personne âgée et de la volonté actuelle de l'Etat de favoriser le maintien à domicile.

BIBLIOGRAPHIE :

- Albaret, J.-M., & Aubert, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. deboek supérieur.
- Barnich, L., & Removille, C. (2019). Les séniors en institution. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*. Dunod.
- Berndt, S. (2015). « *Depuis ça c'est plus pareil !* » *Réflexions sur la pratique psychomotrice auprès de personnes âgées chuteuses* [Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien]. Université Claude-Bernard.
- Besdine, R. (2019). *Présentation du vieillissement*. Manuels MSD pour le grand public.
<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/le-vieillesse>
- Chaumont, V. (1997). La chute chez le sujet âgé : Approche psychomotrice. *EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES*, 9(35), 9-15.
- Coeman, A., & Raulier H de Frahan, M. (2004). *De la naissance à la marche : Le développement psychomoteur de l'enfant tel que présenté dans les formations pour les psychomotriciens et le personnel de la petite enfance*. ASBL Étoile d'herbe.
- Collège des Enseignants de Neurologie. (2016). *Sémiologies des ataxies, des troubles de la marche et des dysarthries*. <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/s%C3%A9miologie-analytique/syndrome-myogène-myopathique/syndrome-myog%C3%A8ne-myopathique-0>
- DGOS. (2020). *Soins de suite et de réadaptation—SSR*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
- HAS. (2009). *Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf

- Innocent-Mutel, D. (2015). *Place du psychomotricien dans la prévention de la chute du sujet âgé. Les entretiens de Bichat.*
- Institut du Cerveau. (2014). *Nouvelles avancées sur les ataxies cérébelleuses.*
<https://institutducerveau-icm.org/fr/actualite/3-nouvelles-avancees-sur-les-ataxies-spinocerebelleuses/>
- Juhel, J. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée.* Chronique sociale.
- Larbi, K., & Roy, D. (2019, juillet 17). *4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050—Insee Première—1767.* INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
- Larousse. (s. d.). *Définitions : Temporalité - Dictionnaire de français Larousse.*
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temporalit%C3%A9/77227>
- Lepage, S., Gillain, S., & Petermans, J. (2012). Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) : Une entité clinique encore méconnue. *Rev Med Liège*, 67(2), 75-80.
- Luyat, M., Domino, D., & Noel, M. (2008). *Surestimer ses capacités peut-il conduire à la chute ? Une étude sur la perception des affordances posturales chez la personne âgée.* *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement ; 6 (4) : 287-297.*
- Mahuzier, A., Yvonnet, K., & Hoeltzel, S. (1997). Le bilan géronto-psychomoteur : La situation de test et ses limites. *EVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES*, 9(35), 3-9.
- Manckoundia, P., Mourey, F., Tavernier-Vidal, B., & Pfitzenmeyer, P. (2007). Syndrome de désadaptation psychomotrice. *La Revue de Médecine Interne*, 28(2), 79-85.
<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2006.09.026>
- Matot, J.-P. (2002). *L'âge et le principe de plaisir de Gouès.* <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2002-2-page-181.htm>
- Messy, J. (1992). LE MIROIR BRISE. In *La personne âgée n'existe pas* (p. 10-74). Payot et Rivages.
- Meurin, B. (2018). *L'axe corporel comme point d'appui postural, représentatif et émotionnel.*

- Miermon, A., Benois-Marouani, C., & Jover, M. (2015). Le développement psychomoteur. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité, les concepts fondamentaux*. Deboeck supérieur.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (s. d.). *Ma santé 2022 : Un engagement collectif*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
- Navarro Ocampo, G., Bréjard, V., & Bonnet, A. (2017). La chute chez le sujet âgé : De l'impact psychologique au travail psychique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(97), 42-50. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.02.003>
- Nkodo Mekongo, Y.-P., De Breucker, S., Delvaux, N., & Pepersack, T. (2007). La peur de chuter et le « syndrome post-chute » de la personne âgée. *Rev Med Brux*, 28, 27-31.
- OMS. (2018). *Vieillesse et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Paillard, T. (2016). *Posture et équilibration humaines*. De Boeck Supérieur.
- Personne, M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Psychologie et psychomotricité des accompagnements*. Érès.
- Ponton, G. (2019). La prévention des chutes du sujet âgé, un avenir pour les psychomotriciens. In *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. Dunod.
- Portail National de la Silver Economie. (2017). *Chute de la personne âgée : Causes, conséquences et prévention*. <https://www.silvereco.fr/chute-de-la-personne-agee-causes-consequences-et-prevention/3187245>
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2015). Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 161-199). Deboeck Supérieur.
- Roos, C. (2008). Des chutes en abîme, une chute en cache une autre... *Champ psychosomatique*, n° 49(1), 95-112.

- Roux, J., & Brandily, A. (2019). Indications de la psychomotricité au domicile. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (Dunod).
- Soleymani, D., Berrut, G., & Campéon, A. (2018). Promouvoir la participation sociale des personnes âgées. *Santé Publique France, La santé en action*(443), 8-10.

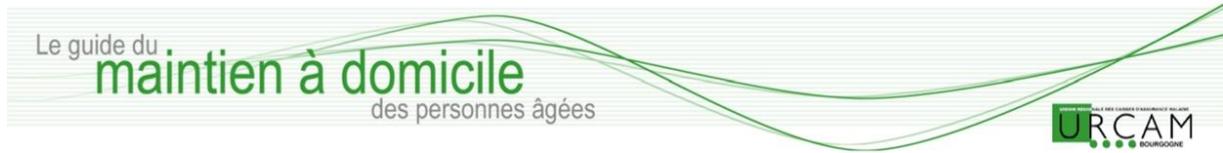
Table des matières

REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	6
PREMIERE PARTIE	8
I. LA PERSONNE AGEE : DU VIEILLISSEMENT NORMAL AU VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE.	8
A. Définitions préalables et enjeu du maintien à domicile :	8
1. Définition de la personne âgée :	8
2. Définition du vieillissement :	8
3. L'autonomie comme enjeu :	9
B. Le vieillissement normal :	10
1. Sur le plan fonctionnel :	10
a. La sénescence au niveau musculaire :	10
b. La sénescence au niveau squelettique :	10
c. La sénescence au niveau cardiorespiratoire :	11
d. La sénescence sur d'autres aspects :	11
2. Sur le plan sensoriel :	11
a. La vue :	11
b. L'audition :	11
c. Le toucher :	11
d. Le système vestibulaire :	12
e. La proprioception :	12
3. Sur le plan cognitif :	12
4. Retentissement du vieillissement sur le plan psychosocial :	13
a. Importance de la situation sociale :	13
b. Sur le plan identitaire et psychologique :	14
c. Lorsque le narcissisme devient pathologique : troubles comportementaux	15
C. Le vieillissement pathologique :	15
1. Définition :	15
2. Les fréquentes maladies neurodégénératives :	16
3. L'ataxie spinocérébelleuse : une pathologie neurodégénérative rare	17
a. Généralités sur l'ataxie :	17
b. Mode de transmission et âge d'entrée de l'ataxie spinocérébelleuse (SCA) :	17
c. Symptomatologie de l'ataxie spinocérébelleuse :	17
d. Particularité de l'ataxie spinocérébelleuse de type 7 :	18
e. Impact de l'ataxie spinocérébelleuse sur le vieillissement :	18
II. LA PERSONNE AGEE : ENTRE EQUILIBRE ET CHUTE	19
A. Description de l'équilibre :	19
1. Définitions :	19
a. Définitions préalables de l'équilibre, la posture et le mouvement :	19
b. Définition de la fonction d'équilibration :	20
2. Intégration sensorielle :	20
a. La vue :	20
b. La sensibilité cutanée :	21
c. Le système vestibulaire :	21
d. La proprioception :	21
3. Implication du système cognitif :	21
4. Les stratégies posturo-motrices :	22
B. Vieillesse et équilibre :	23

1.	Le vieillissement du système d'équilibration :.....	23
2.	La compensation posturo-motrice des personnes âgées :.....	24
C.	Lorsque la chute survient :	25
1.	Définition et données épidémiologiques :.....	25
2.	Facteurs de risques :.....	25
a.	Les facteurs prédisposants :.....	26
a. 1.	Facteurs liés au vieillissement normal :.....	26
a. 2.	Facteurs médicaux :.....	26
a. 3.	Facteurs iatrogènes :.....	26
a. 4.	Facteurs psychologiques :.....	27
b.	Facteurs précipitants :.....	27
b. 1.	Facteurs environnementaux :.....	27
b. 2.	Evénements lors de la chute :.....	27
3.	Les différents sens et symboles de la chute :.....	27
4.	Les conséquences de la chute :.....	28
a.	Sur le plan physique :.....	28
b.	Sur le plan psychique :.....	29
b. 1.	La chute : rupture dans l'existence du sujet.....	29
b. 2.	La chute comme perte :.....	30
b. 3.	La chute et ses angoisses :.....	30
c.	Sur le plan psychomoteur : l'exemple du Syndrome de Désadaptation Psychomotrice	31
c. 1.	Le syndrome de désadaptation psychomotrice : une problématique complexe	32
c. 2.	La symptomatologie du syndrome de désadaptation psychomotrice :.....	33
III.	INSCRIPTION DU TRAVAIL DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LA PRISE EN CHARGE	
	PLURIDISCIPLINAIRE DE LA PREVENTION DE LA CHUTE :	34
A.	Les trois types de prévention de la chute :	34
B.	Différents professionnels intégrant la prise en charge préventive de la chute :	35
C.	La place du psychomotricien dans la prévention de la chute de la personne âgée : ..	36
1.	Le bilan psychomoteur :.....	36
2.	Items psychomoteurs intervenants dans l'équilibre : différents axes de travail possibles .	37
a.	La régulation tonique :.....	37
b.	L'axe corporel :.....	38
c.	Les coordinations et les dissociations :.....	39
d.	Le schéma corporel et l'image du corps :.....	40
e.	L'orientation spatio-temporelle :.....	41
3.	Notion d'équilibre psychocorporel :.....	42
	CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE :	44
	DEUXIEME PARTIE.....	45
I.	PRESENTATION DES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR) :	45
A.	Généralités :	45
B.	La temporalité de la prise en charge :	46
C.	Différents types de SSR :	47
1.	Le SSR gériatrique :.....	47
2.	Le SSR neurologique :.....	47
II.	LE PSYCHOMOTRICIEN EN SSR :	49
A.	Le rôle du psychomotricien en SSR auprès de la personne âgée :	49
1.	Une définition du métier de psychomotricien :.....	49
2.	Les indications en psychomotricité auprès de la personne âgée :.....	49
3.	Les médiations du psychomotricien en SSR :.....	50
B.	Les modalités d'intervention du psychomotricien en SSR :	52
1.	Le bilan et l'élaboration d'un axe de travail :.....	52

a.	Au sein du SSR gériatrique :	52
b.	Au sein du SSR neurologique :	52
2.	Les prises en charge : groupales et individuelles.....	52
3.	Mon évolution au cours des stages :	53
a.	Dans le SSR neurologique :	53
b.	Dans le SSR gériatrique :	54
III.	ETUDES DE CAS :	55
A.	En SSR neurologique : Monsieur M	55
1.	Présentation et anamnèse de Monsieur M :	55
a.	Contexte d'hospitalisation :	55
b.	Éléments d'anamnèse :	55
c.	Bilan neurologique :	56
2.	Prise en charge de Monsieur M :	57
a.	Prise en charge pluridisciplinaire de Monsieur M en SSR :	57
b.	Rencontre avec Monsieur M :	57
c.	Évaluation psychomotrice :	57
d.	Axes de travail et objectifs des séances de prévention de la chute :	60
3.	Observations et analyses cliniques :	60
a.	Le vécu de l'évolution de la maladie et du vieillissement de Monsieur M :	60
b.	La gestion des capacités d'équilibration de Monsieur M :	62
4.	Conclusion de la prise en charge de Monsieur M :	65
B.	En SSR gériatrique : Madame G	66
1.	Présentation et anamnèse de Mme G :	66
a.	Contexte d'hospitalisation :	66
b.	Bilan médical d'entrée :	66
c.	Anamnèse de Madame G :	67
2.	Prise en charge de Madame G :	67
a.	Projet de soins mis en place par le médecin :	67
b.	Rencontre avec Madame G :	68
c.	Évaluation psychomotrice :	69
3.	Observations et analyses cliniques :	71
a.	Le vécu du vieillissement et des chutes de Madame G :	71
b.	La gestion des capacités d'équilibration en séance de psychomotricité :	73
4.	Conclusion de la prise en charge de Madame G :	76
IV.	LIMITES DU TRAVAIL DU PSYCHOMOTRICIEN EN SSR ET PERSPECTIVES DE PRISE EN	
	CHARGE DE LA PERSONNE AGÉE A DOMICILE :	77
A.	Les limites du psychomotricien en SSR :	77
1.	La pratique psychomotrice en SSR :	77
2.	Réflexions autour du besoin d'accompagnement de la personne âgée à son retour à domicile :	78
B.	Des travaux en faveur d'une coordination entre la ville et l'hôpital :	79
1.	Développement d'équipes intervenants à domicile :	79
2.	Le plan « Ma santé 2022 » en construction :	81
	CONCLUSION GENERALE :	82
	BIBLIOGRAPHIE :	83

ANNEXE 2 : le test TINETTI



► Le Test de Tinetti

Le test ou score de Tinetti est un moyen simple, reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées dans le tableau ci-après. L'interprétation est expliquée après le tableau.

Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :		<input type="checkbox"/>
1. Equilibre assis sur la chaise	0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable	
On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :		<input type="checkbox"/>
1. Se lever	0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras	
2. Tentative de se lever	0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai	<input type="checkbox"/>
3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes)	0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique	<input type="checkbox"/>
Test de provocation de l'équilibre en position debout :		<input type="checkbox"/>
4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints	0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable	
6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises)	0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'agrippe, et se stabilise 2 = stable	<input type="checkbox"/>
7. Yeux fermés	0 = instable 1 = stable	<input type="checkbox"/>
Le patient doit se retourner de 360° :		<input type="checkbox"/>
8. Pivotement de 360°	0 = pas discontinus 1 = pas continus	
9. Pivotement de 360°	0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable	<input type="checkbox"/>

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur) :	
10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ 0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation	<input type="checkbox"/>
11. Longueur du pas : le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	<input type="checkbox"/>
12. Hauteur du pas : le pied droit balance 0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol	<input type="checkbox"/>
13. Longueur du pas : le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	<input type="checkbox"/>
14. Hauteur du pas : le pied gauche balance 0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol	<input type="checkbox"/>
15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique	<input type="checkbox"/>
16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	<input type="checkbox"/>
Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m) 0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique	<input type="checkbox"/>
Stabilité du tronc 0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet	<input type="checkbox"/>
Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche	<input type="checkbox"/>
Le patient doit s'asseoir sur la chaise :	
17. S'asseoir 0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier	<input type="checkbox"/>
SCORE MAXIMUM = 28 points	

Interprétation :

Total inférieur à 20 points : risque de chute très élevé
 Total entre 20-23 points : risque de chute élevé
 Total entre 24-27 points : risque de chute peu élevé, chercher une cause comme une inégalité de longueur des membres
 Total à 28 points : normal

ANNEXE 3 : dessin du bonhomme de Madame G

