



**HAL**  
open science

**L'attachement chez la personne âgée en EHPAD.  
Réflexion sur l'accompagnement du psychomotricien,  
particulièrement en période de crise sanitaire**

Marie Fredon

► **To cite this version:**

Marie Fredon. L'attachement chez la personne âgée en EHPAD. Réflexion sur l'accompagnement du psychomotricien, particulièrement en période de crise sanitaire. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03285573

**HAL Id: dumas-03285573**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03285573>**

Submitted on 13 Jul 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.

# UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

## Institut de Formation en Psychomotricité

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

### *L'attachement chez la personne âgée en EHPAD*

Réflexion sur l'accompagnement du psychomotricien,  
particulièrement en période de crise sanitaire

**Marie FREDON**

Née le 20 novembre 1998 à Bruges (33)

Directrice de mémoire : Delphine MASCLEF

Juin 2021

# REMERCIEMENTS

Un grand merci aux professionnels rencontrés durant mes stages : Clémentine, Béatrice, Morgane, Raphaëlle, Nathalie, Fanny ; qui ont su me guider et m'apporter toutes les connaissances dont je dispose aujourd'hui. Merci tout particulièrement à Delphine, ma directrice de mémoire, pour sa bienveillance. Ses relectures et ses précieux conseils n'ont fait que forger ma réflexion.

Je remercie l'ensemble de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux, équipe pédagogique et enseignants, pour leur accompagnement sans relâche durant ces trois années de formation.

Merci aux enfants et aux personnes âgées que j'ai pu rencontrer au cours de mes stages pour leur confiance accordée. Sans eux, je n'aurais pu découvrir la richesse du métier de psychomotricien.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amis pour leur soutien indéfectible tant dans les moments de joie que de doutes.

Merci de m'avoir permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui.

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	
SOMMAIRE.....	
AVANT-PROPOS.....	
INTRODUCTION.....	1
<b>PARTIE 1 : Attachement et psychomotricité en EHPAD.....</b>	<b>3</b>
A. L'attachement chez la personne âgée en EHPAD .....	3
a) Théorie de l'attachement.....	3
b) Le vieillissement : le temps des changements.....	11
c) La vie en EHPAD .....	17
d) L'attachement chez la personne âgée .....	25
B. La psychomotricité dans l'accompagnement de l'attachement chez la personne âgée .....	33
a) La spécificité du psychomotricien en EHPAD.....	33
b) Les outils du psychomotricien dans le soutien de l'attachement.....	36
<b>Partie 2 : L'attachement chez la personne âgée en période d'épidémie de Coronavirus (COVID-19) .....</b>	<b>50</b>
A. L'impact de la crise sanitaire dans la vie en EHPAD.....	51
a) Un chamboulement dans l'organisation de l'EHPAD .....	51
b) Les impacts.....	52
B. L'accompagnement du psychomotricien au sein de l'EHPAD durant la crise ..	56
a) Etude de cas : Madame S. ....	56
b) Etude de cas : Madame R. ....	65
DISCUSSION.....	75
CONCLUSION .....	79
BIBLIOGRAPHIE.....	80
ANNEXES.....	84
TABLE DES MATIERES .....	89

## AVANT-PROPOS

---

*Madame R. est assise sur une chaise dans le couloir, le regard vide et le visage peu expressif. Je lui demande comment elle va.  
Elle me répond « Vous savez, c'est difficile de faire croire qu'on va bien quand ça ne va pas à l'intérieur, et qu'on n'a personne à qui se confier »*

---

## INTRODUCTION

Le temps de la vieillesse est marqué par son lot de changements, de peur, de deuils, de réorganisations et de renouveau. L'arrivée dans le « grand âge » peut être vécue comme un nouveau départ, un temps consacré au moment présent.

Mais l'individu peut aussi y voir l'approche d'une fin inévitable, celle qui nous attend tous.

L'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) inscrit la personne âgée dans un nouveau temps, celui de la vie en collectivité. C'est un changement total qui s'opère dans l'histoire du sujet, qui va bien au-delà d'un simple déménagement. La personne doit s'adapter à un mode de vie qui n'est plus le sien, à de nouvelles habitudes et construire de nouveaux repères. Devenir dépendant de l'autre peut inscrire la personne âgée dans une vulnérabilité et un sentiment d'insécurité.

C'est sur cette base que mon questionnement a commencé à émerger. Je me suis d'abord intéressée aux liens d'attachement chez l'enfant. Si le nouveau-né exprime des besoins d'attachement dès la naissance, c'est bien parce qu'il est dépendant de son parent et qu'il ne peut survivre sans lui.

Alors je m'interroge : qu'en est-il de la personne âgée lorsqu'elle devient dépendante d'autrui ? Exprime-t-elle des besoins d'attachement ? Peut-elle créer de nouveaux liens au sein d'un EHPAD ?

Face à ces questionnements, j'ai décidé de réaliser mon stage de troisième et dernière année de formation au sein d'un EHPAD. Mon stage se déroule tous les jeudis depuis le mois de janvier 2021.

Durant ce stage, je me suis intéressée aux enjeux relationnels de la personne âgée lorsque celle-ci vit dans un établissement, éloignée de sa famille. Je me suis également questionnée sur la place du psychomotricien dans l'accompagnement des résidents. Peut-il lui-même répondre aux besoins d'attachement de la personne âgée ? Face à l'insécurité d'un résident, comment et par quels outils vient-il soutenir les besoins relationnels ?

C'est au cours de l'échange avec Madame R. (cf. avant-propos), une résidente de l'établissement dans lequel je suis en stage, que mon raisonnement et le désir d'écrire ce mémoire sur l'attachement est né. Pourquoi cette dame, qui exprime un mal-être, me dit se sentir seule et n'avoir « personne à qui se confier » ? N'a-t-elle pas construit des liens d'attachement au sein de l'EHPAD ? Ou est-ce le contexte d'isolement en chambre qui renforce un sentiment de solitude chez Madame R. ?

Effectivement, mon stage s'est déroulé dans un contexte particulier, celui de la crise sanitaire liée à la COVID-19. Au mois de décembre 2020, l'établissement est contraint d'isoler les personnes âgées en chambre et de suspendre les visites familiales, car certains résidents ont été testés positifs à la COVID-19. J'ai pu faire face à une vie en EHPAD complètement chamboulée par les restrictions sanitaires.

Il me paraît important d'aborder ce sujet dans mon écrit, d'une part parce que je n'ai connu que cette situation sur mon lieu de stage, et d'autre part car le contexte d'isolement vient impacter directement la sphère sociale et relationnelle d'une personne. Nous vivons tous un temps où nous sommes contraints d'être éloignés de nos proches. Et donc, s'intéresser à l'attachement, c'est aussi s'intéresser à l'impact de l'isolement social dans la vie de la personne âgée en EHPAD. Face à cette situation d'insécurité générale, les besoins d'attachement du résident ne sont-ils pas doublement réactivés ?

Ainsi, au fil de ma réflexion, une double problématique émerge :

*« Comment le psychomotricien vient-il soutenir l'attachement chez la personne âgée en EHPAD ? »*

Et

*« Comment s'adapte-il en période de crise sanitaire pour répondre aux besoins d'attachement du résident ? »*

Afin d'exposer ma réflexion, le plan sera décomposé en deux parties. La première partie abordera la question autour de l'attachement chez la personne âgée, en s'appuyant sur la théorie de l'attachement chez l'enfant. Nous verrons également l'ensemble des réorganisations de vie chez l'individu au temps de la vieillesse. Enfin, nous analyserons le travail du psychomotricien au sein d'un EHPAD et tenterons de répondre à la première question.

La deuxième partie portera sur les conditions de vie en EHPAD au temps de la crise sanitaire, et les répercussions chez le sujet âgé. Cette partie tentera de répondre à la deuxième question, en s'appuyant sur deux études de cas.

Tout au long de l'écrit, j'étais mes propos avec plusieurs vignettes cliniques.

# PARTIE 1 : Attachement et psychomotricité en EHPAD

## A. L'attachement chez la personne âgée en EHPAD

### Définitions :

D'après la définition du Larousse, « *L'attachement est un sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose.* »

Parler d'attachement, c'est parler des relations affectives d'une personne vers une autre personne. Observer comment ce lien se crée, s'adapte et évolue.

L'humain est un être vivant en société, sans laquelle il ne pourrait subvenir à ses besoins.

D. WINNICOTT disait « *Un bébé seul, ça n'existe pas* ». Pour reprendre cette analogie, nous pourrions généraliser et dire « *Un humain seul, ça n'existe pas* ». La vie d'une personne est faite d'un ensemble de rencontres, de relations et de ruptures qui participent à la construction de l'individu.

### *a) Théorie de l'attachement*

D'après J. BOWLBY, « *L'attachement est actif tout au long de la vie* ». A la lumière de cela, compte tenu de la réflexion menée dans cet écrit, il semble indispensable de s'intéresser de plus près à la théorie de l'attachement. Elle sert de base à l'étude des comportements d'attachement chez la personne âgée.

#### 1. Histoire :

La théorie de l'attachement est née dans un contexte historique de guerre, au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, en lien avec les séparations, pertes, deuils et carences relationnelles. C'est en étudiant les différents aspects de l'attachement et son fonctionnement dans le lien mère-enfant que cette théorie apparaît.

Dans les années 1930, le biologiste et éthologue K. LORENZ décrit le « phénomène d’empreinte » suite à des expériences chez les oies. Ce phénomène se produit à un stade précis de sa vie où le petit animal s’identifie à un autre être vivant et a tendance à le suivre. Il s’imprègne de l’image de ses congénères.

H. HARLOW étudie l’éthologie et les comportements chez les primates. Il remarque des lacunes dans les relations sociales si le singe a été isolé de 6 à 12 mois. En situation de danger, les petits s’agrippent à leur mère. Il note l’importance d’un attachement et d’une empreinte tendre et douce pour un bon développement.

Dès 1945, R. SPITZ, psychiatre et psychanalyste, définit l’hospitalisme comme « *l’ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère, survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les 18 premiers mois de la vie* ». Privé de la mère, l’enfant ne peut vivre.

En s’appuyant sur ces différents travaux axés sur les carences relationnelles précoces, J. BOWLBY pose les bases de la théorie de l’attachement. Pour lui, l’attachement est un besoin humain primaire et inné. Du fait de son immaturité à la naissance, le bébé est dans un rapport de dépendance vis-à-vis de l’autre. Par conséquent, en situation de danger ou de détresse, le bébé cherche à rétablir la proximité avec ses figures d’attachement (les personnes qui s’occupent du bébé). « *L’attachement du bébé à sa figure d’attachement a pour base un équipement comportemental constitué par un nombre déterminé de « réponses instinctives » qui l’orientent vers la figure d’attachement* » (Tereno et al., 2007).

L’attachement est un besoin relationnel indispensable à la survie de l’être, au même titre que les besoins alimentaires et de sommeil.

## 2. Naissance du lien :

C’est durant la grossesse que les premières interactions mère-enfant apparaissent. Par les différents mouvements du fœtus, la mère prend conscience d’un être séparé qui se développe dans son corps : c’est le début de l’attachement entre les deux.

La naissance marque une page importante dans la vie de la mère, il s’agit de la confrontation avec son bébé imaginé. Une relation privilégiée s’installe entre la mère et l’enfant.

Au niveau biologique, on observe une augmentation importante du taux d’ocytocine (l’hormone du lien et de l’amour) dans le sang de la mère.

Cette hormone est également sécrétée durant l'allaitement et tous les contacts peau à peau. « Il a été montré qu'en favorisant les contacts mère-enfant dès la naissance et en continu, on améliore l'attachement mère-enfant (au sens de bonding ou attachement maternel) » (Saive & Guédeney, 2010).

L'attachement se consolide dans les interactions autour des soins apportés au bébé. De plus, les soins et les différentes réponses qu'il reçoit participent à la construction de sa personnalité et de son Moi.

Lorsque la personne qui s'occupe de l'enfant n'est pas disponible pour répondre aux besoins de l'enfant, celui-ci va activer des comportements d'attachement.

### 3. Les comportements d'attachement :

Les comportements d'attachement consistent à rétablir ou maintenir la proximité physique avec la figure d'attachement en cas d'alarme ou de détresse du bébé. Ce système s'active en fonction de différents facteurs internes à l'enfant (fatigue, douleur, faim, ...) ou externes liés à l'environnement (présence d'étrangers, solitude, ...). En fonction de ces divers facteurs, l'enfant exprime différents comportements, différentes émotions (pleurs, succion, agrippement, sourire, angoisse, peur, tristesse, colère ...) qui permettent un rapprochement de la figure d'attachement et un possible retour à une sécurité interne et externe.

Il s'agit d'un instinct de survie qui se transformera, au fur et à mesure des réponses, en un réel lien affectif entre les partenaires.

On retrouve différents types de comportement :

- Les comportements aversifs (*aversive behaviors*) : cris, pleurs, permettant à l'adulte d'entendre la détresse de l'enfant et **rétablir** la proximité.
- Les comportements de signalisation (*signaling behaviors*) : babillage, sourire permettant de **maintenir** la proximité avec l'adulte
- Les comportements actifs (*active behaviors*) : agrippement, attraper. Ils apparaissent plus tardivement lorsque l'enfant est plus moteur et peut aller vers l'adulte.

D'après J. BOWLBY, le système d'attachement est donc contextuel et constamment activé tout au long de la vie. Il est « *corrigé en permanence quant à l'objectif à atteindre* ».

#### 4. Le système de caregiving :

*Caregiving* est un mot anglais qui désigne l'action de « prendre soin de ». Celui qui « prend soin de » est appelé *caregiver*. L'objectif de ce système est que « *le parent puisse maintenir ou rétablir une proximité physique et psychologique avec le bébé lorsque celui-ci est en situation de détresse ou d'alarme, afin de répondre à ses besoins et de lui fournir protection* » (Guédeney N&A, 2015). C'est un modèle réciproque à celui de l'enfant, développé par C. GEORGE et J. SOLOMON qui se base sur le modèle du système d'attachement de J. BOWLBY.

Par conséquent, les comportements d'attachement de l'enfant activent le système de *caregiving* du parent. Les comportements de *caregiving* sont l'ensemble des soins apportés à l'enfant, les attentions, les paroles rassurantes, valorisantes qui lui offrent une protection. Au fur et à mesure de la répétition de ces comportements, il y aura une compréhension mutuelle entre les deux partenaires : l'enfant intègre que selon tel comportement, il obtient telle réponse ; et la figure d'attachement intègre que selon tel comportement de l'enfant, celui-ci exprime tel besoin. De plus, l'enfant fait preuve de stratégies d'adaptation : s'il n'obtient pas de réponse sécurisante, il va moduler ses comportements pour tenter d'obtenir une réponse plus adaptée.

Un *caregiving* est dit optimal lorsqu'il répond aux besoins d'attachement de l'enfant et lui fournit une sécurité. M. AINSWORTH énonce les différentes qualités nécessaires au parent pour un caregiving sécurisant :

- Sensibilité : capacité à percevoir les signaux de détresse, à les interpréter correctement et y répondre de façon ajustée
- Coopération : guidance du comportement de l'enfant et non pas contrôle
- Disponibilité : capacité à se tenir en alerte et pouvoir répondre aux signaux si nécessaire
- Acceptation : accepter les émotions positives et négatives du bébé

Lorsque la figure d'attachement répond de manière cohérente, adéquate et prévisible aux besoins d'attachement du bébé, celui-ci retrouve un sentiment de sécurité. Les émotions positives ressurgissent. Il va pouvoir activer son système exploratoire qui lui permet d'entrer dans les apprentissages.

Il est indispensable que les réponses de ses figures d'attachement soient ajustées afin qu'il puisse être dans de meilleures conditions pour développer ses acquisitions.

Effectivement, si le bébé est en détresse permanente, il n'est pas apte à explorer et à découvrir son environnement.

*« A chaque moment du développement, la nature des interactions attachement – caregiving entre le petit et sa ou ses figures d'attachement – sert à compenser et à compléter le manque de compétences motrices, communicationnelles et sociales du petit, de telle sorte que le petit est toujours protégé tandis qu'il cherche à gagner autant d'indépendance que possible pour pouvoir apprendre lui-même les dites capacités » (Marvin, 1999).*

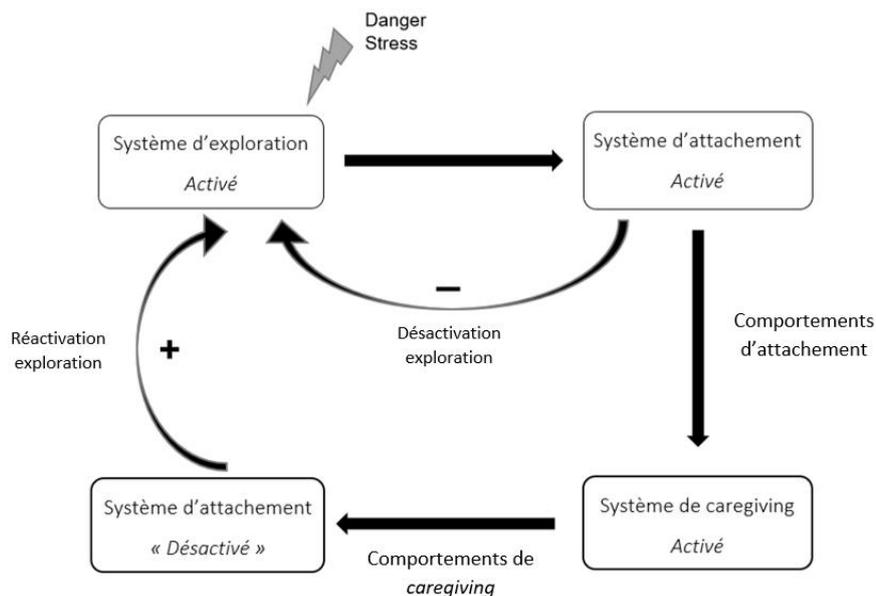
D'après M. AINSWORTH, la sécurité dans l'attachement est définie comme un état de confiance quant à la disponibilité de la figure d'attachement. C'est sur cette base de sécurité que l'enfant va s'appuyer pour explorer le monde qui l'entoure. Il prend conscience qu'il peut compter sur sa figure d'attachement en cas de danger. Cela renforce son sentiment de confiance en soi et d'estime de soi. Il peut dès lors partir dans ses explorations d'abord corporelles et sensorielles, puis tournées vers l'autre et finalement vers le monde extérieur.

A la moindre situation stressante, l'enfant sait qu'il peut s'appuyer et revenir vers sa figure d'attachement qui devient alors havre de sécurité. Cette notion est développée par I. BRETHERTON en 1995.

Le parent joue alors à la fois le rôle de havre de sécurité et à la fois le rôle de base de sécurité dans l'exploration de l'enfant. Se sentir en sécurité n'entraîne pas de dépendance psychologique. Au contraire, pouvoir s'appuyer sur une personne en cas de problème favorise l'autonomie et l'indépendance.

En résumé, en cas de danger ou de stress, l'enfant active son **système d'attachement** ce qui active le **système de caregiving** du parent. L'enfant exprime des **comportements d'attachement** et le parent y répond par des **comportements de caregiving**. Si la réponse est ajustée, le système d'attachement se « désactive », ce qui active le **système d'exploration**.

Ci-dessous un schéma récapitulatif du fonctionnement de l'attachement entre l'enfant et ses figures d'attachement :



## 5. Les Modèles Internes Opérants (MIO) :

J. BOWLBY introduit ce concept en s'inspirant des travaux de C. KENNETH.

Les MIO sont les représentations généralisées et internalisées des relations d'attachement que l'enfant construit au fil des échanges, des interactions et des réponses qu'il reçoit. L'enfant intériorise les relations auxquelles il participe et la régularité des comportements des figures d'attachement.

Dans les comportements de *caregiving*, la quantité prédomine sur la qualité. C'est-à-dire que l'erreur est possible, si elle ne se répète pas. Plus les réponses sont inadaptées, plus l'enfant intègre qu'il ne peut se reposer sur sa figure d'attachement pour retrouver une sécurité. Il internalise les réponses qu'il reçoit majoritairement. Par conséquent, les *caregivers* ont un rôle majeur dans le développement des MIO de l'enfant. D'ailleurs, la façon dont le parent s'occupe de son enfant dépend consciemment et inconsciemment des expériences vécues et de leurs propres relations d'attachement dans l'enfance (Guédeney N&A, 2015).

Les MIO servent de base à l'enfant et vont s'enrichir et évoluer au fil des expériences et de la maturité grandissante. L'enfant construit des représentations de lui-même et des autres qui influencent sa perception et son comportement durant toute son existence. Les interactions avec ses figures d'attachement sont les premières représentations mentales relationnelles qu'il construit. Elles vont jouer un rôle fondamental dans la régulation du stress dans des moments de détresse, dans sa manière de traiter ses futures relations et dans la construction de sa personnalité.

En fonction des différents comportements de *caregiving* reçus, chaque enfant réagira de manière différente à une situation stressante. Il existe différents liens d'attachement qui influencent directement la capacité à gérer une situation anxiogène et de ce fait retrouver un sentiment de sécurité.

## 6. Les différents types d'attachement :

M. AINSWORTH, une psychologue canadienne, s'appuie sur les travaux de J. BOWLBY pour s'intéresser au lien étroit entre le système d'attachement et le système exploratoire. Elle met en place un outil d'évaluation permettant de mesurer l'attachement chez l'enfant : la « *Situation étrange* ». La *Situation* comprend huit épisodes comprenant des séparations et retrouvailles avec la figure d'attachement, ainsi que des apparitions d'un adulte étranger dans la pièce.

Suite à ces expériences, M. AINSWORTH et son équipe relèvent trois types de schèmes d'attachement différents en fonction des réactions suscitées chez les enfants :

- L'attachement sécure : « *se reflète par l'utilisation active et la confiance de l'enfant envers la figure d'attachement pour réguler ses émotions* » (Sroufe & Waters, 1997). L'enfant se sert de sa figure d'attachement comme base de sécurité dans l'exploration. Il est capable de demander de l'aide en cas de besoin et se montre rapidement rassuré. Il exprime du plaisir à la retrouvaille. Il proteste en cas de départ de sa figure d'attachement mais cela n'interfère pas dans l'exploration, il peut retourner jouer. Il peut être rassuré par un étranger (mais nette préférence pour sa figure d'attachement) car il dispose d'une base suffisamment stable et solide. De son côté, la figure d'attachement répond de façon appropriée, rapide et cohérente aux besoins.

- L'attachement insécurité évitant : « Ces bébés n'initient pas activement l'interaction ou la recherche de contact avec la figure d'attachement après la séparation, et les émotions négatives (la colère par exemple) sont exprimées indirectement au travers de l'évitement et de l'absence de réponse » (Tereno et al., 2007). Il y a peu d'échange affectif dans le jeu, peu ou pas de signe de détresse en cas de séparation. La discrimination entre sa figure d'attachement et la figure étrangère est minime. La figure d'attachement, elle, n'apporte peu ou pas de réponse à l'enfant. Elle décourage les pleurs de l'enfant car elle n'y répond pas.
  
- L'attachement insécurité ambivalent/résistant : « se caractérise par une inefficacité à obtenir la sécurité de la part de la figure d'attachement, malgré les efforts répétés pour la solliciter. » (Tereno et al., 2007). L'exploration est pauvre, le bébé pleure souvent même avec la présence du *caregiver* qui ne semble pas le rassurer, ni celle d'un étranger. Ce sont des enfants très stressés et manifestant beaucoup de colère. La figure d'attachement est incohérente dans ses réponses, qui peuvent être appropriées mais aussi inappropriées.

M. MAIN identifie un quatrième schème d'attachement : l'attachement désorganisé/désorienté. L'enfant présente des comportements contradictoires et désorientés, des stéréotypies dans les mouvements et des postures anormales. L'enfant peut rester en retrait ou se figer et il montre des expressions d'appréhension et de peur envers la figure d'attachement. Ces enfants sont incapables de trouver des stratégies d'attachement cohérentes. On observe chez la figure d'attachement des erreurs de communication, des erreurs affectives voire de la maltraitance. « *La figure parentale peut générer la peur et l'appréhension, en mettant l'enfant dans une situation de conflit insoluble, puisque la source d'apaisement est aussi la source de peur, et que l'enfant ne peut simultanément rechercher et fuir sa figure d'attachement* » (Main & Hesse, 1990).

Plus l'enfant est sûr de sa façon d'être et d'organiser ses relations, plus il développera une image positive de lui et pourra anticiper une action positive de la part d'autrui. A travers ces différentes expériences d'attachement, nous constatons le lien entre l'attitude parentale et le comportement de l'enfant.

Selon A. SROUFE, la qualité de l'attachement favoriserait des relations sociales plus harmonieuses, une meilleure acceptation par les pairs et moins de conflits avec eux (Berlin et al., 2008).

Les premiers liens dans l'enfance servent donc de prémices aux différentes relations sociales que l'humain construit tout au long de sa vie. Le développement de l'attachement dans les premières années prédispose la façon de faire et d'être de la personne dans ses interactions.

L'étude de la théorie de l'attachement nous permet de mieux appréhender la façon de comprendre une personne dans ses relations, ses besoins et sa capacité à entrer en communication avec l'autre. La mise en place de notre système d'attachement impacte notre rapport à autrui tout au long de la vie. Dans des moments de vulnérabilités, nos systèmes se réactivent et de cela dépend une partie de nos réactions, notre gestion émotionnelle et notre capacité à nous appuyer sur l'environnement et autrui.

Nous allons nous appuyer sur ces principes de base pour analyser l'attachement chez la personne âgée.

## *b) Le vieillissement : le temps des changements*

### 1. Définition du vieillissement :

La société actuelle fait face à un vieillissement considérable de la population. Selon l'OMS, d'ici 2050, la population mondiale âgée de 60 ans et plus devrait atteindre 2 milliards de personnes, contre 900 millions en 2015. Les conditions de vie et les progrès en médecine évoluent en corrélation avec l'allongement de la durée de vie. En France, l'espérance de vie est de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes en 2019, contre respectivement 82,8 ans et 75,2 en 2000 (selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques).

Le vieillissement de la population nécessite de nouvelles approches en termes de santé et d'accompagnement. D'autant plus que l'espérance de vie sans incapacité a tendance à stagner en raison de la prévalence des maladies chroniques. Les nouvelles maladies et problèmes de santé ne permettent pas d'avoir un aperçu sur les années à venir.

D'après le Larousse, le vieillissement est « *l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge* ». En se basant sur cette définition, il paraît difficile de définir un âge à partir duquel une personne est considérée comme « âgée ». Le vieillissement est avant tout subjectif et propre à chacun. Chaque jour, une personne vieillit, gagne en jour, puis en mois, puis en années. Un enfant de 5 ans n'aura probablement pas la même représentation de la vieillesse qu'une personne de 40 ans.

En revanche, le vieillissement est bien marqué par des modifications physiques, psychiques, sensorielles, affectives et sociales en lien avec une dégradation biologique. On observe des dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Ces dégradations sont variables en fonction des personnes. Le vieillissement n'est pas linéaire ce qui rend de surplus difficile sa définition.

Il existe une différence entre un vieillissement normal et un vieillissement pathologique. Le vieillissement normal ne doit pas être considéré comme une maladie. Dès la naissance, l'humain est prédisposé à vieillir. C.-A. SAINTE-BEUVE disait « *Vieillir est encore le seul moyen qu'on ait trouvé de vivre longtemps* ». L'entrée dans le « grand âge » est une étape inévitable.

Il y a bien un affaiblissement des différentes fonctions chez la personne âgée mais le fait de ramener le vieillissement normal à la maladie renforce « l'âgisme », c'est-à-dire toutes les discriminations envers la personne âgée.

## 2. Le vieillissement normal :

Selon le Larousse, la sénescence est le « *vieillissement naturel des tissus et de l'organisme* ». Il s'agit du vieillissement biologique inévitable qui conduit à petit feu à la mort des cellules. Plus la personne avance dans l'âge, plus ses dégradations cellulaires entraînent des changements corporels, physiologiques et psychologiques.

On observe dans un premier temps un ensemble de changements corporels qui renforce chez une personne son sentiment de vieillir :

- L'apparition des rides et une modification de la texture de la peau : elles sont causées par des modifications des tissus graisseux sous-cutanés et une perte d'élasticité et de tonicité.
- La faible activité des mélanocytes entraîne l'apparition des cheveux gris. La perte de cheveux devient plus importante.

- Une diminution de la taille : l'ostéoporose chez la personne âgée provoque un raccourcissement de la colonne vertébrale. La personne doit alors maintenir son centre de gravité en se penchant en avant et en pliant les genoux. La démarche se voit modifiée.

Ces différents changements corporels sont associés à un ensemble de modifications internes et externes qui impactent l'intégrité corporelle de la personne.

### 2.1. Sur le plan sensoriel :

Les changements physiologiques entraînent une diminution des capacités sensorielles. Elles peuvent être causées par une détérioration de l'organe sensoriel en lui-même ou une dégradation des voies de transmission au niveau du système nerveux.

Les cinq sens (vue, odorat, ouïe, goût et toucher) sont présents dès la naissance et représentent un réel moyen de communication et de renseignement sur l'environnement tout au long de la vie. Une altération de la sensorialité provoque de profondes perturbations dans le vécu du sujet.

- ❖ Au niveau visuel : il y a une diminution du nombre de cellules (cônes et bâtonnets). La focalisation sur un objet est difficile, on observe une diminution de la profondeur du champ visuel, les contrastes sont moins bien perçus et la sensibilité à l'éblouissement augmente. L'acuité visuelle diminue. Les troubles de la vue apparaissent (myopie, presbytie, ...) et il y a une prédisposition à développer des pathologies visuelles (cataracte, Dégénérescence Musculaire Liée à l'Age, décollement de la rétine, ...).
- ❖ Au niveau auditif : on constate une diminution du seuil d'audibilité des sons à haute fréquence. Cela modifie la perception de la voix et amène à une mauvaise compréhension du discours. On nomme presbycousie la diminution progressive et constante de l'audition.
- ❖ Au niveau gustatif : le nombre de récepteurs sensoriels au niveau de la langue diminue. L'amointrissement du goût est notable ce qui renforce un sentiment de nourriture plus fade et moins appétissante, associé à une diminution de l'appétit.

- ❖ Au niveau olfactif : la sensibilité diminue progressivement après 40 ans puis rapidement après 65 ans.
- ❖ Au niveau tactile : le toucher est le premier sens qui se développe chez l'enfant et le plus préservé chez la personne âgée. On note toutefois une diminution de la vitesse de conduction des signaux ainsi qu'une diminution de la sensibilité cutanée.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « *La diminution des capacités sensorielles accélère la survenue de la dépendance, avec une augmentation non négligeable des accidents domestiques et/ou une aggravation de la morbidité, voir même une augmentation de la mortalité* ».

## 2.2. Sur le plan cognitif :

« *Le vieillissement s'accompagne du déclin de nombreuses capacités cognitives, en particulier de la mémoire de travail, de la mémoire épisodique, des fonctions dites de contrôle exécutif et de la vitesse de traitement* ». (Glisky, 2007).

Les fonctions cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives, fonctions visuo-spatiales, cognition sociale) sont les capacités du cerveau à pouvoir être en interaction avec l'environnement, à percevoir, interpréter, raisonner et s'adapter. Des modifications cérébrales au cours du vieillissement ont pour conséquence une diminution de ces différentes capacités.

On observe une augmentation du temps de réaction chez la personne âgée qui vient impacter la réalisation des tâches du quotidien et le traitement d'information. T.A. SALTHOUSE (1996) émet que le ralentissement d'information permettrait d'expliquer la modification des performances dans une grande variété des tâches cognitives.

La mémoire de travail est altérée chez la personne âgée. Elle permet de pouvoir manipuler les informations stockées dans notre mémoire à court terme.

La mémoire épisodique concerne les événements biographiques, les souvenirs, les connaissances sur soi et son vécu personnel. Elle est particulièrement atteinte dans le vieillissement. La mémoire sémantique (connaissances générales) est préservée mais l'accès aux informations et à l'exploitation des connaissances est plus difficile avec l'âge.

Les mémoires procédurale (schèmes moteurs, automatismes) et corporelle (ressentis passés et inconscients) sont quant à elles préservées.

Les capacités attentionnelles diminuent, tant au niveau de l'attention divisée (capacité à traiter simultanément plusieurs informations) que de l'attention sélective (capacité à sélectionner les informations pertinentes et à ignorer celles qui ne le sont pas). Il devient difficile pour la personne de réaliser deux tâches en même temps et la distraction se fait ressentir.

Les fonctions exécutives (flexibilité mentale, résolution de problèmes, logique, planification) sont atteintes. L'habilité à s'ajuster à une situation nouvelle ou peu familière diminue car cela demande à la fois une implication de la mémoire de travail, une certaine vitesse de traitement, une inhibition des automatismes et des efforts d'attention.

### 2.3. Sur le plan physique et moteur :

La fonction motrice est impactée de façon importante dans le vieillissement. « *De manière générale, les sujets âgés se caractérisent principalement par des mouvements plus lents et une plus grande variabilité des performances* » (Albaret & Aubert, 2001).

La diminution des intégrations du système nerveux central et l'atteinte des systèmes périphériques entraînent une baisse des réflexes, de l'équilibre et des coordinations.

Il y a une perte progressive de la masse musculaire, une diminution de la force et de la mobilité articulaire. La perte d'équilibre et de maintien postural entraîne une augmentation des sentiments de vertiges, de manque de stabilité, d'insécurité et de dépendance lors des déplacements (Albaret & Aubert, 2001).

Au niveau de la locomotion, plusieurs attitudes sont observées :

- Diminution de la hauteur des pas : ils deviennent trainants voire glissants
- Elargissement du pas et irrégularités de la trajectoire
- Réduction de la vitesse de la marche liée à la diminution de la longueur des pas
- Réduction de la durée de phase d'appui unipodal et allongement de la phase d'appui bipodal

- Posture en légère flexion du tronc avec cyphose dorsale haute, bras collés au corps
- Besoin d'attention avec regard fixé sur le sol près des pieds
- Diminution de la capacité de modulation de vitesse de marche notamment à l'accélération par diminution de l'adaptation à l'effort
- Augmentation du coût énergétique par unité de déplacement

#### 2.4. Sur le plan psycho-affectif :

Face au vieillissement, l'image de soi et l'ensemble des représentations corporelles construites au cours de la vie sont complètement remaniées. Devant un corps vieillissant, l'estime de soi peut diminuer. La personne prend conscience de ses changements et c'est une vie remplie de vulnérabilité, de peurs et de deuils qui s'installe. Mais c'est aussi une nouvelle vie qui apparaît, avec des renouveaux et des moments de joie : le mariage des enfants, la naissance des petits-enfants, puis des arrière petits-enfants, .... La manière dont une personne se vit, se voit et s'estime peut influencer grandement sa qualité de vie.

Sur le plan psychologique, la personne âgée peut faire face à sa peur de vieillir et de développer une maladie, à la solitude, à la retraite et doit trouver un nouveau sens à sa vie.

Effectivement, une perte des rôles sociaux de l'âge adulte s'effectue. L'éducation des enfants, le travail, la vie de famille : toutes ces choses s'arrêtent. L'entrée à la retraite représente la perte d'une habitude de vie. Dès l'enfance, la personne est conditionnée à travailler, fonder une famille et devenir indépendante. L'arrêt de toutes ces choses construites au fil des années vient modifier l'identité de la personne. « *Le sentiment d'identité est composé des sentiments de son être matériel, d'appartenance, de cohérence, de continuité temporelle, de différence, de valeur, d'autonomie, de confiance et d'existence. Tous les problèmes et les crises de l'identité peuvent être dus à une atteinte à un ou plusieurs de ces sentiments* » (Mucchielli, 2013). Le rapport à soi et au monde est complètement bouleversé.

### 3. Le vieillissement pathologique : la dépendance :

On considère un vieillissement pathologique lorsque le sujet développe une ou plusieurs maladies au cours du temps entraînant une dépendance.

Par choix, nous nous intéresserons, dans le vieillissement pathologique, seulement à la définition de la dépendance. Effectivement, un EHPAD est un établissement d'hébergement qui accueille des personnes âgées *dépendantes*. L'étude du vieillissement normal a permis de comprendre ce qui se passait dans la vie d'un individu de façon générale. Ce sont des changements auxquels toute personne peut être confrontée. Mais l'entrée dans une dépendance vient entraîner de nouveaux bouleversements dans la vie du sujet.

Selon la définition du *Larousse*, la dépendance est « *l'état, situation de quelqu'un, d'un groupe, qui n'a pas son autonomie par rapport à un autre, qui n'est pas libre d'agir à sa guise.* » Deux mots sont à questionner : *autonomie* et *libre*.

D'après cette définition, la perte d'autonomie ou le manque d'autonomie, et la liberté ne vont pas de pair. Un affaiblissement de la motricité et des fonctions cognitives et intellectuelles impacterait l'autonomie dans les déplacements et les tâches du quotidien. La personne âgée dépendante n'est plus garante de sa propre liberté.

Lorsqu'un terme comme « liberté » est abordé, il paraît nécessaire de s'interroger sur la manière dont la personne âgée vit sa dépendance et quelles stratégies elle peut mettre en place pour surmonter sa perte d'autonomie grandissante. Quand une personne a conscience de ses pertes et de ses besoins, nous pouvons nous questionner sur le vécu de l'entrée en EHPAD.

### *c) La vie en EHPAD*

Devant le développement croissant des maladies chroniques, le nombre de personnes accueillies en EHPAD risque de croître au fil des années. Il existe aujourd'hui des mesures préventives pour retarder les effets du vieillissement et de ce fait limiter le nombre de personnes dépendantes. En 2006, le plan *Solidarité Grand-Age* s'oriente vers la recherche et la prévention. Selon Philippe BAS, ce plan a pour objectif de « *mettre en place une politique de prévention pour corriger tous les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance et permettre une longévité active et en bonne santé* ».

Les facteurs de risque sont multiples : une mauvaise alimentation, le surpoids et l'obésité, le tabac, l'alcool, la sédentarité, l'exposition aux UV, ... La prévention autour d'un style de vie plus adapté pourrait faire reculer grandement l'apparition du vieillissement précoce.

## 1. L'entrée en EHPAD :

Un sondage réalisé en 2017 par Odoxa : « *Baromètre santé 360 : Grand âge, dépendance et accompagnement du vieillissement* » montre qu'un français sur deux est inquiet concernant la façon dont il gèrera son propre vieillissement. Et c'est la perte d'autonomie qui les inquiète le plus.

Le rôle d'un EHPAD est alors d'accompagner la personne âgée dans les gestes de la vie quotidienne et les soins médicaux face à la perte d'autonomie physique et/ou psychique. L'établissement offre une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.

Toujours selon l'enquête de 2017, les deux-tiers des français (68%) jugent insatisfaisante la prise en charge actuelle. L'image des EHPAD est mauvaise, 84% des français sont convaincus qu'ils manquent de moyens.

Plusieurs facteurs poussent à l'entrée en institution. « *L'absence de possibilité de maintenir à domicile par épuisement de l'aidant principal et/ou inadaptation de l'environnement au handicap sont les principales causes d'entrée en EHPAD* » (Colin C., 2000).

La décision peut être prise par l'entourage, suite à une indication médicale ou un élément déclencheur (chute, maladie, accident) ou bien par le résident lui-même. Effectivement, plus la personne vieillit, plus l'isolement social se fait ressentir. Il n'est pas si rare qu'une personne fasse la démarche de rentrer en institution suite au décès du conjoint.

*Madame P., âgée de 86 ans, est entrée en EHPAD en juin 2018. Au décès de son mari en mars 2018, Madame exprime ne plus vouloir rester seule à son domicile.*

*Il s'agit pour elle d'un lieu rempli de souvenirs dans lequel elle ressasse constamment. De plus, elle explique que la peur d'être seule en cas d'accident devient omniprésente et ne veut pas devenir un « fardeau » pour sa famille.*

Une enquête réalisée en décembre 2004 sur 350 résidents montre que parmi les résidents autonomes, 80% des motifs d'entrée sont dus à un isolement à domicile et une peur de l'incident. 10% expriment une difficulté à organiser leur quotidien et donc recherchent une prise en charge et une sécurité (Guichardon, 2005).

## 2. Fonctionnement d'un EHPAD : présentation du lieu de stage :

L'EHPAD dans lequel se déroule mon stage dispose d'une capacité d'accueil de 117 résidents. L'établissement est composé de plusieurs unités ouvertes et protégées. 40 places dans les unités de vie protégées sont dédiées à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Ces unités sont plus adaptées à l'accueil des personnes très dépendantes. Elles leur offrent un cadre de vie plus contenant et sécurisant qui permet de répondre spécifiquement à leurs besoins.

### 2.1. L'équipe :

Chaque unité est animée par une maîtresse de maison-soignante. Elle a pour mission d'assurer le lien entre les résidents, les familles et les professionnels de son unité. Le travail en équipe au sein de l'EHPAD est indispensable. Médecins, infirmiers, aides-soignants et aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie, animateurs kinésithérapeutes, psychomotricien, psychologue et ergothérapeute : c'est un ensemble de professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux présents jours et nuits qui participe à l'accompagnement de la personne âgée dans son nouveau lieu de vie. Par les regards croisés et les différentes approches au sein de l'équipe, la pluridisciplinarité permet de prendre en compte la personne dans sa complexité et son intégrité psychocorporelle.

### 2.2. Le cadre de vie :

Le cadre de vie offre différents espaces tels que des salons, des espaces d'accueil pour les familles, des restaurants, un salon de coiffure, une boutique, une blanchisserie, des espaces d'activités ainsi que des jardins aménagés. Des espaces dédiés à l'accompagnement thérapeutique sont disponibles comprenant une salle Snoezelen, un bain pour la balnéothérapie, une salle de kinésithérapie.

Il y a également un Accueil de Jour, séparé de l'EHPAD. Il est destiné à l'accueil des personnes âgées vivant à domicile dont les capacités cognitives sont diminuées. La personne vient y passer la journée (1 à 5 fois dans la semaine selon le projet individuel) en compagnie de 4 ou 5 autres résidents. Une animatrice propose des activités variées et veille à leur sécurité.

L'objectif de l'accueil de jour est de maintenir le lien social, de changer d'environnement et de stimuler les capacités restantes. Cela représente également un soutien social précieux pour les aidants qui retrouvent du temps pour eux et qui peuvent échanger avec les autres familles vivant la même situation.

Les activités proposées visent à favoriser les stimulations physiques, sensorielles et cognitives et prévenir contre la perte d'autonomie.

### 2.3. Les activités :

Un grand nombre d'activité est proposé au sein de l'EHPAD tout au long de la semaine : jardinage, atelier pâtisserie, atelier décoratif, chorale. Des sorties à l'extérieur sont régulièrement organisées : centre-ville, bibliothèque, visites culturelles, cinéma, restaurant, ... Des intervenants de l'extérieur viennent ponctuellement proposer de la musique (piano), de l'art-thérapie, des médiations animales.

Toutes ces activités ne sont jamais imposées et chaque résident décide d'y participer ou non selon ses besoins et ses envies du jour. Certains résidents sont très participatifs à la vie de l'EHPAD tandis que d'autre préfèrent rester seuls.

Psychomotricien, ergothérapeute, psychologue et kinésithérapeutes assurent des prises en soin individuelles en chambre qui s'ajoutent à l'organisation de la journée. Ils proposent également des ateliers de groupe à visée thérapeutique tels que des groupes de parole aidants/aidés, des ateliers de motricité (gymnastique douce, atelier équilibre). Nous développerons ces différents points de façon plus approfondie dans une prochaine partie de cet écrit.

Ce sont les professionnels qui jugent nécessaire la participation du résident à un atelier thérapeutique selon le projet et les objectifs de soin. L'état physique, émotionnel et psychologique de chacun est également à prendre en compte.

### 2.4. L'arrivée en EHPAD :

Avant son entrée, le futur résident et sa famille sont invités à venir visiter l'établissement. Cette visite permet de construire les premiers repères pour la personne et son entourage et rencontrer l'ensemble de l'équipe. Si les personnes ne peuvent pas se déplacer (éloignement géographique ou état de santé fragile), ce sont les professionnels de l'EHPAD qui se déplacent pour rencontrer le résident et lui présenter des photos du lieux.

Cette rencontre est fondamentale tant pour le résident que les professionnels pour créer ce premier lien de confiance.

Il y a tout un travail psychique fait par le résident et sa famille autour de la décision d'institutionnalisation. C'est un temps précieux qu'il est important d'accompagner.

A son arrivée, le résident et ses proches sont accueillis par la maitresse de maison-soignante (généralement ancienne aide-soignante ou agent de service hospitalier). Elle participe à l'installation du résident, assure les présentations avec l'ensemble du personnel et le renseigne sur le rôle de chacun. Les premiers contacts avec le nouvel arrivant sont déterminants : *« Le bien-être des résidents est influencé de manière significative par la façon dont ils ont vécu leur entrée dans l'établissement. Pour les personnes qui l'ont bien vécue, les chances de se sentir bien aujourd'hui sont six fois plus élevées que pour les personnes ayant mal vécu leur entrée, toutes choses étant égales par ailleurs »*, conclut une étude sur *La satisfaction des personnes âgées vivant en EHPAD et en maison de retraite en 2007*.

Un projet personnalisé s'élabore pour garantir un accompagnement individualisé dans le respect des habitudes de vie et des souhaits du résident. Il s'agit d'un outil de coordination au sein de l'EHPAD qui se fait en co-construction entre le résident, sa famille et l'ensemble des professionnels. Ce projet vise à mettre en place un accompagnement et des actions spécifiques pour le résident en fonction de ses demandes, ses besoins, ses attentes et ses doutes. Il prend en compte les informations nécessaires concernant la personne : habitudes, centres d'intérêts, histoire, croyances, vie affective, ... Ce projet personnalisé est constamment réévalué et adapté dans la dynamique d'évolution du résident.

Le choix de l'unité de vie se fait en fonction des chambres disponibles et des capacités physiques et cognitives du résident. Il est possible qu'un changement d'unité s'opère lorsque la dépendance évolue chez un résident. Dans ce cas, le passage en unité protégée doit se faire avec l'accord du résident et de sa famille.

*A son arrivée en octobre 2019, Madame R. obtient un MMSE (test d'évaluation des fonctions cognitives et mnésiques) de 14 points et un GIR (évaluation de l'autonomie) de 4 : elle présente une démence modérée et une grande autonomie dans ses déplacements.*

*En mars 2021, face à une diminution des capacités cognitives de Madame, une réévaluation est réalisée. Elle obtient un score de 8 au MMSE et un GIR de 2. La démence est considérée comme sévère et elle nécessite une surveillance permanente. L'unité ouverte n'est plus adaptée à sa sécurité et il devient nécessaire pour Madame R. de déménager dans une unité protégée.*

Lorsqu'une personne arrive en EHPAD, elle arrive avec un passé et une histoire. La personne âgée est bercée par la maturité de l'âge, les expériences, les souvenirs et le chemin de vie construit. Chaque personne, chaque histoire doit être entendue afin de comprendre le vécu de l'institutionnalisation. La personne âgée doit faire face au deuil de la vie d'avant et se projeter dans la vie d'après, celle de sa nouvelle maison, l'EHPAD.

Il paraît essentiel, lors de la première rencontre avec le résident, de se renseigner sur la personne à l'origine de la demande d'institutionnalisation car les besoins et les attentes autour de l'accompagnement ne seront pas les mêmes.

### 3. La question du deuil :

Le deuil vient du latin *dolere* qui signifie souffrir. Il s'agit d'une épreuve de la vie remplie de souffrance. Plus une personne avance dans l'âge, plus elle est confrontée à cette étape. Le deuil est souvent associé à la mort, mais de façon plus générale, il apparaît face à la perte de quelque chose ou de quelqu'un. Pour la personne âgée, il peut s'agir de la perte d'un proche (parents, conjoint, amis), la perte des différentes fonctions motrices, cognitives, sensibles (la perte de soi-même), la perte du bon état de santé, la perte des rôles sociaux, la perte de son domicile lorsqu'elle s'installe en EHPAD. La souffrance de la personne âgée doit être entendue et il est nécessaire de l'accompagner dans ces différentes étapes de reconstruction.

*« Le vécu du deuil dépend des représentations personnelles et sociales de la mort, des expériences de perte, de séparation et de deuil vécues antérieurement et de la situation générale de la personne qui le vit »* (Hanus, 2009). Il s'agit d'un processus singulier et unique à chacun.

Le deuil est un long processus de travail. M. HANUS décrit trois étapes dans le cheminement du deuil : (Viallard, 2016)

- Le choc : traumatisme. On observe des manifestations émotionnelles (pleurs, cris, douleur) et des perturbations physiologiques. Le choc du deuil peut être une circonstance déclenchante de pathologies.
- La période centrale dépressive : état dépressif réactionnel, douleur morale.
- La période de rétablissement ou période d'acceptation : douleur toujours présente mais s'apaise.

Le temps est variable dans ces étapes, chaque personne y répond différemment et avec des capacités d'adaptations multiples.

### 3.1. Le deuil d'un proche :

La perte d'un proche chez la personne âgée se fait dans un contexte de vieillissement ou elle-même se rapproche de la mort de façon inéluctable. Toute histoire est singulière. Une personne âgée a pu perdre des enfants jeunes, des frères et sœurs, des amis. Le réseau social est constamment remanié au cours du temps. Mais selon l'ordre chronologique de la vie, un individu perd ses parents en premier lieu. S'ils sont les figures d'attachement principales dans l'enfance, en grandissant, la personne investit d'autres figures tels que les conjoints et/ou les amis, puis les enfants. Cependant, les parents restent, généralement, des personnes ressources et en cas de besoin, l'être peut venir chercher réconfort auprès d'eux. A leurs décès, la personne âgée perd des repères construits dès l'enfance. Le travail du deuil est influencé par la nature et la qualité du lien qu'il y avait entre les deux personnes.

Conjoint, amis, famille : l'entourage de la personne âgée se réduit. Et plus les relations diminuent, moins elle dispose de soutien social durant son deuil. Chaque décès rappelle un peu plus l'approche de la mort et ce passage inévitable. Le deuil devient pathologique lorsqu'il entraîne des répercussions sur la santé psychique de l'individu. Cela peut précipiter une entrée en EHPAD.

### 3.2. Le deuil des capacités :

Nous avons pu voir que le vieillissement entraînait des changements psychomoteurs et psycho-affectifs. L'état de santé se détériore et la forme des premiers jours peut disparaître laissant place à la vulnérabilité et l'insécurité.

L'image du corps est modifiée et toutes les représentations construites au fil de la vie sont transformées. Le deuil d'un « idéal du corps » s'opère et parfois une image négative de soi peut apparaître impactant l'estime de soi. « *N'obéissant que partiellement, se transformant au fil du temps, le corps peut être objet de dégoût, d'étrangeté.* » (Personne, 2011). De plus, la manière d'être vu par l'autre dans la relation influence notre façon d'être dans les dynamiques affectives. La dimension relationnelle se modifie et évolue en corrélation avec les différentes pertes.

### 3.3. Le deuil de la vie d'avant :

Outre le deuil de ses capacités, l'entrée en EHPAD oblige la personne âgée à quitter son domicile. « *Le domicile, habitat plus ou moins investi, représente le terrain privé de l'intime, de la liberté individuelle et une « extension » de la personne qui lui donne une coloration personnelle et identitaire* » (Donnio, 2005). L'identité de l'individu se voit encore perturbée. En quittant son domicile, la personne fait ses adieux à son passé, à une partie (plus ou moins grande) de son histoire. Mais les souvenirs restent et l'entrée en EHPAD peut être envisagée comme une nouvelle vie.

Le deuil peut être d'autant plus difficile lorsque la personne est contrainte à rentrer en EHPAD suite à un évènement déclencheur soudain (chute, accident, maladie). Il arrive que des personnes ne repassent pas chez elle en sortant de l'hôpital sans quoi les « adieux » avec leur lieu de vie habituel ne peuvent se faire.

L'aménagement de la chambre du résident se fait selon ses envies. Parfois, le fait d'installer des souvenirs, des meubles, des photos est trop douloureux. A l'inverse, il paraît indispensable pour d'autres résidents d'emporter avec eux une partie de leur ancienne vie.

*Monsieur B. me fait visiter sa chambre. Il me montre les différents tableaux qu'il a peints dans sa jeunesse, ses trophées de chasse et son diplôme de médecine.*

*Il est fier de me montrer ses objets et m'explique que cette ambiance créée dans sa chambre lui rappelle sa maison. Il se sent bien lorsqu'il contemple ses biens et exprime garder le moral ici grâce à cet environnement réconfortant.*

Le temps de la vieillesse représente le temps des changements, des pertes, des deuils mais aussi des reconstructions. La façon de voir les choses et d'envisager un futur peut perdre tout son sens. Le vécu de ces différentes situations dépend des capacités d'adaptation de chacun et des ressources dont il dispose. « *Le fait d'avoir pu, d'avoir su surmonter une grande épreuve fortifie l'estime de soi et renforce le sentiment de ses propres forces ce qui met dans une bonne disposition pour aborder les difficultés ultérieures de la vie* » (Hanus, 2009).

Face à la perte progressive des proches et de ce fait la diminution des liens d'attachement, il est parfois difficile pour la personne âgée de pouvoir s'appuyer sur quelqu'un en cas de besoin. En lien avec la perte d'autonomie et l'augmentation de l'anxiété, on observe dans le « grand âge » une réactivation des besoins d'attachement qui nécessite un accompagnement à tous les niveaux.

## *d) L'attachement chez la personne âgée*

C'est seulement à partir des années 1990 que les études sur l'attachement chez la personne âgée ont commencé à émerger. Pourtant, les liens d'attachement sont continuellement présents, consciemment ou inconsciemment, au cours de la vie et se développent, évoluent et se réorganisent. Face aux remaniements des figures d'attachement au fil du temps, des questionnements se posent à l'émergence du « grand âge ». Vers qui s'attacher ? Pourquoi s'attacher alors que la fin de vie se rapproche de façon inévitable ?

Dans une société actuelle où la personne âgée peut manquer d'écoute et de considération, la relation n'est pas à négliger. Lorsque des termes comme liberté, identité, et image de soi sont remis en question au temps de la vieillesse, il faut s'interroger sur le propre vécu de la personne et la façon dont elle se vit avec soi et avec l'autre dans un environnement constamment remanié.

### 1. La réactivation des besoins d'attachement :

Si l'on reprend la définition de J. BOWLBY sur l'attachement, celui-ci représente la recherche de proximité avec sa figure d'attachement lorsqu'un être est en situation de détresse ou de danger. La situation de danger est éminemment liée à la forte dépendance du nouveau-né avec ses pairs.

Plusieurs facteurs que nous avons développés peuvent expliquer un sentiment de détresse et de forte anxiété chez la personne âgée : l'isolement social, les deuils, la diminution des fonctions motrices et cognitives, le sentiment d'inutilité et la prise de conscience des limites temporelles. Lorsqu'il n'y a pas de trouble cognitif, la personne âgée se voit vieillir et diminuée, elle se retrouve confrontée à ses nouvelles difficultés et cela peut faire peur.

Afin de lutter contre la perte d'autonomie et la peur de la dépendance, la personne âgée tente alors de rétablir la proximité avec ses figures d'attachement et ainsi tendre vers une sécurité interne et externe.

L'anxiété de séparation et la peur de l'abandon peuvent réapparaître à un moment de la vie où la personne se prépare elle-même à quitter éternellement ses proches. S'attacher ou se détacher ? Une ambivalence d'autant plus observable à cet âge de la vie. La personne âgée est tiraillée entre le besoin d'aide croissant et la préparation à la séparation.

*« Dans une configuration parallèle, mais différente du fait de l'expérience de vie, le sujet réactive ce système d'attachement dans un contexte de dépendance (contrainte, subie parfois) pour répondre comme le petit enfant à un besoin de sécurité affective, physique, mais aussi identitaire, afin de se séparer non seulement de ceux qu'il aime, mais aussi de la vie... »* (Bonnet, 2012). Le fait de s'attacher pour mieux se détacher prend tout son sens chez la personne âgée.

Les enjeux relationnels ne seront pas les mêmes entre un sujet âgé avec une bon maintien des différentes capacités qu'un sujet dépendant en forte demande d'accompagnement. Toutefois, le besoin relationnel est constamment présent quel que soit l'âge.

## 2. La réorganisation des figures d'attachement :

Les figures d'attachement dans l'enfance sont les personnes de confiance qui s'occupent de l'enfant, généralement les parents.

Puis, au cours de la vie, ces figures évoluent et l'individu investit de nouveaux liens. Certaines périodes de la vie font que la personne a davantage besoin de ses figures d'attachement. C'est notamment le cas au temps de la vieillesse, lorsqu'un sentiment d'insécurité peut se faire ressentir.

Le conjoint, les enfants et/ou les amis sont ou deviennent les figures d'attachement principales de la personne âgée.

Chacun va s'attacher et exprimer ses besoins différemment. L'intérêt même de s'engager dans une relation peut parfois être difficile. On peut observer chez certaines personnes un désinvestissement des activités sociales (en lien avec la diminution des capacités physiques) et une importance accordée à l'entourage très proche. Au contraire pour d'autres, la retraite peut être vu comme une ouverture sur le monde, un temps consacré à ses proches et aux nouvelles rencontres (intégrer des clubs, des associations, ...).

Être étayée par son environnement et son entourage peut permettre à la personne âgée de retrouver une sécurité interne et un sentiment de bien-être avec soi-même et avec l'autre.

## 2.1. Le conjoint dans le rôle de caregiver :

Face à la dépendance ou la maladie d'un membre du couple, le conjoint peut être amené à réactiver son système de *caregiving* en réponse aux besoins de son partenaire. Le retour de la proximité et du corps à corps dans les soins apportés à la personne âgée dépendante peut rappeler les soins reçus dans la petite enfance et jouer un rôle dans la réapparition de ces différents systèmes attachement/*caregiving*.

Les Modèles Internes Opérants construits dans l'enfance et développés tout au long de la vie vont impacter la façon dont la personne s'occupe de l'individu dépendant. La capacité à être disponible pour l'autre et à s'impliquer dans les soins est tributaire du style d'attachement que l'aidant a lui-même développé. « *Les personnes ayant construits un attachement sécure perçoivent moins de stress à devoir s'occuper de leur conjoint, mesurent mieux la façon de l'aider, comprennent et parfois anticipent les changements* » (Perren et al., 2007). Plus la personne aura développé un attachement sécure, plus ses réponses seront adaptées aux besoins de son conjoint.

Dans certains cas, le lien privilégié qui unit le couple peut conduire à un enfermement relationnel. L'aidant se dévoue complètement à son partenaire jusqu'à parfois s'oublier soi-même. La dépendance prend alors une place centrale dans le couple et tend à faire disparaître la relation conjugale au regard d'une relation « aidant/aidé ». « *Ce lien privilégié et intime conduit beaucoup d'aidants à vouloir garder l'exclusivité des soins, au risque parfois de se priver d'une aide extérieure apaisante* » (Bonnet, 2012). Accepter de recevoir de l'aide (aide à domicile, enfants, accueil de jour, ...) permet de ne pas tomber dans l'épuisement de l'aidant au risque de créer de nouvelles complications au sein du couple.

## 2.2. Les enfants dans le rôle de caregiver :

Lorsque la personne âgée vit seule ou au décès de son conjoint, les enfants deviennent généralement les figures d'attachement principales. On assiste au temps de la vieillesse à un renversement des rôles : les enfants adultes deviennent les *caregivers* des parents, on parle « d'aidant filial ».

La capacité à s'occuper de ses parents repose sur trois processus (Guédeney N&A, 2015) :

- Le sentiment d'obligation : sentiment d'être responsable de son parent.
- L'anxiété filiale : stress ressenti du fait de devoir s'occuper de son parent et de dépasser ses propres ressources.
- La maturité filiale : l'enfant adulte réalise et accepte que dans la relation avec son parent, c'est désormais à son tour d'assumer le rôle d'aide.

Pour la personne âgée, le fait de devenir dépendant envers son enfant peut être vécu difficilement. Le sentiment valorisant de protéger son enfant se transforme en vulnérabilité.

Le vieillissement de la personne âgée (outre son propre ressenti) est vécu à travers le regard de l'autre. L'enfant voit son parent vieillir et lui-même peut exprimer un sentiment de peur et d'angoisse. Même si l'enfant endosse le rôle de protecteur, ses besoins d'attachement sont toujours présents et le parent reste une figure d'attachement pour lui. Les deux partenaires sont alors havre et base de sécurité l'un pour l'autre.

*« La qualité du caregiving parental précoce (c'est-à-dire du parent quand il était jeune parent envers l'aidant filial quand il était jeune enfant) joue aussi un rôle, par l'intermédiaire des expériences précoces d'attachement de l'aidant filial. Les enfants qui donnent le plus de soutien à leur parent sont ceux qui en ont reçu le plus quand ils étaient enfants et qui sont attachés de manière sécurisée à leurs parents »* (Guédeney, 2019). La façon dont l'enfant protège son parent dépend d'une part de ses propres expériences avec ses figures d'attachement et d'autre part de ses nouvelles expériences en tant que *caregiver* (avec ses enfants) (Bonnet & Chopard-Dit-Jean, 2018).

Nous aborderons l'importance des différents types d'attachement dans la façon de faire et d'être en relation avec ses pairs.

### 2.3. L'institution dans le rôle de caregiver :

L'entrée en institution entraîne un éloignement familial qui peut de nouveau désorganiser le rapport de la personne âgée à l'autre. Le besoin relationnel avec son entourage est d'autant plus important à un moment de sa vie où elle perd tous ses repères. La vie seule (ou à deux) à domicile se transforme en vie collective au sein de l'EHPAD.

Ce changement peut être d'autant plus brutal si la personne n'est pas elle-même décisionnaire dans le choix d'institutionnalisation.

« Je me sens seule ». Cette phrase que j'ai pu entendre très souvent au sein de mon stage semble aller à l'encontre de l'idée même de la vie en collectivité. Pourtant, il devient délicat pour certaines personnes d'investir de nouvelles relations, de créer des nouveaux liens avec des inconnus.

Face à des étrangers, il est difficile pour le résident de prévoir les réponses qu'il va obtenir. La possibilité de demander de l'aide selon ses ressources internes et externes peut être entravée. Tandis que certains vont très peu investir la sphère sociale au sein de l'EHPAD, d'autres vont parvenir à remobiliser du désir en retrouvant une figure d'attachement (Bonnet, 2012).

« *L'activation du système d'attachement des résidents activerait le système caregiving du soignant* » (Yajima Dupuis, 2015). Par définition, un soignant est une personne qui prend soin de quelqu'un. Mais en tant que *caregiver*, son rôle est d'identifier les différents signaux exprimés par le résident et d'y répondre de façon adaptée, en fonction de leur propre système d'attachement.

#### 2.4. Le soignant peut-il s'attacher ? :

La relation se construit à deux, dans un sens bidirectionnel. Les échanges (verbaux ou non-verbaux) entre les deux partenaires sont emprunts de sensibilités, d'affects et enrichis par la subjectivité de chacun.

Empathie et bienveillance sont des qualités nécessaires au soignant pour adapter le soin et construire une relation de confiance avec le résident. Par ces qualités, le soignant prend en compte la personne en tant qu'être humain, il accueille les émotions qui se jouent et y répond. « *Comment un professionnel peut-il rester constamment disponible sans affection pour des personnes qu'il soigne ? Nous redoublons de patience, d'attention, envers une personne dont le bien-être nous importe* » (Maraquin & Masson, 2010).

Les avis sur la question divergent. Pour créer un climat de confiance dans la relation avec le résident, celui-ci a besoin de se sentir écouté, compris et valorisé. « *La relation d'attachement montre que la juste distance, c'est accepter l'affectivité comme élément central de la professionnalité. La tendresse sécurise le sujet et lui permet de lutter contre les peurs d'abandon ou d'isolement* » (Bonnet & Chopard-Dit-Jean, 2018).

Il est important en tant que professionnel de ne pas se laisser submerger par les émotions de l'autre. En revanche, les comprendre fait partie intégrante de notre métier. Et comprendre une émotion nous ramène inévitablement à notre propre vécu et nos propres représentations. La subjectivité est présente en chacun de nous et permet à chaque personne d'être unique et différenciée dans le rapport à l'autre.

L'attachement dans le soin est bien réel. Chaque professionnel va répondre différemment aux comportements d'attachement du résident, selon son histoire, son vécu et sa part d'affectivité. Mais dès lors que le professionnel s'engage dans une relation de soin avec le résident, il peut être confronté à l'émergence de ses propres émotions, de sa propre sensibilité. L'essentiel est d'en avoir conscience et savoir le repérer afin de s'ajuster dans un attachement « suffisamment bon » pour prendre soin de l'autre (Maraquin & Masson, 2010).

### 3. Les différents types d'attachement :

S'intéresser à l'attachement chez la personne âgée permet de prendre en compte le bien-être de la personne. Les différentes études confirment la fonction protectrice des liens d'attachement au cours de la vieillesse y compris pour des aspects de santé physique et mentale (Guédeney N&A, 2015).

Le style d'attachement de la personne âgée dépend de la qualité de l'attachement parent-enfant construit dans l'enfance mais également de l'impact des expériences vécues positives et négatives au cours de la vie. La possibilité pour une personne de faire face à une situation stressante nous renseigne sur sa capacité à gérer ses émotions, à mobiliser ses différentes ressources, en étroite relation avec le niveau d'attachement.

L'attachement se place dans une perspective dynamique et évolutive possible. En effet, les Modèles Internes Opérants sont « *mis au travail* » et « *opèrent* » *constamment dans la vie du sujet en s'adaptant et en s'actualisant en fonction de l'environnement et des relations interpersonnelles* » (Bonnet et al., 2016).

En s'appuyant sur différentes évaluations, trois types d'attachement ont été repérés chez l'adulte et la personne âgée.

### 3.1. L'évaluation de l'attachement :

*L'Adult Attachment Interview (AAI)* est un instrument de recherche développé par M. MAIN et al. en 1985. Il s'agit d'un entretien semi-structuré destiné aux adultes qui vise à évaluer l'état d'esprit actuel de la personne vis-à-vis de l'attachement.

D'abord la personne est questionnée sur son histoire de vie et ses différentes étapes (de l'enfance à aujourd'hui), ainsi que les relations qu'elle entretient avec ses pairs (parents, enfants, amis, ...). Puis le questionnaire s'oriente vers les différentes séparations, pertes et deuils vécus par le sujet et comment il s'y est adapté (décès des parents, la retraite, le départ des enfants de la maison etc, ...).

Cet entretien s'intéresse à la façon dont la personne raconte son histoire, son vécu des événements. Différents facteurs du discours sont analysés (Bonnet & Chopard-Dit-Jean, 2018) :

- La fluidité (s'exprime avec aisance)
- La cohérence des propos (focalisation et structuration de la parole)
- La capacité à réguler ses émotions de façon adaptée socialement
- La spontanéité et le caractère vivant et investi du discours

En étudiant la production narrative de la personne et la cohérence du discours, cette évaluation a permis de repérer différents types d'attachement chez l'adulte et la personne âgée. Il existe aujourd'hui un grand nombre d'outil d'évaluation de l'attachement qui permettent de compléter les connaissances autour de la question.

### 3.2. Les différents profils d'attachement au temps de la vieillesse :

- L'attachement sécure : « Une personne sécure est en capacité de reconnaître et gérer des émotions négatives, développer une image de soi et des autres positives, proposer un narratif fluide, spontané, cohérent alimenté de souvenirs aisés de ses relations parentales » (Bonnet & Chopard-Dit-Jean, 2018). Les personnes sécures sont capables d'accueillir les émotions négatives sans se laisser déborder et peuvent plus facilement demander de l'aide auprès de leur entourage.

Ils acceptent plus aisément leurs besoins d'attachement car ils reconnaissent leur vulnérabilité et les relations avec l'autre sont plus adaptées et apaisées.

En ce qui concerne le caregiver, s'il a construit un attachement sécurisé, il sera plus à même de répondre aux besoins d'attachement de la personne âgée et ne se laissera pas envahir par les émotions négatives. La relation se voit facilitée.

- L'attachement insécuré détaché : « Ces personnes détachées refoulent les expériences négatives, développent une image de soi renforcée et des autres négatives dans une parole peu fluide mais très cohérente » (Bonnet & Chopard-Dit-Jean, 2018). Ces personnes dénie leurs sentiments et besoins d'attachement. Elles ne vont pas rechercher d'aide auprès de leurs figures d'attachement par manque de confiance en l'autre.
- L'attachement insécuré préoccupé : on observe chez ces personnes « une ambivalence dans la relation à autrui, une image de soi négative et des autres positives, un récit et un blocage sur les expériences négatives » (Bonnet & Chopard-Dit-Jean, 2018). Ces personnes tentent d'obtenir réconfort par une sollicitation importante de la figure d'attachement. La personne se laisse envahir par ses émotions.

Les attachements insécurés ne sont pas pathologiques. Ce sont des stratégies moins adaptées dans la recherche de proximité avec sa figure d'attachement que dans un attachement sécurisé. En tant que professionnel, il faut rester attentif à l'expression des besoins d'attachement mais également à la non expression car cela ne veut pas dire que la personne est en sécurité. Au contraire, une personne qui ne cherche pas à créer de lien peut paradoxalement être en grand besoin relationnel. Il s'agit d'une personne qui a construit un attachement insécuré. Plus l'estime de soi est impactée chez une personne, plus la recherche de soutien sera difficile de peur de déranger ou d'exprimer ses émotions négatives.

*Les besoins d'attachement sont présents tout au long de la vie. Face au vieillissement psychomoteur et psychoaffectif, les capacités d'adaptation de la personne âgée sont parfois mises à mal. La personne entreprend un long travail psychique et physique de reconstruction en puisant dans ses ressources les plus profondes.*

*A une période de la vie où la perte d'autonomie grandissante peut entraîner une dépendance à l'autre, le besoin relationnel est plus que nécessaire. Il permet de rester en lien avec ses pairs et de ne pas se laisser dépasser face à un environnement de plus en plus hostile.*

## B. La psychomotricité dans l'accompagnement de l'attachement chez la personne âgée

### a) La spécificité du psychomotricien en EHPAD

#### 1. Présentation de la profession :

Le psychomotricien est un professionnel paramédical, auxiliaire de médecine. Ses compétences professionnelles sont définies par le décret n° 88 659 du 6 mai 1988.

La psychomotricité est une psychothérapie à médiation corporelle qui intervient sur les fonctions motrices, mentales et affectives de la personne, afin d'harmoniser les relations qu'elle entretient avec elle-même et son environnement.

*« La spécificité du psychomotricien réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi que dans l'établissement d'un « dialogue » corporel »* (Ballourad, 2011). La lecture psychomotrice tente de comprendre comment le patient habite son corps en interaction avec soi-même et avec l'autre, en tenant compte de son histoire et de ses propres vécus.

Le psychomotricien se questionne sur la manière dont la personne investit son corps, se perçoit et se vit. Il s'appuie sur différentes fonctions psychomotrices afin de comprendre comment s'articulent les dimensions somatiques et psychiques de la personne. Les items psychomoteurs intéressants le psychomotricien sont :

- La motricité globale : elle concerne l'ensemble des gestes moteurs qui assurent l'aisance globale du corps (équilibre, coordinations, ...).
- La motricité fine : il s'agit des mouvements fins, précis et minutieux faisant appels au contrôle musculaire (motricité manuelle et digitale, motricité oculaire, faciale, ...).
- La latéralité : elle concerne l'asymétrie fonctionnelle, la prévalence d'un membre sur l'autre, la différence d'habileté (latéralité neurologique, latéralité gestuelle innée, latéralité fonctionnelle ou usuelle).

- Le tonus : par définition, le tonus représente une légère tension à laquelle se trouve normalement soumis tout muscle squelettique à l'état de repos, et qui disparaît après section du nerf moteur.
- Le schéma corporel : connaissance objective du corps dans sa réalité. L'image du corps : image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres (Potel, 2019).
- L'organisation spatio-temporelle : construction et intégration des repères temporeux et spatiaux.
- Les fonctions exécutives : mémoire, attention, concentration, vigilance, ...

## 2. L'intervention du psychomotricien en EHPAD :

Le psychomotricien agit sur prescription médicale. En EHPAD, il est possible pour le psychomotricien, avec l'accord du médecin coordonnateur, d'évaluer les capacités et difficultés des résidents et de les prendre en charge sans avoir systématiquement recours à une prescription médicale. Les médecins traitants des résidents doivent cependant en être informés et ils auront à leur disposition tous les comptes-rendus réalisés.

Les interventions du psychomotricien au sein de l'EHPAD sont multiples et répondent à des objectifs différents en fonction des personnes.

### L'évaluation psychomotrice :

Dans un EHPAD, la grande majorité des résidents présente des troubles psychomoteurs, accentués par la dépendance.

L'évaluation psychomotrice tente de repérer les capacités conservées du résident ainsi que ses difficultés afin d'orienter l'accompagnement en fonction des demandes et des besoins. L'évaluation englobe des temps d'entretien avec le résident, d'observation et de passation de bilans psychomoteurs.

Le choix de réaliser un test psychomoteur dépend d'une part des techniques de travail du psychomotricien et d'autre part de la pertinence de la passation du bilan pour certains résidents compte tenu de la difficulté qu'il peut engendrer.

Au sein de mon stage, la psychomotricienne de l'établissement ne réalise pas de bilans psychomoteurs. Elle s'appuie sur l'observation clinique des résidents durant les temps de rencontre, d'ateliers et les temps informels (repas, soins, ...), ainsi que sur les différentes évaluations réalisées par l'équipe médicale. Elle peut cependant réaliser certains tests spécifiques sur demande de l'équipe ou lorsqu'elle a des suspicions sur l'état de santé d'un résident. Elle peut proposer le test du *Tinetti* qui permet d'évaluer le risque de chute chez la personne âgée en lien avec la motricité de la personne.

### **L'accompagnement psychomoteur :**

*« A cet âge de la vie, l'enjeu n'est plus le développement et le déploiement des possibilités et des capacités, mais le confort et la conservation au maximum des potentiels et du plaisir de vivre dans un corps investi » (Potel, 2019).*

L'accompagnement psychomoteur dans l'EHPAD se construit en fonction des évaluations du psychomotricien ainsi que des projets personnalisés et des besoins exprimés par le résident. Le psychomotricien dispose de différentes compétences développées au fil de sa formation et de son expérience professionnelle qui viennent enrichir la prise en soin de la personne âgée :

- Relaxations thérapeutiques et techniques de respiration
- Toucher thérapeutique
- Education gestuelle et gymnastique douce
- Techniques d'expression corporelle
- Activités d'équilibration et de coordination
- Ateliers sensoriels
- Approches spécifiques telles que Snoezelen et balnéothérapie

C'est un ensemble de médiations utilisées par le psychomotricien qui tendent à répondre aux besoins d'accompagnement du résident, en prenant en compte les possibilités et les affinités de chacun.

L'accompagnement se fait également autour de la prévention qui est primordiale chez la personne âgée, en lien avec la diminution des capacités psychomotrices. Le psychomotricien peut intervenir par des stimulations psychomotrices et des techniques d'approche corporelle dans la prévention des risques autour de la chute, de la perte d'autonomie, de l'isolement et des troubles dépressifs, de la dénutrition.

## *b) Les outils du psychomotricien dans le soutien de l'attachement*

S'intéresser à l'attachement, c'est s'intéresser à la relation. La relation est au cœur de la pratique psychomotrice. Il s'agit de penser le sujet dans sa dimension psychocorporelle en relation avec soi, l'autre et l'environnement. Chaque histoire est à prendre en considération afin de comprendre les réactions de la personne face à des situations stressantes ou angoissantes. En se référant aux vécus et à la subjectivité du sujet, l'accompagnement de l'attachement en psychomotricité se fait à tous les niveaux.

La relation thérapeutique est une relation dynamique qui s'installe entre le résident et le psychomotricien, une relation intersubjective. Elle « *s'appuie sur l'établissement d'un lien humain fondamental, par l'engagement corporel du psychomotricien... En psychomotricité, c'est cette relation qui reste garante de la réalité du sentiment d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer dans ce rapport d'aide* » (Scialom, 2011).

Des choses de l'ordre de l'intimité se jouent dans la relation dyadique résident/thérapeute. Le psychomotricien dispose d'un ensemble d'outils lui permettant d'instaurer une relation de confiance avec le résident et répondre aux objectifs du projet thérapeutique.

### 1. L'alliance thérapeutique :

#### 1.1. Définition :

De façon générale, l'alliance thérapeutique correspond aux « *liens de confiance et de collaboration qui se mettent en place entre le thérapeute et son patient. Le climat émotionnel positif engendré par l'alliance va servir de catalyseur, rendant efficaces les interventions techniques spécifiques* » (Hervé & Maury, 2004).

La première rencontre avec le résident fournit des informations sur la personne et conduit à une observation fine de ses manifestations corporelles et émotionnelles. Cette rencontre joue un rôle essentiel dans la mise en place de l'alliance thérapeutique et des premiers liens de confiance entre les deux partenaires. Pour E. ZETZEL, le devenir du soin dépend de la qualité de cette alliance thérapeutique. Elle est donc indispensable au bon fonctionnement et à l'efficacité de la thérapie (Zetzel, 1966).

Par ses différentes qualités relationnelles, le psychomotricien tente de placer la relation au centre de la prise en soin et d'instaurer un climat de confiance dans son mode de présence à l'autre :

- ❖ **L'empathie** : Il s'agit de la capacité à se mettre à la place de l'autre, de voir le monde comme il le voit et de reconnaître les émotions d'autrui sans pour autant les partager et les ressentir.
- ❖ **Le respect** : Le psychomotricien tente d'accepter l'autre sous tous ses aspects, sans jugement de valeurs. Il se centre sur la personne dans son unicité et reconnaît le caractère humain du sujet dans sa façon d'être au monde et digne d'intérêt.
- ❖ **La bienveillance** : D'après la définition du Larousse, il s'agit de la « *disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui* ». Par sa bienveillance, le psychomotricien reçoit les différentes expressions corporelles, émotionnelles et affectives du sujet dans un espace de compréhension et d'écoute.
- ❖ **L'implication corporelle** : Le corps est le médiateur principal des échanges. Le psychomotricien s'implique corporellement dans l'échange dont l'accompagnement se fait à travers une écoute corporelle et verbale du résident.
- ❖ **L'écoute et la disponibilité** : C'est une écoute globale du sujet. Par son implication psychocorporelle, le psychomotricien est dans un mode d'écoute de soi et de l'autre et se montre disponible et prêt à recevoir les différentes expressions psychomotrices de la personne. Il s'agit d'être présent dans l'échange, montrer de l'intérêt pour la personne en s'impliquant tant dans l'action que dans l'écoute globale du résident.

## 1.2. Le rôle de l'alliance thérapeutique dans l'attachement :

En instaurant une relation de confiance avec le résident, ce dernier se sent écouté, compris et libre d'expression. Cela renforce l'image du corps de la personne et son estime de soi.

Effectivement, tout individu se construit dans le regard de l'autre et ce, depuis la naissance. Selon C. POTEL, « *si un bébé n'est jamais regardé, si on ne fait jamais attention à lui, [...] il pourra éventuellement se construire dans un schéma corporel tout à fait cohérent et organisé, mais son image corporelle traduira un manque : manque de respect pour lui-même, dévalorisation, fragilité narcissique* » (Potel, 2019). Par son regard spécifique, le psychomotricien porte une attention toute particulière à l'individu. La personne âgée est entendue, regardée, et un sentiment de revalorisation émerge, alors même que sa vie est constamment remaniée, accentuée par l'entrée en EHPAD.

*Madame R. est une personne très soucieuse de son image. Elle aime se maquiller, se coiffer et assortir ses vêtements. C'est une femme très sociable et compte un grand nombre d'amis.*

*A son arrivée en EHPAD, Madame R. se retrouve éloignée de sa famille et coupée de sa vie sociale d'avant. Cela provoque une baisse d'estime de soi chez Madame R. Elle ne se considère plus et ne prend plus plaisir à prendre soin d'elle.*

*Lui proposer un temps d'écoute, l'encourager à participer aux activités de l'EHPAD et prendre du temps pour elle, ont pour objectif de renforcer le sentiment d'être de Madame R. Par le biais de l'alliance thérapeutique, Madame R. a confiance en la relation instaurée avec le psychomotricien et peut se sentir revalorisée.*

Le fait de « prendre du temps » pour une personne rentre dans une autre temporalité, celle du psychomotricien. La temporalité fait partie intégrante du cadre thérapeutique.

## 2. Le cadre thérapeutique :

### 2.1. Définition :

« *Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2019). Le cadre s'organise dans la prise en soin psychomotrice et vise à offrir contenance et sécurité pour le résident.

La sécurité est indispensable dans le soin. La personne doit pouvoir se sentir libre d'exprimer ses différentes manifestations corporelles et psychiques sans entraver sa propre sécurité. Cela passe par la fonction contenante du cadre et du psychomotricien lui-même. Par la contenance, la personne peut construire des repères dans le suivi qui sont nécessaires au sentiment de sécurité, de réassurance et de maintien de l'intégrité psychocorporelle. Pour cela, le cadre répond à un certain nombre de règles et comprend plusieurs conditions :

- ❖ **Le cadre spatial** : le psychomotricien réalise le suivi des résidents dans un lieu sécurisant afin de contenir ses différentes expériences sensorielles et motrices. Toutes les séances se font au sein de l'EHPAD. Dans mon stage, les suivis individuels se font généralement dans la chambre du résident, tandis que les séances de groupe ont lieu dans les espaces de vie commune. Les lieux doivent s'adapter en fonction des possibilités et des besoins du résident, tout en tenant compte des repères construits par la personne. Une séance individuelle peut par exemple s'orienter autour de l'approche Snoezelen dans la salle dédiée, ou bien il peut s'agir d'aller marcher dans le jardin, et donc sortir du cadre de la chambre.
- ❖ **Le cadre temporel** : la régularité est nécessaire dans l'accompagnement psychomoteur du résident afin qu'il puisse prévoir et organiser son temps en fonction des séances. La fréquence et les horaires des séances s'organisent selon les jours de présence du psychomotricien mais également en fonction de la disponibilité du résident (temps de soins et des repas, sieste, activités organisées au sein de l'EHPAD, visites familiales, ...).
- ❖ **Le cadre institutionnel** : si le psychomotricien est garant du cadre thérapeutique, ce cadre repose avant tout sur l'institution et son fonctionnement. La journée du résident s'organise autour de la vie institutionnelle. Le travail en équipe permet la mise en place d'un projet global pour le résident qui peut être soumis à un grand nombre d'imprévus.

Le psychomotricien doit pouvoir adapter sa prise en soin en fonction des contretemps et veiller à maintenir une régularité.

Le cadre sert de sécurité tant pour le résident que pour le psychomotricien et en cas de débordements, les deux partenaires doivent pouvoir se référer au cadre. Le psychomotricien est sensible au patient et tente de l'apaiser et le protéger des débordements et des angoisses, en ayant conscience de ses propres manifestations émotionnelles, ses traits de personnalité et sa capacité d'empathie.

## 2.2. Le rôle du cadre thérapeutique dans l'attachement :

Au temps de la vieillesse où l'insécurité est de plus en plus présente, la personne âgée a besoin de construire des repères lui assurant sécurité et apaisement. La fonction contenante et sécurisante du cadre confère à la personne âgée une réponse aux besoins d'attachement qui ont pour objectif principal le retour à la sécurité.

Par la répétition et la régularité des séances, le psychomotricien vient soutenir les besoins de réassurance et de disponibilité. Un lien peut être fait avec la notion de macrorhythmes chez l'enfant développée par D. MARCELLI. Ils correspondent au rythme des soins maternel ayant une fonction organisatrice. « *Inscrit dans un macrorhythme suffisamment répétitif stable et sûr, le bébé peut « construire » la continuité de son narcissisme où ce qui est attendu advient, où l'attente confirmée calme et apaise* » (Marcelli, 2007). Si les macrorhythmes sont irréguliers, l'enfant peut ressentir des angoisses corporelles envahissantes.

Chez la personne âgée, ses ressources sont parfois dépassées. Lorsque le cadre est lui-même dépassé, il peut être difficile pour le résident de se mobiliser suffisamment pour apaiser son anxiété face à un changement de rythme.

*J'accompagne Madame S. tous les jeudis en séance individuelle dans sa chambre. Généralement, le suivi a lieu le matin, entre la toilette et le repas du midi. Les imprévus au sein de l'EHPAD (retard dans les soins, réunions d'équipe, formations, aides aux repas, ...) font que nous devons adapter les horaires des séances individuelles.*

*Lorsque je ne peux rencontrer Madame S. le matin, je trouve un temps dans l'après-midi.*

*Elle m'exprime alors qu'elle m'attendait le matin et que cela a perturbé l'organisation de sa journée. Madame S. exprime un besoin de prévisibilité dans le soin, mais également des besoins d'attachement de par la recherche de ma disponibilité. Un temps de réassurance est nécessaire. Je lui rappelle le cadre, lui expliquant que je suis présente tous les jeudis et qu'il m'est parfois impossible de faire la séance le matin.*

*En se référant au cadre et à sa fonction contenante, il est possible pour Madame S. de s'apaiser et d'investir pleinement la séance.*

### 2.3. Le suivi individuel et/ou groupal dans l'attachement :

En psychomotricité, certains objectifs ne seront pas les mêmes au sein d'une relation dyadique ou dans le cadre d'un groupe. Le psychomotricien appréhende ce qui se joue dans chacun des cas en fonction de l'histoire, des besoins et/ou de la maladie du résident afin d'orienter son accompagnement. Le choix d'orienter vers un suivi individuel ou groupal répond à des critères bien définis du projet thérapeutique. Il se fait en fonction des évaluations et observations du psychomotricien et selon les motivations du résident. Que ce soit individuel ou groupal, l'accompagnement psychomoteur en EHPAD permet de maintenir du lien avec le résident et de tenter de répondre à ses besoins d'attachement.

Une prise en soin individuelle peut évoluer vers une prise en soin groupale et inversement, sur réévaluation ou observation de l'évolution du résident. Un sujet peut être amené à participer à plusieurs types d'accompagnement en même temps selon ses besoins.

#### **La prise en soin groupale, exemple de « l'atelier équilibre » :**

L'atelier équilibre réalisé par la psychomotricienne sur mon lieu de stage, avec 7-8 résidents, a pour objectif premier la prévention et le repérage des risques de chute.

Chez la personne âgée, le risque de chute augmente considérablement, en lien avec la diminution des capacités physiques, sensorielles, cognitives mais également par l'augmentation de la prise de médicaments (baisse de la vigilance, hypotension, ...) et un environnement parfois inadapté. Selon l'OMS, les chutes représentent la première cause de décès accidentels après 65 ans.

Face à la perte d'autonomie, la personne âgée peut développer une peur de chuter. Elle recherche alors davantage la proximité avec ses figures d'attachement pour atteindre un état de sécurité.

Par des exercices de respiration, de conscience corporelle, de gymnastique douce, d'équilibration, etc., l'atelier vise à étayer les capacités physiques restantes des résidents afin de maintenir, voire améliorer leur équilibre, leur autonomie et leur confiance en eux, et par conséquent agir sur leurs besoins d'attachement.

Le groupe peut alors concerner les personnes en demande elle-même de mouvements, les personnes observant une baisse des capacités physiques (entraînant une peur de la chute et une perte de confiance en soi) mais également les personnes ayant déjà chuté. Effectivement, une chute entraîne inmanquablement des retentissements psychologiques, psychosociaux et physiques de la plus haute importance (Albaret & Aubert, 2001). Il paraît essentiel d'accompagner les personnes après leur chute et prévenir contre l'apparition d'un syndrome post-chute. Selon l'HAS, « *le syndrome post-chute se caractérise par une désadaptation psychomotrice par réduction spontanée de l'activité, diminution des capacités fonctionnelles, troubles posturaux (dont la rétropulsion) et troubles de la marche, augmentant ainsi le risque de nouvelle chute.* »

Au-delà du soutien moteur, le groupe a aussi pour objectif le soutien relationnel et la socialisation entre les résidents. La dynamique de groupe peut avoir une fonction rassurante lorsque la relation duelle est difficile. C'est un espace de créativité, de partage et d'échange dans lequel les résidents ne manquent pas de s'encourager et de s'entre-aider. Le fait de partager toutes les semaines un temps avec d'autres résidents peut augmenter le sentiment de valorisation et de se sentir regardé, écouté et investi dans une activité sociale.

*Madame A. s'est fracturée le col du fémur à la suite d'une chute en janvier 2020. Elle s'est faite poser une prothèse de hanche et a dû suivre de longs mois de rééducation en kinésithérapie pour regagner en possibilité de mouvement.*

*Madame A. est une personne active et très volontaire dans sa prise en soin. Elle se montre motivée pour retrouver ses capacités d'avant. Ayant pris connaissance de l'existence du groupe équilibre, Madame nous a manifesté son envie d'y participer.*

*Madame A. est très participative dans le groupe. Sa bienveillance envers les autres personnes du groupe entraîne un sentiment de cohésion et de riches encouragements entre les différents résidents. Madame A. nous exprime que ce groupe lui fait du bien, qu'elle apprécie de voir ses capacités motrices évoluer, tout en partageant ce temps avec d'autres résidents.*

Par des approches corporelles et relationnelles, le psychomotricien peut venir soutenir la personne dans la reconstruction de son image de soi.

### **La prise en soin individuelle :**

Le choix d'un suivi individuel dépend des capacités physiques, cognitives et psychiques de la personne ainsi que de ses propres besoins. Certains résidents ne sont pas en quête de relation et l'idée même d'intégrer un groupe ne paraît pas envisageable.

La relation duelle entre le psychomotricien et le résident renforce la communication, la possibilité d'agir sans subir de jugement et une adaptation spécifique à ses besoins. Chaque séance s'organise autour du résident et de ses possibilités, ses besoins et ses envies du jour.

Par des techniques à médiation corporelle (relaxation, expression corporelle, toucher thérapeutique, gymnastique douce, ...), le psychomotricien propose des projets individualisés afin de limiter les angoisses et la désorientation ainsi que les difficultés suivantes : peur de la chute, douleur majorée par la souffrance psychique, difficultés d'adaptation, troubles du comportement et de la personnalité, troubles émotionnels et relationnels, dévalorisation de l'image du corps, ...

La relation intersubjective entre les deux partenaires permet une écoute plus spécifique de la personne. En instaurant une alliance thérapeutique, le résident peut s'exprimer librement et manifester ses besoins d'attachement dans un contexte contenant et sécurisant.

### 3. Le travail en équipe :

La pluridisciplinarité est au cœur du travail du psychomotricien. Il se nourrit des échanges et des différents regards portés par l'équipe sur les résidents. Ce travail permet d'adapter les prises en soin dans un but commun et dans le respect de la personne. Il s'agit d'accompagner le résident en complémentarité des autres suivis (s'il y en a).

Le travail en équipe permet un échange de savoirs et de savoir-faire entre le corps médical et paramédical.

Les infirmiers peuvent renseigner le psychomotricien concernant l'état de santé des résidents au quotidien et avant toute intervention de sa part. Le psychomotricien reste disponible pour les aider à prendre en charge des résidents qui refusent les soins ou qui ont des troubles du comportement nécessitant un accompagnement non médicamenteux en plus du traitement.

Les aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie peuvent faire part au psychomotricien de leurs observations sur le résident dans sa vie quotidienne pour l'aider à engager et/ou faire évoluer les prises en charge. Le psychomotricien peut aborder ses observations lors des séances, afin de les aider dans la compréhension du résident au quotidien et de les soutenir lors des difficultés rencontrées.

L'animateur peut donner des indications sur le comportement des résidents en situation de grands groupes ou en dehors de toute démarche thérapeutique. Le psychomotricien peut apporter des notions thérapeutiques et des informations sur les progrès et les difficultés des résidents. Le matériel de psychomotricité peut servir aux animations.

Psychomotricien, psychologue, kinésithérapeutes et ergothérapeute travaillent en complémentarité dans les accompagnements thérapeutiques des résidents. La richesse des différents métiers permet de répondre au mieux aux besoins des résidents et leur procurer une présence à tous les niveaux. L'arrêt d'un suivi peut conduire au commencement d'un autre suivi, afin de garder du lien pour le résident et répondre à ses besoins d'attachement.

*Madame C. est suivie en kinésithérapie et en psychomotricité depuis son opération de la hanche en mai 2020. L'accompagnement psychomoteur a pour objectif de soutenir les différentes capacités physiques de Madame par un soutien relationnel important.*

*Madame C. est très anxieuse de ne pas retrouver sa mobilité d'avant. Nos séances tous les jeudis s'orientent autour du besoin de réassurance et de longs échanges car Madame exprime un besoin de parler.*

*Etant suivi en kinésithérapie toutes les semaines, et face à la faible évolution du suivi psychomoteur, la psychomotricienne propose à Madame C. de suspendre le suivi et de faire le relai avec la psychologue. Par la continuité des soins, Madame n'a pas de sentiment d'abandon et peut maintenir un temps et un espace de parole.*

#### 4. Le corps en relation :

##### 4.1. Définition :

Le corps est un réel support à la communication et peut représenter le premier mode d'entrée en relation. Dès la naissance, le bébé communique avec son entourage par l'intermédiaire du corps.

Selon J. DE AJURIAGUERRA, en psychomotricité, il s'agit d'appréhender « le corps-en-relation ». Par sa mise en jeu corporelle dans le soin, le psychomotricien rencontre le corps de l'autre. Ce sont deux corps qui se font face, eux-mêmes porteur de l'identité du sujet.

L'être humain est capable d'exprimer un ensemble de pensées, d'émotions et de sentiments à travers son corps. Dans la relation thérapeutique, le psychomotricien observe, ressent et reste attentif aux manifestations et expressions du patient. Cette lecture de l'autre se fait en grande partie par l'observation du tonus. Le tonus est la toile de fond du fonctionnement musculaire, tant dans la motricité et le maintien de la posture que dans l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective du sujet. « *Le tonus est le principal agent de la communication émotionnelle* » (Robert-Ouvray, 2007).

H. WALLON développe en 1930 la notion de « dialogue tonique ». Le bébé naît inachevé et dispose comme seul moyen de communication avec l'extérieur son tonus musculaire, à la base du mouvement, du geste, de l'intelligence et de l'émotion.

J. DE AJURIAGUERRA parle de « dialogue tonico-émotionnel ». Ce serait « *le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre [...]. S'intéresser au dialogue tonico-émotionnel porte donc tout naturellement à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux partenaires* » (Bachollet & Marcelli, 2010).

Le tonus varie selon les individus. Il est propre à chacun et porteur de l'histoire et de la personnalité du sujet. La lecture du corps en psychomotricité peut nous renseigner sur la façon dont une personne se vit et s'exprime dans un environnement entre soi et l'autre. Par le corps, psychomotricien et patient se rencontrent et s'adaptent en fonction des états toniques de l'autre.

#### 4.2. La lecture des comportements d'attachement :

Les comportements d'attachement se transmettent dans la communication. La communication est à la base de la relation, elle se fait entre une ou plusieurs personnes et est porteuse de sens avec des objectifs précis : obtenir des réponses aux besoins et ne pas être isolé.

Il s'agit d'un phénomène social, régi par des règles, des codes, des normes sociales qui varient en fonction des cultures. La communication s'adapte aussi en fonction des interlocuteurs (l'âge, la culture, le statut socio-professionnel, etc ...). L'être humain baigne dans la communication depuis le plus jeune âge, dès la grossesse (coups de pieds dans le ventre, paroles de la maman pour son enfant, ...) et perdure tout au long de la vie.

#### La communication verbale :

Elle concerne les échanges qui passent par la parole, le langage verbal. En psychomotricité, la parole du patient doit pouvoir être entendue et écoutée. Elle permet d'exprimer et de mettre en mot des ressentis, de façon explicite ou implicite. Il s'agit d'un réel canal de communication qui peut renseigner et donner des informations sur la personne.

Les comportements d'attachement peuvent être exprimés verbalement. « *Vous êtes gentille de prendre du temps pour moi* », « *Vous avez mieux à faire que vous occuper de moi* », « *J'ai peur de vous déranger* ». Différentes phrases que j'ai pu entendre au cours de mon stage qui expriment un même besoin : une recherche de lien. Une personne qui a peu d'estime pour elle envisage difficilement d'avoir de l'attention car elle se considère peu. Lorsque la communication verbale est possible, l'expression des besoins d'attachement peut être exprimée de façon explicite : « *Je me sens seule, j'ai besoin de passer du temps avec quelqu'un* », ou de façon implicite.

*Madame S. utilise la sonnette d'alarme pour appeler les soignants à plusieurs reprises dans la journée. Si une demande d'aide est exprimée de sa part, il s'agit avant tout d'une importante demande d'attention.*

*Elle cherche à engager la discussion et se plaint de différents problèmes (dossier du fauteuil roulant inconfortable, table pour manger trop basse, ...) qui visent à maintenir notre présence dans sa chambre.*

### **La communication non-verbale :**

J. CORRAZE définit les communications non-verbales comme s'appliquant « *à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise* » (Corraze, 1980). Il rajoute que les communications non-verbales donnent « *des informations sur l'état affectif et pulsionnel de l'émetteur, sur son identité et sur le milieu extérieur* ».

La communication non-verbale est transmise par le biais de différents canaux, notamment les 5 sens, qui permettent d'interagir avec le milieu :

- **Le regard** : il permet l'engagement et le maintien de la communication. Le regard peut soutenir, apporter confiance dans le lien par un regard bienveillant. Le regard insistant d'un résident posé sur le psychomotricien peut manifester une recherche de lien et un besoin de maintenir la proximité (comportement de signalisation).

- Le sourire : il s'agit d'un vrai outil social permettant de rentrer dans la relation et de la rendre plus agréable. C'est également un comportement de signalisation qui vise à maintenir la proximité avec la figure d'attachement.
- Les pleurs : il s'agit d'un comportement aversif qui cherche à rétablir la proximité avec la figure d'attachement. Les pleurs expriment une détresse émotionnelle qui doit pouvoir être entendue afin de ne pas laisser la personne dans un sentiment d'insécurité. Les pleurs sont parfois le seul moyen pour un individu d'exprimer un mal-être.
- La posture : elle renseigne sur la façon dont une personne est engagée dans la relation. La posture est en lien avec le tonus. L'engagement corporel d'une personne en dit long sur sa façon d'appréhender la relation et de rechercher une réponse à ses besoins.
- Les distances interpersonnelles : la proxémie est une notion développée par E. T. HALL. Il s'agit de la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction. Il existe différents types de distances telles que la sphère intime, personnelle, sociale ou publique. L'étude de la proxémie permet de connaître les limites, savoir où se placer dans la relation avec le patient, dans quelle sphère se situer. La distance que met la personne âgée dans la relation donne des indications sur ses besoins relationnels.
- Les manifestations physiologiques : la respiration, la transpiration, les rougeurs peuvent traduire l'état émotionnel de la personne. Si ces critères augmentent, l'individu peut être en situation d'insécurité et de mal-être.
- Le toucher : une personne qui nous tient la main pendant un échange manifeste le besoin et l'envie de maintenir l'échange.

*En passant devant sa chambre, je m'aperçois que Madame C. pleure devant la télé. J'entre et m'approche d'elle pour voir ce qu'il se passe.*

*Nous discutons un long moment. Lorsque je sens que Madame est apaisée, je lui explique que je dois m'en aller. Elle m'attrape la main et la serre très fort contre son visage. Elle continue à me parler en gardant ma main entre les siennes.*

*Le comportement de Madame C. exprime un réel besoin de maintenir le lien. Le temps de la séparation doit être pris en considération. Je lui explique que je reviendrai plus tard dans la journée pour voir comment elle se sent. Madame semble rassurée et lâche le contact.*

- La déambulation : « *les comportements d'agitation ou régressifs doivent être resitués du côté des pulsions de vie parce qu'ils témoignent peut-être d'une défense face à la baisse d'efficacité cognitive, au vécu d'étrangeté, certes, mais aussi à l'inadaptation des réponses relationnelles apportées. Ces comportements viennent exprimer quelque chose de l'attachement quand manquent les mots pour le dire et le faire respecter* » (Bonnet, 2012).

Lorsque les mots manquent ou dans le cas d'un attachement insécure, il peut être difficile pour la personne âgée d'exprimer des besoins d'attachement. Pourtant, ces besoins sont constamment présents et s'expriment de façon implicite.

Par ses différents outils, le psychomotricien doit pouvoir lire et repérer les manifestations de la personne âgée afin de lui apporter réconfort et sécurité. L'instauration d'une relation de confiance avec le résident en EHPAD permet de mieux appréhender la personne dans sa façon de vivre en relation avec soi et avec l'autre, et de pouvoir s'y adapter.

## Partie 2 : L'attachement chez la personne âgée en période d'épidémie de Coronavirus (COVID-19)

Le 9 janvier 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) annonce officiellement la découverte d'un nouveau type de coronavirus (SARS-COV-2). Ce virus est responsable d'une maladie infectieuse respiratoire appelée COVID-19, à l'origine d'une pandémie. Le 24 janvier 2020, 3 cas sont recensés en France métropolitaine.

La transmission du virus se fait essentiellement par voie aérienne et passe par un contact rapproché (moins d'un mètre) et durable (au moins 15 minutes) avec un sujet contagieux. Le virus peut également présenter une infectiosité pendant quelques heures sur des surfaces inertes d'où il peut être transporté par les mains.

En l'absence de traitement, afin d'empêcher la propagation du virus, il existe différents gestes barrières à respecter décrits par les autorités de santé : (liste non exhaustive)

- Port du masque obligatoire dans les espaces publics et quand la distance de 2m ne peut pas être respectée
- Se laver régulièrement les mains (eau + savon ou gel hydroalcoolique)
- Saluer sans serrer les mains, sans embrassades
- Conserver une distance d'au moins 1,5m avec tout interlocuteur
- Bien aérer les pièces

Au 17 mars 2020, la France recense une progression de 1097 cas et 24 décès en 24h avec un total depuis le début de l'épidémie de 7730 cas et 175 décès. Afin de stopper la croissance exponentielle de la pandémie, le pays est mis à l'arrêt et entre dans une période de confinement national jusqu'au 11 mai 2020 (soit une durée de 1 mois et 23 jours).

## A. L'impact de la crise sanitaire dans la vie en EHPAD

### *a) Un chamboulement dans l'organisation de l'EHPAD*

L'établissement dans lequel je suis en stage a connu deux périodes de confinement : la première de mars à mai 2020, durant le confinement national, et la deuxième en janvier 2021 suite à de nouveaux cas infectés dans l'EHPAD. Ce deuxième isolement a duré du 24 décembre 2020 au 20 février 2021, atteignant un nombre de 42 cas de résidents testés positifs à la COVID-19.

Ayant débuté mon stage en janvier 2021, je suis arrivée en pleine période de crise et j'ai dû, de ce fait, m'adapter très vite à ce nouveau rythme au sein de l'EHPAD.

Plusieurs restrictions ont été mises en place dans l'EHPAD : isolement des résidents en chambre, suspension des visites familiales, arrêt des ateliers de groupe.

#### ➤ L'isolement en chambre :

Cet isolement a pour objectif de limiter la transmission du virus entre les résidents. Ces derniers ne sont plus autorisés à quitter leur chambre. Les repas, habituellement assurés dans les salles à manger, ont dorénavant lieu dans la chambre.

Dans les unités protégées (UP), la déambulation est fortement présente chez certains résidents. En temps normal, ces unités sont déjà des lieux « isolés » de l'EHPAD : les résidents ont leur propre salle à manger, leur propre salon et leur propre jardin. Les capacités cognitives des résidents en UP entravent leur compréhension du mode de transmission du virus. La plupart n'ont d'ailleurs pas conscience et connaissance du virus. Face à la difficulté pour eux de rester confiné dans leur chambre, l'isolement se fait directement au sein de l'unité protégée (au risque qu'ils se contaminent entre eux).

#### ➤ Suspension des visites extérieures :

Afin d'empêcher des nouveaux cas de contamination dans l'EHPAD, les familles ne sont plus autorisées à voir leur proche.

Il y a des exceptions lorsqu'un résident est en fin de vie ou que son état de santé se dégrade. La famille peut alors venir rendre visite à son proche, mais le temps de visite est limité.

Les intervenants extérieurs tels que les art-thérapeutes ou les musiciens ne peuvent plus rentrer dans l'EHPAD et assurer leurs activités.

➤ L'arrêt des ateliers de groupe :

Les ateliers entraînant un rassemblement des résidents (ateliers proposés par l'animatrice, groupes thérapeutiques, ...) ne peuvent plus se produire.

Les accompagnements thérapeutiques par la psychomotricienne, la psychologue, l'ergothérapeute et les kinésithérapeutes doivent se faire dorénavant en chambre. Il y a possibilité de faire marcher les résidents dans le couloir uniquement avec le masque et s'il n'y a pas d'autres personnes présentes.

## *b) Les impacts*

Face à toutes ces réorganisations dans le fonctionnement de l'EHPAD, les impacts se font à tous les niveaux. Résidents, familles, direction, professionnels, toutes ces personnes ont dû faire face à un nouveau mode de vie, une nouvelle façon de travailler mobilisant les capacités d'adaptation de chacun d'entre nous.

### 1. L'impact chez les résidents :

Modifier le fonctionnement de l'EHPAD entraîne inévitablement la modification de la vie de la personne âgée. Alors même que le résident se construit une nouvelle vie et des nouveaux repères, toutes ses habitudes de vie se voient modifiées.

Toute vie est impactée par la crise sanitaire, chacun avec un vécu différent de la situation. Mais lorsqu'au temps de la vieillesse la personne fait face à des réorganisations constantes (séparations, deuils, ...), le vécu de la crise sanitaire peut venir majorer les sentiments de peurs et d'angoisses.

#### 1.1. Le retentissement moteur :

Le fait de rester isolé dans la chambre entraîne une diminution des déplacements. Les activités des résidents sont limitées et consistent pour la plupart à dormir, manger, lire, regarder la télé, écouter de la musique. Les déplacements se résument pour certains au transfert du lit à la table pour manger, puis de la table au lit.

Cette absence de mobilité a entraîné d'importantes conséquences dans l'autonomie des personnes. Il est constaté par l'ensemble de l'équipe une augmentation de la dépendance dans les soins et les déplacements.

Les kinésithérapeutes étant des intervenants extérieurs, certains ont cessé de venir. Plusieurs résidents se sont retrouvés sans séance de kinésithérapie, qui était parfois leur seul suivi.

L'arrêt du groupe équilibre a entraîné une perte de mobilité chez tous les résidents participants. Il s'agissait pour certains de leur seul accompagnement en psychomotricité. La psychomotricienne ne travaillant que deux jours et demi par semaine, il lui était impossible d'accompagner tous les résidents individuellement.

Ainsi, beaucoup de résidents se sont retrouvés sans accompagnement, seuls face à leurs difficultés motrices. Certaines personnes ne trouvent plus l'intérêt et le plaisir de faire une activité physique dans leur chambre. Un désinvestissement moteur s'observe, entraînant de nouvelles difficultés. D'après les chiffres de chutes recensés au sein de l'établissement, une dizaine de résidents, qui ne chutaient pas avant la période d'isolement, enchainent aujourd'hui les chutes. C'est le cas de Madame H.

*Madame H. est une personne active et qui a besoin d'être constamment en mouvement. C'est une grande sportive qui courait plusieurs marathons.*

*A son arrivée dans l'EHPAD, Madame H. continue à entretenir ses capacités physiques. Elle occupe son temps à marcher en extérieur, à faire des étirements dans le couloir et du yoga. Elle passe très peu de temps dans sa chambre.*

*Durant le confinement, Madame H. perd le goût du sport. Elle dit « qu'elle tourne en rond » et cela l'attriste. Elle cesse de faire ses étirements et passe ses journées entières dans son lit.*

*A la fin de l'isolement, la psychomotricienne constate une diminution des possibilités motrices de Madame H. Les capacités d'équilibration sont moindres et le risque de chute augmente.*

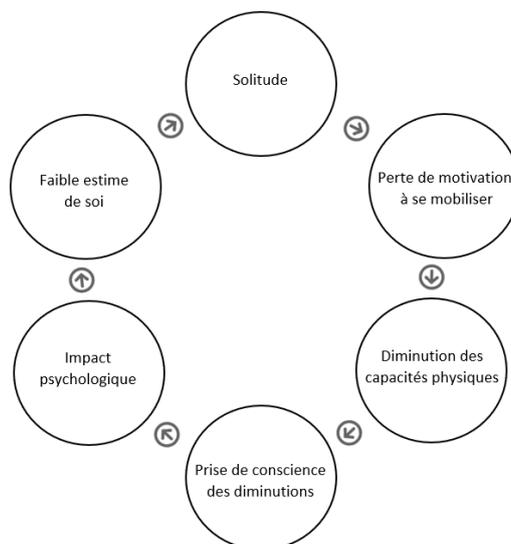
Cette vignette clinique témoigne d'une altération des compétences motrices chez cette résidente, en lien avec un retentissement psychologique.

## 1.2. Le retentissement psychologique :

L'ensemble de la vie sociale du résident est bousculé. La vie collective s'arrête et l'éloignement familial se fait davantage ressentir. C'est un réel isolement social qui s'installe. Lorsque les proches représentent les seules personnes ressources pour la personne âgée, être coupé de tout lien physique avec eux peut être vécu difficilement. Cela peut conduire à un retrait et un désinvestissement psychomoteur chez le résident.

Selon le rapport de l'Organisation des Nations Unies sur « *L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées* », pour les personnes âgées vivant en EHPAD, « *les mesures de distanciation physique en vertu desquelles les visites et les activités en groupe sont limitées peuvent avoir un effet négatif sur leur santé physique et mental et leur bien-être* » (ONU, 2020).

Face à des besoins relationnels et affectifs importants chez la personne âgée vivant en EHPAD, le contexte d'isolement peut les laisser sans réponse. Le risque de développer des troubles dépressifs augmente (et ce pour toute la population) et face à la solitude, le résident peut rentrer dans un cercle vicieux.



## 2. L'impact chez les professionnels :

Les nouvelles réorganisations institutionnelles ont nécessité une adaptation des professionnels. Durant cette crise sanitaire, toute l'équipe se mobilise afin d'accompagner au mieux le résident dans cette période de vie compliquée.

Le travail en équipe est d'autant plus nécessaire et un élan de solidarité est né au sein de l'EHPAD. Le travail des différents soignants est parfois sorti de son champ d'action :

Les aides-soignantes, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie ont tenté de mobiliser les résidents durant les soins apportés : marche dans la chambre, mobilisations passives et actives.

Psychomotricienne et ergothérapeute ont proposé de faire marcher les résidents dans le couloir. Elles ont également été sollicités par les équipes pour une aide au repas. Effectivement, le fait de distribuer les repas dans chaque chambre provoque une perte de temps considérable et une surveillance moindre. Pour les résidents qui nécessitent un accompagnement dans la prise du repas, la psychomotricienne a pu assister les équipes et les soulager.

L'impact psychologique des professionnels est également à prendre en compte dans ce contexte particulier. Un sentiment de fatigue tant physique que psychologique est ressenti. Les professionnels sont submergés par le travail et par les demandes grandissantes des résidents.

Comment répondre aux besoins d'attachement des résidents lorsque le système d'attachement des professionnels est lui-même activé ?

Face à un résident qui exprime « se sentir seul » et « ne plus supporter de ne pas voir sa famille », la psychomotricienne a pu entendre certains soignants répondre « eh bien moi aussi je ne vois plus ma famille, et moi aussi je me sens seule ».

L'entre-aide doit se faire à tous les niveaux : entre les résidents et les soignants, entre les professionnels, entre la direction et les professionnels ; en gardant à l'esprit la visée soignante et thérapeutique des réponses apportées aux résidents.

La qualité d'adaptation du psychomotricien a été mise à l'épreuve. Travailler en période d'épidémie, c'est accepter de parfois sortir de son axe de travail et venir soulager le travail des autres professionnels. Aide aux repas, soutien moral et psychologique des équipes, ajustement des suivis psychomoteurs, augmentation des prises en soin individuelle, etc. sont un ensemble d'adaptations auxquelles la psychomotricienne a dû faire face.

Face à tous ces changements, les besoins d'attachement des résidents sont doublement activés. Le soutien relationnel et social est plus que présent dans un contexte d'insécurité général.

Nous allons voir au fil des études de cas de Madame S. et Madame R. comment le psychomotricien, à travers sa pratique, vient soutenir les besoins d'attachement des résidents, ainsi que les répercussions de la crise sanitaire chez la personne âgée en EHPAD.

## B. L'accompagnement du psychomotricien au sein de l'EHPAD durant la crise

### a) *Etude de cas : Madame S.*

J'accompagne Madame S. en séance individuelle de psychomotricité tous les jeudis depuis le mois de janvier 2021.

#### 1. Histoire de vie :

J'ai réalisé un entretien avec Madame S. en avril 2021, lorsque la relation de confiance était déjà installée, afin de relater des éléments de vie.

Madame S. est de nationalité française, originaire des Landes (40). Elle est âgée de 87 ans. Elle s'est mariée à l'âge de 30 ans avec Monsieur S. Ils ont eu une fille, aujourd'hui âgée de 46 ans. Leur fille est porteuse de trisomie 21 et vit dans un foyer de la région. Durant l'entretien, Madame S. associe la maladie génétique de sa fille à l'âge auquel elle l'a eu (42 ans). En discutant avec la psychomotricienne de l'établissement, qui a eu l'occasion de réaliser plusieurs entretiens avec Madame S., elle m'explique que le sentiment de culpabilité envers la maladie de sa fille est quelque chose qui revient souvent.

Madame S. travaillait dans le secteur de la fonction publique, à la poste, dans une ville en Gironde (33). Elle a pris sa retraite à l'âge de 57 ans et a déménagé à la campagne avec son mari. C'est un lieu qu'elle appréciait beaucoup.

Son époux est décédé il y a 5 ans. Il travaillait en tant que chef de fabrication.

Madame S. est proche de sa fille, elle est l'unique personne qui lui rend visite (tous les 15 jours) et la considère comme son seul soutien social et affectif.

Madame S. est fille unique. Son père est décédé à la guerre lorsqu'elle avait 7 ans. Tout au long de l'entretien, elle ne cesse de me répéter que sa vie n'est pas intéressante et qu'elle n'a personne dans son entourage hormis sa fille.

Concernant ses centres d'intérêts, Madame S. apprécie écouter la radio et de la musique (notamment le classique et les variétés des années 60-70). Elle aime lire, en particulier des romans et ouvrages sur l'histoire de la musique. Elle prenait plaisir à jardiner. Elle apprécie le théâtre mais n'aime pas le cinéma.

Sur le plan social, Madame S. se considère comme quelqu'un de « sauvage », d'un naturel « solitaire », mais apprécie la compagnie.

Elle m'exprime avoir été « patraque » toute sa vie, ce qui l'a empêché de faire ce qu'elle aurait aimé faire. Lorsque je lui demande à deux reprises au cours de l'entretien si elle souhaite m'expliquer, elle change de sujet.

## 2. L'entrée en EHPAD :

Au décès de son mari, en 2016, Madame S. ne souhaite plus rester seule dans sa grande maison, qui représente « trop d'entretien » selon elle. Elle décide de s'installer dans une Résidence Personnes Agées (RPA), non loin de chez elle.

En décembre 2018, Madame S. est victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) et est transférée à l'hôpital. Elle y reste un mois et demi. A sa sortie de l'hôpital, Madame a retrouvé de la mobilité mais reste hémiplégique du côté droit. Etant moins autonome qu'avant, Madame S. ne souhaite pas retourner dans la RPA et déménage dans l'EHPAD en janvier 2019.

Depuis, elle exprime se plaire dans l'établissement et souhaite autant que possible rester à l'EHPAD pour sa fin de vie.

Plusieurs mois après son arrivée, différents bilans et observations ont été réalisés par l'équipe médicale afin d'évaluer son état de santé. Les différents résultats m'ont permis de dresser un profil psychomoteur :

### Sur le plan moteur :

Selon la grille d'Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR), Madame S. a un Groupe Iso Ressources (GIR) égal à 3. Elle nécessite une aide complète pour la douche, les toilettes et pour s'habiller. L'hémiplégie entrave la réalisation des tâches du quotidien.

Madame S. ne marche pas seule, elle nécessite une aide technique (déambulateur) ou humaine, et se déplace majoritairement en fauteuil roulant.

Le test de Tinetti qui évalue le risque de chute en lien avec la motricité est réalisé en août 2019. Avec un total de 20 points, le risque de chute est élevé, surtout durant les transferts.

### **Sur le plan cognitif :**

Le Mini-Mental State Examination (MMSE) est un test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne. Le MMSE est réalisé en juin 2019 et ne montre pas de suspicion de démence. Madame S. est capable de s'orienter dans le temps et dans l'espace. La mémoire épisodique est efficace. Elle peut présenter des difficultés au niveau de la mémoire de travail en lien avec la capacité de concentration, mais parvient à la solliciter. Les épreuves d'écriture et de copie n'ont pas pu être réalisées compte tenu de son hémiplégie au bras droit (Madame étant droitère).

### **Sur le plan psychologique :**

Un NPI-ES est réalisé en juillet 2019 afin d'évaluer son humeur et comportement. Madame S. est anxieuse, elle évite la collectivité qui peut la rendre plus nerveuse. Elle est en demande constante de soins (médecin traitant, médecin coordonnateur, infirmiers, ...).

Madame S. peut présenter de l'agitation et de l'agressivité. Elle exprime des demandes et des exigences quant à la façon exacte de faire les choses.

### **Sur le plan social :**

Madame S. s'est sociabilisée avec plusieurs résidentes de l'établissement, qu'elle considère comme ses amies.

Si Madame s'estime comme quelqu'un de solitaire, elle ne présente aucune difficulté à entrer en interaction avec d'autres résidents.

Elle participe à certaines activités de groupe mais passe la majorité de son temps dans sa chambre, à écouter la radio.

Elle n'exprime pas de souhaits précis quant aux activités auxquelles elle aimerait participer.

Un suivi en kinésithérapie est installé toutes les semaines depuis mai 2019 pour de la rééducation post-AVC et aider Madame à retrouver en mobilité et en autonomie.

Face à son anxiété, la psychologue propose un suivi une fois toutes les 3 semaines. Madame S. n'a pas accepté un suivi plus régulier car cela demande un investissement émotionnel trop important pour elle.

Des chutes à répétition sont observées depuis le mois de juillet ainsi que d'importantes plaintes corporelles chez Madame S. La psychomotricienne de l'établissement décide de la rencontrer.

### 3. Le suivi psychomoteur :

Lors du premier entretien, Madame S. exprime le besoin de marcher plus souvent. Elle a l'impression que depuis ses dernières chutes (8 chutes en 2019), la mobilité du membre inférieur droit a diminué et que le travail en kinésithérapie devient moins efficace.

Elle exprime ne pas savoir si ses récentes pertes de capacités sont liées à l'évolution physique ou à la peur de tomber à nouveau. Les chutes de Madame S. ont toutes lieu la nuit, lorsqu'elle se lève seule pour aller aux toilettes. Une surveillance nocturne plus poussée est à mettre en place et la psychomotricienne encourage Madame S. à solliciter les soignants la nuit lorsqu'elle a besoin de se lever.

Madame S. a conscience de sa difficulté à s'autoriser à lâcher prise et à se reposer. Elle dit ressentir l'agitation globale de l'établissement (trop de résidents, trop de personnels intérimaires et de soignants fatigués) et qu'elle n'arrive pas à trouver du calme.

L'entretien a duré 50 minutes. Ce qu'il en ressort principalement sont les nombreuses plaintes de Madame liées à des douleurs, un inconfort corporel et matériel (lit, fauteuil roulant, table, ...) ainsi qu'une importante anxiété. Elle se sent décliner, dit avoir du mal à accepter les changements corporels, les douleurs et la perte d'autonomie.

La psychomotricienne envisage un suivi autour de la mobilité et des chutes dans une démarche de prévention. Un travail autour du vécu et de la conscience corporelle permettrait à Madame S. de prendre conscience de ses capacités restantes, diminuer l'anxiété et renforcer son estime de soi. La proposition d'une prise en charge groupale paraît adaptée au projet de soin de Madame et cela lui permettrait de maintenir des interactions avec un petit groupe de résidents.

#### 3.1. L'atelier équilibre :

Madame S. est surprise de pouvoir participer à l'atelier. Elle pensait ne pas avoir assez de capacités motrices pour bénéficier de cet accompagnement. Elle intègre le groupe en février 2020

L'atelier équilibre vise à accueillir les mêmes résidents au fil des semaines afin d'évoluer dans une dynamique de groupe. Les premières séances sont axées sur des mouvements de gymnastique douce, d'étirements, de respiration et de conscience corporelle. Les transferts de la position assise à debout puis de debout à assis sont travaillés.

Plus les résidents évoluent et prennent conscience de leurs possibilités au cours des séances, plus les exercices proposés deviennent davantage complexes : tenir en équilibre sur un pied, marcher sur différentes textures, marcher en fermant les yeux, etc.

Madame S. ne viendra que 2 fois à l'atelier. Effectivement, Madame se sentait en difficulté durant les exercices et aurait souhaité avoir toute l'attention de la psychomotricienne envers elle. Le fait de ne pas obtenir la disponibilité dont elle avait besoin n'a fait qu'augmenter son anxiété. Ne souhaitant plus venir à l'atelier, le suivi individuel est apparu comme étant la meilleure solution afin d'accompagner Madame S. au plus près de ses besoins.

Cependant, le premier confinement survient à ce moment et un ensemble d'imprévus repousse le début de la prise en soin individuelle.

### 3.2. Le vécu de la crise sanitaire :

La psychomotricienne retourne voir Madame S. en mai 2020. Madame se sent affaiblie et amaigrie depuis l'épisode de confinement. Sa fille a été hospitalisée suite à la contamination par le virus. Cela a entraîné chez Madame une grande inquiétude concernant la santé de sa fille, et une difficulté à « remonter la pente ». Elle a peur de ne plus revoir sa fille et le sentiment d'insécurité et d'anxiété ne cesse d'augmenter. De plus, Madame exprime avoir manqué de soutien par l'équipe soignante, moins présente pour elle compte tenu de la charge de travail durant le confinement.

L'établissement ne comptant plus de cas infectés par la COVID-19, le repas dans les salons est à nouveau possible. Cependant, Madame S. se montre réticente à retourner manger avec les autres résidents. Elle a peur de se faire contaminer et dit ne plus pouvoir se déplacer correctement pour descendre au salon. Madame exprimant des sentiments d'abandon, l'équipe insiste sur le fait qu'il serait important pour elle de retrouver un contact social auprès des autres résidents, car le fait de ne plus venir au restaurant participe à son isolement. Mais Madame S. ne veut pas et reste enfermée dans sa chambre.

La crise n'a fait qu'augmenter les sentiments de peur, de solitude et de faible confiance en soi et envers ses capacités. Madame S. se montre volontaire et enthousiaste pour commencer le suivi individuel en psychomotricité.

### 3.3. L'accompagnement individuel :

Les séances individuelles sont axées sur un travail autour du vécu corporel via des mouvements de gymnastique douce, de marche et des exercices de respiration afin d'apaiser l'anxiété. Madame S. apprécie ce temps en individuel. C'est un endroit dans lequel elle peut bénéficier d'une écoute spécifique et exprimer librement ses différentes angoisses.

Cependant, les nombreuses plaintes de Madame l'empêchent de s'investir pleinement dans le suivi. Ses douleurs corporelles interfèrent avec la sphère psychologique. Il devient difficile pour la psychomotricienne de mobiliser Madame qui exprime se sentir fatiguée et épuisée. Chaque semaine, une plainte différente est exprimée (mal de tête, douleurs aux articulations, mal de dos à cause du fauteuil roulant inconfortable, vue qui baisse, etc.). Elle est consciente de ses importantes demandes tant auprès de la psychomotricienne que de l'équipe tous les jours, qu'elle explique par sa difficulté à accepter sa perte d'autonomie.

Le travail autour de la revalorisation du corps est essentiel afin de renforcer l'estime de soi et orienter Madame vers des pensées plus positives.

Mais plus les séances passent, moins Madame S. se montre disponible. Elle retarde les toilettes et les soins du matin afin d'empiéter sur le temps des séances de psychomotricité. Ou alors elle se met dans le lit avant que la psychomotricienne arrive et se plaint d'être fatiguée. Pourtant, lorsque la psychomotricienne ne vient pas la voir, la semaine d'après, Madame S. lui reproche avec agressivité de l'avoir « abandonné » alors qu'elle estime elle-même avoir besoin de ce suivi. Une ambivalence s'installe. Comment accompagner Madame S. ? Elle exprime des besoins évidents de mobilisation et de relation afin d'apaiser son anxiété, mais en même temps reste focalisée sur ses plaintes qui l'empêchent d'avancer dans le suivi.

Se référer au cadre thérapeutique apparaît essentiel. Il faut expliquer à Madame S. que le suivi devient utile et prend du sens uniquement s'il reste régulier. Les plaintes ont leur place dans l'accompagnement si elles ne viennent pas interférer sur l'évolution et les progressions de Madame. De plus, les séances ne peuvent pas se faire dans le lit. C'est un travail qui se fait à deux et qui nécessite un engagement corporel des deux partenaires. De son côté, la psychomotricienne continue à prévenir Madame S. lorsqu'elle ne peut pas assurer une séance, afin que Madame ne ressente plus un sentiment d'abandon et puisse organiser sa journée autrement. Elle a besoin de se référer à un cadre contenant et rassurant afin d'apaiser son anxiété.

Sur ces bases thérapeutiques redéfinies, Madame S. s'investit à nouveau dans le suivi. Elle montre davantage d'intérêt dans les séances et exprime que la psychomotricité lui « fait du bien ».

C'est à ce moment que je rencontre Madame S.

#### 3.4. Ma rencontre avec Madame S. et nos séances :

Je la rencontre en janvier 2021, accompagnée de la psychomotricienne pour leur suivi hebdomadaire. L'isolement en chambre est à nouveau imposé à cette période.

Elle m'accueille chaleureusement et apprécie de rencontrer de nouvelles personnes pour s'occuper d'elle. Nous lui proposons de marcher dans le couloir avec le déambulateur. Madame exprime le plaisir de marcher, malgré un léger essoufflement lié à l'effort fourni. Son humeur est positive ce jour mais elle nous parle d'une appréhension quant à la propagation du virus dans l'établissement.

Nous convenons ensemble que je viendrais dorénavant seule accompagner Madame S. tous les jeudis. Elle n'y voit pas d'inconvénients et insiste sur le fait que « je dois me former ».

Ainsi, tous les jeudis, je propose des séances variées alliant des mobilisations passives et/ou actives, de la marche ainsi que des massages lorsque Madame manifeste des douleurs. Lorsque je questionne Madame sur son état physique, elle n'a pas l'impression d'évoluer mais au contraire que son état empire (pourtant Madame chute moins et ses plaintes sont moindres). Il est primordial de continuer ce travail de mobilisation, surtout en cette période d'isolement, afin que Madame S. maintienne son autonomie et gagne en confiance.

De réels besoins d'attachement sont exprimés chez Madame S. Elle fait face à une insécurité tant physique que psychique. Son impression de perdre en autonomie et en possibilités motrices conduit à une accentuation de l'anxiété. Lorsque je ne peux venir la voir pour une quelconque raison, Madame S. me dit que « je lui ai manqué », et « qu'elle a senti mon absence ». Par ces phrases, Madame exprime une vraie recherche de proximité. Elle exprime un besoin relationnel, qui se trouve amplifié par le fait de ne plus voir sa fille.

A chaque fin de séance, le temps de la séparation est important. Lorsque je lui explique que je dois partir, Madame S. recommence à se plaindre de douleurs ou cherche un moyen de maintenir le contact : « *Vous ne voulez pas regarder mon fauteuil, je crois qu'il a un problème* » ou bien « *attendez je vais aux toilettes et après vous m'aidez à enfiler ma veste* ».

Je ressens parfois une certaine agressivité quand je dois partir « *oui bien sûr, vous avez mieux à faire que vous occuper de moi* ». Ce sont des temps que je dois anticiper, comme en lui annonçant qu'après le massage je dois partir. La séparation est mieux vécue lorsque je lui explique en amont le déroulé de la séance, et que je m'appuie sur la prévisibilité du cadre.

En mars 2021, Madame S. est contaminée par le virus. Cela l'affaiblit beaucoup et la peur ne cesse d'augmenter. Une peur de perdre davantage en autonomie, une peur de ne plus revoir sa fille mais aussi une peur de mourir. Je ne peux plus aller voir Madame S. durant une période de 3 semaines.

Depuis que le suivi a repris en avril, les séances tournent de nouveau autour de ses plaintes. Madame S. exprime être fatiguée et ne plus vouloir marcher, « je n'ai plus la force ». Madame est très essoufflée et tousse beaucoup depuis sa contamination. Il devient difficile pour elle de se mobiliser et de fournir un effort. Comme elle marche avec le kinésithérapeute, je lui propose durant nos séances des mobilisations passives et actives sur le fauteuil, mais Madame reste focalisée sur ses douleurs durant toutes les séances.

A chaque début de séance, lorsque je prends de ses nouvelles, elle me répond « *oh mais comment voulez-vous que j'aille bien avec ces douleurs au dos, ce bras droit que je n'arrive plus à mobiliser, ce dossier de fauteuil trop dur, cette table qui n'est pas adaptée à ma taille* » etc. Madame S. se dévalorise beaucoup et ne prend pas conscience de ses capacités restantes et des ressources dont elle dispose. A chaque exercice que je lui propose, Madame exprime « ne pas y arriver ». Pourtant, elle peut le faire.

#### 4. Conclusion :

L'accompagnement des besoins d'attachement de Madame S. se fait à plusieurs niveaux. Depuis son AVC, Madame semble ne pas avoir fait le deuil de ses capacités d'avant. Elle se plaint de sa perte d'autonomie qu'elle manifeste par une sollicitation importante des équipes et un besoin d'attention permanent. Le fait d'appeler constamment les soignants la journée exprime un besoin de recherche de proximité face à un sentiment de vulnérabilité. Nous pouvons dire que Madame S. a investi les soignants comme des figures d'attachement au sein de l'EHPAD car ils lui apportent des réponses à ses besoins.

Nous ne pouvons justifier si l'isolement a eu un impact direct sur Madame S., mais il n'a fait que majorer ses inquiétudes et ses peurs. Ses besoins d'attachements au sein de l'établissement se voient augmentés, d'autant plus depuis que sa fille ne peut plus y répondre par sa présence physique. Face à ses difficultés d'adaptation, Madame S. s'isole davantage et rentre dans le cercle vicieux (présenté précédemment).

Lorsque je questionne Madame S. sur la crise sanitaire et la façon dont elle l'a vécue, elle me répond que cela l'a beaucoup marqué.

Le suivi psychomoteur est centré sur un travail autour des vécus corporels et la prévention de la chute, en lien avec l'anxiété et les somatisations de Madame S. Par notre qualité d'écoute et de disponibilité psychocorporelle, Madame prend conscience d'être accompagnée et de ne pas être seule face à ses difficultés.

Notre travail aujourd'hui s'oriente spécifiquement autour de la revalorisation psychique et physique, lui faire prendre conscience que certaines capacités sont encore présentes. Chaque réussite du quotidien doit être valorisée. C'est un travail autour de l'image du corps, celui qu'elle dénigre tant. Maintenir voire gagner en autonomie permettrait à Madame de gagner en confiance et en estime de soi.

Lorsque j'ai expliqué à Madame S. que j'allais écrire ces quelques pages à propos de notre travail ensemble, elle m'a répondu « *Oh vous feriez mieux de prendre quelqu'un d'autre, je ne suis vraiment pas intéressante* ». A travers cette phrase, Madame exprime le peu de considération qu'elle a envers elle, ainsi que le besoin de réassurance. C'est un besoin d'attachement.

Ainsi, à travers les différents outils dont dispose le psychomotricien (la relation, le corps, le cadre thérapeutique, les médiations corporelles), nous pouvons accompagner Madame S. dans ses éprouvés corporels afin de l'aider à surmonter son anxiété.

Je prépare déjà Madame S. à mon départ, en juin 2021, et à cette nouvelle séparation qu'elle va vivre. Quand nous abordons ce sujet, Madame m'explique combien ce suivi lui fait du bien et qu'il s'agit « du suivi dont elle a vraiment besoin ». Je tente d'accompagner au mieux Madame S. dans cette fin de suivi afin qu'il ne soit pas vécu comme un « abandon ». La psychomotricienne de l'établissement continuera d'accompagner Madame S. afin de répondre à ses besoins.

## *b) Etude de cas : Madame R.*

Je souhaite à présent aborder le cas clinique d'une résidente atteinte de la maladie d'Alzheimer. Je me suis effectivement questionnée, à travers nos séances avec Madame R., sur les besoins d'attachement dans le cas d'une démence, ainsi que sur les effets de la crise sanitaire sur l'état de santé général. C'est une personne qui manifeste des besoins relationnels importants et pour qui le contexte sanitaire a eu un impact à tous les niveaux.

### 1. Histoire de vie :

Madame R. est de nationalité française, âgée de 74 ans. Elle fut mariée à Monsieur R. avec qui elle a eu un fils et une fille. Son fils ne vit plus dans la région, tandis que sa fille vient lui rendre régulièrement visite, accompagnée de sa petite-fille dont elle est proche. Madame R. travaillait en tant qu'assistante maternelle. Monsieur R. est décédé il y a plusieurs années. Il était menuisier.

Nous avons très peu d'informations sur la vie de Mme R. et cela semble compliqué pour elle de relater des éléments de vie compte tenu de son état de santé actuel. Toutefois, nous savons qu'elle est la dernière-née d'une fratrie de 4 enfants (2 filles, 2 garçons). Un de ses frères est décédé et elle n'a plus de contact avec sa sœur. Elle a toujours vécu en Gironde entre ville et campagne.

Concernant ses centres d'intérêts, Mme R. apprécie les activités en extérieur (randonnées, jardinage, promenade), les émissions TV, les films humoristiques, les lectures diverses, le sport, les animaux (bien qu'elle n'en ai jamais eu). Elle a exprimé qu'elle souhaitait participer à différentes activités proposées à l'EHPAD tels que des activités corporelles et de plein air, de la cuisine, du tricot, de l'art floral, des activités socio-culturelles et activités ludiques (jeux de société, cartes, etc ...).

Sur le plan social, Mme R. est encore en contact avec 3 amis de l'extérieur. Elle se présente comme quelqu'un de sociable et ouvert aux autres.

### 2. Arrivée en EHPAD :

Madame R. est arrivée dans l'établissement par nécessité médicale, en octobre 2019. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer et la vie seule à domicile devenait complexe au fil du temps.

La dégradation cognitive fut rapide chez Mme R. et représentait un épuisement trop important pour sa fille, seule à s'occuper de sa mère. Le placement en institution est apparu comme étant la meilleure solution tant pour Mme R. que pour son entourage.

Voici les différentes observations qui ont pu être faites chez Madame R. :

### **Sur le plan moteur :**

Selon la grille d'Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR), Madame R. a un Groupe Iso Ressources (GIR) égal à 4. La locomotion n'est pas altérée, elle est autonome dans ses déplacements mais nécessite une aide pour les soins et les repas.

Avec un score de 24 au test de Tinetti, le risque de chute chez Madame R. est peu élevé. Elle ne présente pas de perte d'équilibre, ni dans la marche, ni dans les changements de direction ou les transferts. Elle ne nécessite pas d'aide à la marche, ni d'appui pour se lever.

### **Sur le plan cognitif :**

Le MMSE est réalisé en décembre 2019. Elle obtient 14 points, qui caractérise la suspicion d'une démence modérée.

Elle présente une désorientation spatiale et temporelle bien qu'elle sache repérer en quelle année nous sommes après un long temps de réflexion.

La mémoire immédiate est efficace. Par contre, après une tâche interférente brève, le rappel des trois mots est impossible. La consigne est elle-même oubliée.

La mémoire de travail est très déficitaire avec une capacité d'attention et de concentration limitée.

L'écriture est préservée malgré certains mots difficilement lisibles.

En juillet 2020 (après la première période de confinement), l'équipe soignante constate une dégradation dans les capacités cognitives de Madame. Le MMSE est à nouveau réalisé, avec un score obtenu de 10. L'apprentissage reste possible. La lecture et l'écriture sont conservées, en revanche la copie du dessin est impossible. Madame R. présente un manque du mot qui est vécu avec beaucoup de frustration. Elle est cependant consciente de ses troubles de la mémoire et est en demande de stimulation cognitive.

### **Sur le plan psychologique :**

Un NPI-ES est réalisé en novembre 2019. Madame R. présente des idées délirantes en lien avec la persécution sur le thème du vol et de l'abandon. Des hallucinations sont observées : elle exprime voir des bêtes, des serpents.

Au niveau de l'agitation et de l'agressivité, Madame R. peut hausser le ton avec les autres résidents, et la négociation est nécessaire pour les soins d'hygiène. L'anxiété est présente, elle évite les rassemblements festifs car trop de monde. D'après sa fille, Madame a toujours eu une « personnalité très anxieuse ». On note une importante déambulation.

En juin 2020, une réévaluation du NPI-ES observe des hallucinations visuelles et auditives. Il y a la présence d'une certaine irritabilité, elle s'impatiente pour les activités quotidiennes.

### **Sur le plan social :**

Madame R. est quelqu'un de sociable, elle ne présente aucune difficulté à entrer en communication avec l'autre. Elle participe à toutes les activités proposées par l'EHPAD et semble y montrer du plaisir. Elle apprécie fêter son anniversaire.

Les échanges avec les autres résidents sont bons, bien qu'elle puisse présenter une certaine irritabilité face à une personne dont les capacités cognitives sont plus diminuées. D'ailleurs, lors de nos échanges, elle me dira souvent « Heureusement que je ne suis pas comme elle ».

La relation avec les hommes est particulière. Madame R. exprime aimer plaire et être soucieuse de son image : elle va chez le coiffeur une fois par mois, elle se maquille très souvent et aime s'habiller et assortir ses vêtements. Elle a entretenu des relations avec plusieurs hommes de la résidence. Chaque séparation avec ces hommes était mal vécue, elle ressentait un sentiment d'abandon et cela semblait rejouer des choses de son mariage. Je lui ai une fois suggérée d'aller se promener avec un résident, elle m'a répondu : « Oh non, vous savez, il faut se méfier des hommes, je ne leur fais pas confiance ».

Madame R. est suivi en psychologie en lien avec son anxiété, ainsi qu'en orthophonie, afin de maintenir la communication et mobiliser ses capacités cognitives.

Madame R. étant en demande d'activités corporelles et de sociabilisation, la psychomotricienne lui propose de participer à l'atelier équilibre.

### 3. Le suivi psychomoteur :

#### 3.1. L'atelier équilibre :

La participation de Madame R. à l'atelier équilibre compte plusieurs objectifs. Il permet de répondre aux demandes de Madame quant à sa volonté de rester en mouvement, de maintenir son autonomie dans les déplacements mais aussi de bénéficier d'un lieu dans lequel elle est en relation avec d'autres résidents.

Selon la psychomotricienne de l'établissement, durant l'atelier, Madame R. participe activement à la dynamique de groupe avec beaucoup d'entrain. Elle fait d'ailleurs partie des résidents les plus volontaires à venir au groupe. Elle a une bonne confiance en ses capacités motrices. Elle est capable de reproduire sans difficulté les exercices proposés. Elle peut par exemple tenir plusieurs secondes en équilibre sans appui, se pencher en avant sans perte d'équilibre et ses mouvements sont fluides.

Madame R. participe à l'atelier de janvier 2020 à mars 2020. Les évolutions se font ressentir, elle gagne en confiance et se sent revalorisée. Madame étant soucieuse de son image, il est important pour elle de maintenir ses capacités physiques et de ne pas perdre en autonomie. Le groupe participe au renforcement de l'estime de soi, tant dans le soutien moteur que dans le soutien relationnel. Malheureusement, la première période de confinement a conduit à la suspension de l'atelier et à l'isolement en chambre.

#### 3.2. Le vécu de la crise sanitaire :

La psychomotricienne n'a pas pu accompagner Madame R. en séance individuelle pour plusieurs raisons. Le soutien psychologique de Madame était la priorité durant cette période, l'anxiété ayant été majorée par le contexte d'isolement. Elle a continué à être suivie par la psychologue toutes les semaines. De plus, l'effet du groupe était bénéfique chez Madame, de par les liens qu'elle pouvait créer avec les résidents. Au-delà du soutien de sa motricité, c'était avant tout un besoin relationnel exprimé par Madame R.

Finalement, les thérapeutes ont tenté de se répartir les prises en charge durant cette période. La psychomotricienne a dû accompagner en priorité des résidents qui ne bénéficiaient plus d'aucun suivi.

Durant cette période Madame R. exprime le fait d'être inquiétée par le comportement des équipes (réunions, discussions, stress ambiant) et les tenues (masques, surblouses, visières).

Les capacités cognitives de Madame, en lien avec la maladie d'Alzheimer, font qu'elle n'a pas conscience de l'existence du virus. Il est par conséquent difficile pour elle de comprendre l'origine de cette agitation et le fait de devoir rester isolée dans la chambre.

« *Il est décrit souvent chez la personne âgée démente anxieuse un état subjectif de détresse dans lequel se mêlent des sentiments de malaise, d'insécurité et de vulnérabilité* » (Plociniak, 2015). Ce sentiment d'insécurité que peut ressentir Madame R. est accentué par le contexte d'insécurité général au sein de l'établissement. Madame R. recherche une sécurité par les liens d'attachement qu'elle crée avec les autres résidents, ainsi que les visites de sa fille et petite-fille. Mais en période de confinement, Madame n'a plus accès à ces personnes ressources. Il devient difficile pour elle de retrouver apaisement et réconfort.

Pendant l'isolement, la psychomotricienne qui passait un jour devant la chambre de Madame R., la retrouve en pleurs sur son lit. Elle exprime l'envie de mourir, de laisser la place aux autres, dit regretter de ne pas pouvoir être entourée des siens pour mettre un terme à sa vie. Elle souffre de l'absence de stimulation et de communication avec les autres résidents. La situation est mal vécue pour Madame R., elle qui exprime tant le besoin de maintenir des liens avec les autres résidents. Comment faire comprendre à cette dame l'importance de l'isolement pour sa sécurité, alors qu'elle cherche elle-même une sécurité auprès de ses proches ou des autres résidents ?

A la fin de l'isolement, la grande majorité des résidents qui participaient à l'atelier équilibre n'étaient plus assez autonomes pour continuer le groupe (conséquence de l'isolement et du manque de mobilisation). La psychomotricienne a décidé de ne pas reprendre immédiatement l'atelier afin de venir soutenir d'une autre manière les différentes sphères motrices, psychologiques et affectives des résidents.

### 3.3. Ma rencontre avec Madame R. :

Je rencontre Madame R. le 21 janvier 2021, en pleine période d'isolement. Face à la perte d'autonomie de plusieurs résidents (dont Madame R.), la psychomotricienne et moi-même décidons, avec l'autorisation de la direction, de mettre en place un petit groupe de motricité avec trois résidents en demande de mouvement, dans le respect des règles sanitaires.

Cet atelier a pour but de remobiliser progressivement les personnes qui ont perdu sur le plan moteur. Les 3 résidents que nous avons choisis sont dans la même unité et se connaissent car ils participaient à l'atelier équilibre.

Ce jeudi, je commence l'atelier avec les deux résidents tandis que la psychomotricienne va chercher Madame R. dans sa chambre.

A son arrivée, Madame R. semble désorientée. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer : elle arrive en cours d'atelier, elle ne me connaît pas et elle ne reconnaît pas les deux autres résidents. De plus, elle voit quatre personnes alors qu'elle est isolée depuis 2 semaines seule dans sa chambre. Pour autant, elle arrive à se mobiliser pour commencer la séance.

Nous étions debout autour d'une table, et j'initie des mouvements de gymnastique douce. Je propose des exercices de respiration, puis des échauffements des articulations, de la tête jusqu'aux pieds (rotations, flexion/extension, abductions/adductions, ...). La gymnastique douce a plusieurs objectifs : développer ou maintenir la conscience corporelle (importance de nommer chaque partie du corps), étayer la confiance en eux (en prenant conscience de leurs capacités restantes), mais aussi travailler la mémoire (rappel des possibilités de mouvement).

Madame R. montre de l'intérêt aux propositions. Elle observe tous mes mouvements et tente de les réaliser à l'identique. Je note d'ailleurs un mimétisme : lorsque je parle avec mes mains pour expliquer un mouvement, elle reproduit le mouvement de mes mains. La question de la compréhension des consignes peut se poser. De plus, j'observe une tendance à l'agressivité lorsqu'elle se retrouve en difficulté.

Sur le plan moteur, j'ai pu réaliser plusieurs observations :

La marche au lancement est hésitante. Cependant, une fois l'équilibre trouvé, elle est capable de marcher sur de longue distance à une allure rapide. Lors de nos séances de marche hebdomadaire, elle me demandera d'ailleurs d'accélérer souvent le pas.

Son tonus semble adapté aux situations, elle arrive à caler sa respiration en fonction de ses mouvements.

Au niveau de l'équilibre statique, elle est capable de rester plusieurs secondes en équilibre sur un pied. Cependant, il peut y avoir une mise en danger chez Madame R. car la conscience des risques est altérée en lien avec sa maladie. Effectivement, si je ne lui dis pas de reposer la jambe, elle peut rester longtemps sur un pied, jusqu'à la perte d'équilibre. L'accompagnement des risques autour de la chute apparaît nécessaire chez Mme R., d'autant plus son importante déambulation.

La poursuite de cet « atelier motricité » permettrait de préserver son autonomie et minimiser les risques de chute, ainsi que de maintenir du lien avec les deux autres résidents durant cette période d'isolement.

A la fin de l'atelier, je raccompagne Madame dans sa chambre. Je lui demande si elle a de quoi s'occuper. Elle me répond qu'elle n'a « plus goût à rien », qu'elle s'ennuie ici et qu'elle n'a « personne à qui se confier ». S'ensuit alors un long entretien où je la questionne sur ses habitudes, sa famille et son moral.

Elle m'explique qu'elle trouve cela triste de devoir rester enfermée dans la chambre, qu'elle a l'impression de tourner en rond. L'isolement en chambre a grandement renforcé son sentiment de solitude. Le fait de ne plus recevoir sa fille et sa petite-fille accentue son sentiment inutile et de ne plus avoir personne à qui parler. A travers cet échange, Madame R. m'exprime des besoins d'attachement important : l'éloignement familial l'empêche de trouver une proximité avec ses figures d'attachement. De plus, Madame R. sollicite peu l'équipe soignante. Elle reste seule face à ses difficultés et ses besoins.

Nous avons pu voir que la seconde évaluation du MMSE en juillet 2020 (après le premier confinement) montre une diminution des capacités cognitives de Madame R. Ses troubles cognitifs entraînent indirectement des comportements moteurs moins adaptés, une perte de capacité attentionnelle et une augmentation de l'anxiété. Plusieurs objectifs d'accompagnement apparaissent : le soutien de la motricité pour maintenir ses qualités préservées et prévenir de la chute, et le soutien relationnel pour lutter contre l'isolement et renforcer l'estime de soi.

Suite à de nombreux imprévus tous les jeudis, il a été difficile de maintenir « l'atelier motricité ». Je propose alors à Madame R. si elle souhaite qu'on aille marcher toutes les deux à l'extérieur tous les jeudis. Son visage s'illumine, elle me remercie, me dit que c'est très gentil de prendre du temps pour elle.

Le fait d'aller marcher a pour objectif, d'une part, d'entretenir sa locomotion, qu'elle continue à bouger et à se déplacer, mais également de permettre un temps d'échange, d'écoute et de parole. Ces temps sont précieux pour Madame, qui ressent le besoin d'être écoutée. Les mêmes thèmes de discussion reviennent souvent : la solitude, l'ennui, le moral, les hommes. Cependant, je note que sa vie d'avant n'est jamais abordée. Lorsque je lui pose des questions sur son passé, elle se mélange entre sa vie à l'EHPAD et son ancienne vie. Sa maladie la situe dans le moment présent.

Il est fréquent dans la maladie d'Alzheimer, à un stade avancé, que le sujet se cantonne uniquement à ce qu'il perçoit sur le moment. Les souvenirs s'effacent, le passé n'existe plus. « *A notre temporalité triadique et mêlée s'oppose apparemment chez la personne malade un seul temps, le présent, et une seule succession, celle des moments présents* » (Gzil & Hirsch, 2012)

Chaque semaine, Madame R. ne me reconnaît pas mais semble apprécier ce moment de marche. C'est un temps « qui lui fait du bien » me dit-elle.

A chaque fin de session de marche, je la raccompagne dans sa chambre et elle me demande si je reste avec elle. Le temps de séparation est à prendre en considération. Je tente de la rassurer en lui expliquant qu'elle n'est pas seule ici, que je reviens la semaine suivante et qu'on continuera ce travail ensemble.

#### 3.4. L'après confinement :

A la fin de l'isolement, Madame reste isolée. Je la retrouve souvent seule dans un coin du salon, tandis que les autres résidents discutent entre eux. Le confinement a impacté la fonction sociale de Madame R., elle qui était toujours enjouée à participer aux activités. Elle continue de me dire qu'elle « n'a pas le moral ».

Les capacités cognitives de Madame R. ne cessent de diminuer. A plusieurs reprises, des selles sont retrouvées dans sa chambre. Elle déambule davantage et sa mise en danger augmente. Il apparaît nécessaire de réévaluer les fonctions cognitives de Madame R. ainsi que son autonomie.

Le MMSE est réalisé en mars 2021. Elle obtient un score de 8. Il a baissé de 2 points par rapport à juillet 2020. La démence est considérée à ce stade comme étant sévère. Concernant l'AGGIR, elle obtient 2 GIR. Cela signifie qu'elle nécessite une surveillance permanente.

Par conséquent, l'unité ouverte n'est plus adaptée à la sécurité de Madame R. Le transfert en unité protégée (UP) est envisagé, car elle offre un cadre plus contenant et plus sécurisant pour les malades.

Cela nécessite un temps de discussion avec la famille car celle-ci doit donner son accord. Changer d'unité fait prendre conscience à la famille de la dégradation de l'état de santé de son parent. C'est rentrer dans un nouveau stade de la maladie qui peut être anxiogène pour le résident et son entourage.

C'est une nouvelle période que s'apprête à vivre Madame R. Un changement de chambre, un changement d'unité, de soignants et donc de repères qu'elle a pu construire. Mais nous y voyons un effet bénéfique pour Madame, outre le renforcement de sa sécurité. Les résidents au sein d'une unité protégée sont davantage à déambuler et à rester hors de leur chambre. Madame R. serait en contact permanent avec des personnes, ce qu'elle recherche tant. De plus, si un nouvel isolement est annoncé dans l'EHPAD, l'unité protégée permettrait à Madame R. de continuer à garder du lien avec les autres résidents car ils ne sont pas isolés en chambre.

L'établissement tente d'accompagner au mieux Madame R. dans cette réorganisation de vie. Nous avons dû examiner les chambres de l'unité protégée afin de repérer celle qui lui correspondrait le mieux. Il faut également choisir dans quelle unité elle irait (deux UP dans l'EHPAD), en fonction des personnalités des autres résidents. Pour cela, des temps d'adaptations sont proposés : Madame R. va passer quelques heures dans le salon d'une unité avec les résidents, puis dans l'autre unité. Quelques jours après, le schéma se reproduit. Il se trouve que Madame a construit des repères plus facilement dans une unité en particulier. Effectivement, lorsqu'elle y est retournée, Madame a pu reconnaître des résidents. Nous nous sommes donc tournés vers le choix de cette unité.

Le déménagement s'effectue en avril 2021. Je vais la voir le jour-même, dans l'après-midi, pour notre marche habituelle. Elle était assise dans le salon, entourée des autres résidents mais sans échanges entre eux.

Durant notre promenade dans le jardin, Madame R. m'explique qu'elle n'a pas le moral et qu'on l'a prise au dépourvu en la changeant d'unité (alors qu'elle avait été prévenue). Madame n'a plus conscience de ses troubles cognitifs, elle me demande « qu'est-ce que je fais avec ces fous ? ». De plus, elle s'inquiète pour sa famille, elle m'explique que nous aurions pu les prévenir de ce changement afin qu'ils donnent leur accord. Je lui affirme que sa famille a bien été prévenue, cela semble l'apaiser.

Je note cependant une confusion entre son ancienne unité et sa vie d'avant l'EHPAD. Elle me dit « cela m'inquiète d'être ici parce qu'avant c'était ma maison, avec ma famille, mes enfants ».

Au moment de retourner dans le salon, elle ne reconnaît plus l'unité, ni les personnes. Elle paraît inquiète, se raidit et ne veut plus avancer.

Je me suis questionnée sur le fait de lui avoir proposé cette séance ce jour. Je me suis dit qu'elle n'avait peut-être pas eu le temps de construire ses repères dans cette nouvelle unité, et que le fait de rentrer à nouveau à l'intérieur a provoqué une nouvelle découverte.

Mais peut-elle encore construire des repères à ce stade de la maladie ?

Je n'ai pu revoir Madame R. depuis cette séance, mais elle est suivie par la psychologue toutes les semaines. La psychologue émet que l'humeur et l'anxiété de Madame R. impacteraient ses fonctions cognitives.

Une réunion d'équipe est prévue le 12 mai avec l'ensemble des professionnels de l'unité, la psychologue et la famille de Madame R. afin de revoir et adapter son projet personnalisé et pour qu'elle puisse bénéficier d'un accompagnement plus centré sur ses besoins.

#### 4. Conclusion :

L'accompagnement psychomoteur de Madame R. a plusieurs objectifs. D'une part au niveau moteur en s'appuyant sur un réinvestissement corporel et en renforçant ses capacités actuelles (impactées par les troubles cognitifs). D'autre part au niveau relationnel en l'accompagnant dans ses ressentis, ses vécus et ses émotions.

Tout au long de sa vie en EHPAD, l'établissement et le psychomotricien ont accompagné les besoins d'attachement de Madame R. à différents niveaux : dans les séparations avec les hommes, dans ses relations aux autres résidents, dans son adaptation à la crise sanitaire et à l'isolement, et aujourd'hui dans son adaptation à l'unité protégée.

A travers le travail avec Madame R., j'ai compris que les besoins d'attachement sont constamment présents, même lorsque la personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Cependant, d'autres problématiques se posent. La dégradation des capacités cognitives ne fait que majorer le sentiment d'insécurité et de peur, entraînant une importante anxiété chez Madame R. Il devient difficile pour elle de trouver des capacités d'adaptation pour retrouver une sécurité interne.

L'isolement n'a fait qu'amplifier l'insécurité et l'anxiété de Madame R. Alors que Madame est en demande constante de relation, elle ne trouve pas de réponses à ses besoins. Pour une dame qui était très soucieuse de son image, il est essentiel en psychomotricité d'accompagner Madame vers une revalorisation en travaillant autour de l'estime et de la confiance en soi. Lui proposer un temps d'écoute, tout en mobilisant le corps durant la marche, tentent de répondre aux demandes de Madame R.

Des méthodes de relaxation et de détente corporelle sont à envisager pour tenter d'apaiser son anxiété, qui ne cesse d'évoluer.

## DISCUSSION

M'intéresser aux besoins d'attachement chez la personne âgée a permis de centrer mon regard au plus près de la relation dans le soin. Durant mon stage, j'ai réalisé à quel point les personnes âgées sont en demande relationnelle, même les personnes qui se définissent comme « solitaire », comme Madame S., ou qui expriment ne pas ressentir le besoin d'entretenir des relations avec d'autres résidents. Les besoins sont seulement exprimés différemment, en fonction de la personnalité, de l'histoire de vie et du rapport à l'autre, que la personne âgée a pu construire tout au long de sa vie.

Très souvent, j'ai pu croiser des résidents en pleurs ou en détresse émotionnelle, se plaignant d'un manque d'attention. Pourtant, ils sont accompagnés, ils voient des personnes matin et soir durant les soins, les repas, etc. Mais est-ce vraiment ce besoin attentionnel qu'ils recherchent ?

Que ce soit durant mon stage d'une semaine en gérontologie en septembre 2020, ou ce stage tous les jeudis, je n'ai été confrontée à la vie en EHPAD qu'en période de crise sanitaire. Si pour certains résidents, l'institutionnalisation a toujours été vécue difficilement, elle l'est devenue pour d'autres seulement à partir du confinement. La personne âgée se retrouve plus que jamais seule, à une période de sa vie où elle a besoin de se raccrocher à ses proches.

A contrario, certains résidents expriment « leur chance » d'être en EHPAD, surtout durant cette période. Ils me disent préférer être ici et voir un peu de monde, que pas du tout s'ils étaient seuls dans leur maison.

Ainsi, chaque personne a un vécu différent de la vie en EHPAD et le rôle du psychomotricien est d'apprendre à lire les demandes des résidents, toutes différentes en fonction des personnes.

Les besoins d'attachement de la personne âgée peuvent parfois se rapprocher de ceux de l'enfant. Comme par exemple le fait d'instaurer une régularité dans les soins qui peut faire penser à la notion de macrorhythmes chez l'enfant. Beaucoup de résidents tolèrent plus difficilement les changements d'organisation, le fait de ne pas être prévenu d'une visite ou d'un rendez-vous, ou encore de modifier l'heure du petit-déjeuner.

S. de BEAUVOIR explique en 1970, « *Contre la précarité objective de sa situation, contre son anxiété intime, le vieillard cherche à se défendre : il faut interpréter – du moins en grande partie – comme des défenses, la plupart de ses attitudes. Il en est une qui est commune à presque tous : ils se réfugient dans des habitudes* » (Bouisson, 2007).

Les habitudes peuvent permettre de rassurer, comme chez l'enfant, et de ne pas enfreindre le mode de fonctionnement de la personne âgée.

Mais il faut rester vigilant, dans la relation de soin, à ne pas tomber dans l'infantilisation ou le maternage. Les personnes âgées ont un vécu, une histoire, et une longue vie derrière eux. Si elles recherchent une proximité avec leur figure d'attachement, le retour du corps à corps dans les soins (notamment les toilettes) peut être vécu difficilement, ramenant à des choses très archaïques.

Le fait de ne pas prendre en considération la parole d'un résident, de tutoyer ou appeler la personne par son prénom sans son autorisation, de mettre la fourchette dans la bouche alors que la personne est autonome mais ne souhaite plus manger, sont des comportements que j'ai pu observer et qui peuvent témoigner d'une infantilisation. Si certains résidents sont en demande de maternage, d'autres expriment un mal-être face à de telles situations, et une non-prise en considération de leur propre identité.

Par son approche thérapeutique, le psychomotricien peut venir soutenir les équipes dans des modes d'accompagnement plus adaptés, centrés sur une lecture précise des comportements du résident. Ce travail en équipe au sein de l'EHPAD permet de répondre au mieux aux besoins de la personne âgée et de rendre sa vie en institution la plus agréable possible.

La période de crise sanitaire a un impact tant chez les résidents, que chez les soignants et les familles. Ce sentiment d'insécurité n'a fait que perturber la vie institutionnelle. Le soutien a dû se faire à tous les niveaux. C'est un soutien mutuel que j'ai pu observer au sein de l'EHPAD.

### *Le soutien à la famille :*

Lors d'une conférence à laquelle j'ai pu assister en mars 2021, il a été demandé aux différentes équipes soignantes quel était leur vécu face à l'absence des familles des résidents. Tous ont exprimés des difficultés dans l'accompagnement des résidents compte tenu de leurs plaintes de ne plus voir leur famille. Les soignants parlent d'un sentiment d'incapacité à pouvoir leur apporter une réponse. Ce sentiment d'incapacité, de ne pas être maître de la situation, nous conduit tous à une certaine fébrilité quant à l'accompagnement du résident.

Durant la période d'isolement, plusieurs familles ont exprimé la peur de ne plus revoir leur proche.

Lorsque les familles ont pu recommencer les visites, la plupart ont constaté une baisse psychologique chez leur proche en lien avec le peu de stimulation durant la crise. Les soignants constatent d'importantes difficultés émotionnelles dans l'entourage du résident. L'objectif dans les mois et années à venir est de créer davantage de lien avec les familles et de faire de l'aidant un réel partenaire de soin, afin que la personne âgée se sente soutenue à tous les niveaux.

### Le soutien à l'équipe :

La crise sanitaire est une situation inédite, pour laquelle chaque professionnel a mis du sien pour gérer au mieux la situation. Nous avons vu que le psychomotricien et les autres thérapeutes ont pu venir soulager les équipes par des aides aux repas, aux toilettes, quitte à mettre en suspend certains accompagnements, et sortir de leur champ d'action propre.

La qualité d'adaptation du psychomotricien fait qu'il a pu ajuster son temps entre la sollicitation des équipes et celle des résidents.

Le bien-être d'un professionnel est essentiel dans la prise en charge d'un patient. « Peut-on répondre aux manifestations émotionnelles d'une personne, si nous-même, en tant que professionnel, sommes en détresse ? »

Les outils thérapeutiques et relationnels du psychomotricien peuvent conduire certains soignants à se confier. Plusieurs fois au sein de mon stage, des soignants sont venus discuter avec la psychomotricienne de leur vécu de la situation, de la surcharge de travail et des difficultés que cela engendre. Le psychomotricien peut endosser le rôle de soutien à l'équipe de par sa disponibilité, sa qualité d'écoute et le temps dont il dispose.

Parler de la crise sanitaire dans cet écrit me paraissait indispensable, car je n'ai connu que cette situation au sein d'un EHPAD. J'ai pu analyser des besoins d'attachement chez la personne âgée, en faisant du lien avec le contexte d'insécurité dans lequel ils sont, dans lequel nous sommes. La sphère sociale d'une personne n'est-elle pas la première touchée par la crise sanitaire ? Et donc, face à un isolement, les besoins d'attachement ne sont-ils pas davantage sollicités ?

Je me suis alors questionnée sur ma place de stagiaire et comment j'ai pu me positionner en tant que future psychomotricienne.

En arrivant en période de confinement au sein de l'EHPAD, j'ai du très vite m'adapter à l'ambiance si particulière de l'établissement, et aux règles sanitaires strictes.

J'ai ressenti un sentiment de fatigue et d'épuisement général. Les professionnels sont submergés par le travail. Il a été difficile pour moi au début de mon stage d'assister à de vraies prises en charge psychomotrice. Si le psychomotricien tente d'installer une régularité dans ses suivis, la situation sanitaire n'a fait qu'imposer de l'irrégularité. Chaque jeudi était différent, avec son taux de difficultés.

De plus, j'ai été confrontée à la peur. La peur de contaminer un résident. La peur de me faire contaminer. Les gestes barrières recommandés peuvent conduire à des comportements incompatibles avec le soin en psychomotricité. Ne plus s'approcher ? Ne plus toucher ? Ne plus voir les sourires ou les mimiques du visage ? Cela a été pour moi l'adaptation la plus difficile. Le fait de devoir s'habiller en tenue de protection (charlotte, masque FFP-2, visièrre, surchaussure, surblouse) à chaque fois qu'on rentre dans une unité, puis tout enlever en sortant et recommencer pour entrer dans une autre unité fut très contraignant. Cela pèse sur le moral de tous les soignants. Mais aussi sur celui des résidents, par exemple Madame R. qui exprime être inquiétée par nos tenues. Plusieurs fois, des résidents en unité protégée m'ont demandé pourquoi nous étions habillés comme cela... Le fait d'être coupé de l'extérieur amène à un sentiment d'incompréhension.

Quels sont les avis des résidents concernant la situation qu'ils vivent ? Pour avoir abordé le sujet, certains m'ont dit qu'ils comprenaient ce choix de les isoler pour leur propre sécurité, et que nous faisons au mieux pour gérer la situation.

Mais pour d'autres, le ressenti est tout aussi différent. Certains m'expliquent que le seul souhait à ce stade de leur vie est de pouvoir continuer à voir leur famille. « Je dois bien mourir un jour, donc que ça soit en attrapant ce virus ou d'autre chose, ça m'est égal. Mon seul souhait est de profiter de ma famille jusqu'au bout ». Cette phrase d'une résidente manifeste toute l'ambivalence de la protection des personnes âgées face au virus. En souhaitant protéger la santé du résident, n'allons-nous pas à l'encontre de son intégrité psychique et de son bien-être ?

Alors que la vie en EHPAD représente déjà un isolement pour certains, ce contexte n'est-il pas vécu comme un enfermement ?

Et qu'en est-il des besoins d'attachement ? Lorsque les résidents ne peuvent plus s'appuyer sur leurs proches de par l'éloignement physique, il ne reste que l'établissement. Mais quand notre propre système d'attachement est activé, en tant que soignant, pouvons-nous répondre correctement aux besoins d'attachement de la personne âgée ? C'est un ensemble de questions que je me suis posées tout au long de mon stage et auxquelles j'ai tenté de répondre dans cet écrit.

## CONCLUSION

Pour J. BOWLBY, l'attachement est « *actif du berceau jusqu'à la tombe* » (Boyer-Panos, 2008). Tout au long de sa vie, l'être humain crée des liens d'attachement. Derrière chaque lien créé, il y a un vécu et une histoire. Au cours de sa vie, un individu est amené à vivre des périodes d'insécurité, de peur, voire de détresse émotionnelle. Pour surmonter ces temps d'inquiétude, la personne doit pouvoir compter sur ses figures d'attachement, qui lui servent de base de sécurité. Plus la personne vieillit et évolue, plus ses figures d'attachement se réorganisent.

Au temps de la vieillesse, la personne est confrontée à un ensemble de changements alliant pertes, deuils et reconstruction. Le déménagement en EHPAD signe chez la personne âgée l'entrée dans une dépendance, à soi et à l'autre, pouvant renforcer un sentiment de vulnérabilité. Elle cherche alors à rétablir une proximité avec ses figures d'attachement afin de lutter contre sa perte d'autonomie.

**S'attacher pour mieux se détacher.** Si cette affirmation est vraie pour les enfants, elle est tout aussi vraie pour la personne âgée. Lorsque la mort se rapproche de façon inévitable, la personne âgée a plus que besoin de s'attacher pour se sentir apaisée, et prête à partir en paix.

Le psychomotricien place la relation au cœur de son accompagnement. Il est capable, par ses différents outils, par ses différentes qualités, de venir soutenir les besoins relationnels et affectifs de la personne âgée, à une période de sa vie où la personne recherche justement contenance et sécurité. Mais la pratique du psychomotricien en EHPAD s'est vue impactée par la crise sanitaire, tout comme l'organisation générale de l'établissement. Par ses différentes capacités d'adaptation, le psychomotricien a tenté de répondre au mieux aux besoins d'attachement du sujet âgé, doublement réactivés par ce contexte d'insécurité.

Dans un but de protéger la personne âgée face à la propagation du virus, l'isolement est apparu comme étant la seule solution. Et pourtant, à ce stade de sa vie, le sujet âgé n'est qu'en demande de maintenir du lien pour s'assurer protection vis-à-vis de sa dépendance.

Si la théorie de l'attachement chez l'enfant est née dans un contexte de guerre, en lien avec les séparations et les carences relationnelles, ne sommes-nous pas en train de vivre une période similaire en termes d'insécurité ? Qu'en est-il de la place de la personne âgée ? Cette situation ne se rapproche-t-elle pas de l'hospitalisme décrit par R. SPITZ ?

# BIBLIOGRAPHIE

- Albaret J.M. & Aubert E.** (2001). *Viellissement et psychomotricité*, Editions Solal.
- Angel, L., & Isingrini, M.** (2015). Le vieillissement neurocognitif : Entre pertes et compensation. *Année psychologique*, 37.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D.** (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14.
- Ballouard, C.** (2011). 1. Définitions de la psychomotricité. Dans : C. Ballouard, *L'aide-mémoire de psychomotricité : En 25 notions* (pp. 3-10). Paris : Dunod.
- Bonnet, M., & Chopard-Dit-Jean, A.** (2018). Rôle de l'attachement dans l'accompagnement des personnes âgées. *Management & Avenir Santé*, 4(2), 55.
- Bonnet, M., Vinay, A., Faivre, B., Chopard, A., & Vulliez-Coady, L.** (2016). Spécificité de l'attachement dans le vieillissement ou vieillissement de l'attachement ? *L'Évolution Psychiatrique*, 81(3), 668-680.
- Bonnet, M.** (2012). L'attachement au temps de la vieillesse. *Dialogue*, 198(4), 123.
- Bouisson, J.** (2007). Vieillissement, vulnérabilité perçue et routinisation : *Retraite et société*, n°52(3), 107-128.
- Boyer-Panos, F.** (2008). Attachement maternel et qualité des interactions mère-bébé. *Le Journal des psychologues*, 261(8), 29.
- Donnio, I.** (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, 28 / n° 112(1), 73.
- Ferrari, P., & Bonnot, O.** (2012). *Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, p 30 à 45.

- Guédeney, N.** (2019). Apport de la théorie de l'attachement à la compréhension de la relation aidant/aidé chez la personne très âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(109), 3-10.
- Guédeney, N. & A.** (2015). *L'attachement : approche théorique*. Elsevier Masson.
- Guichardon, M.** (2005). Quand l'entrée en ehpad est un choix. *Gérontologie et société*, 28 / n° 112(1), 157.
- Gzil, F., & Hirsch, E.** (2012). *Alzheimer, éthique et société*, p 39-40. Erès
- Hanus, M.** (2009). Les deuils au grand âge. *Etudes sur la mort*, 135(1), 89.
- Hervé, M.-J., & Maury, M.** (2004). Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les familles. *La psychiatrie de l'enfant*, 47(2), 491.
- Maraquin, C., & Masson, G.** (2010). Plaidoyer pour l'attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin. *VST - Vie sociale et traitements*, 107(3), 128.
- Marcelli, D.** (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, n° 44(4), 123.
- Mucchielli, A.** (2013). *Problèmes et crises de l'identité psychosociale : Vol. 9e éd.* (p. 93-118). Presses Universitaires de France ; Cairn.info.
- Personne, M.** (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée. Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, p. 40. Érès.
- Pillet, V.** (2007). La théorie de l'attachement : Pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue*, 175(1), 7.
- Plociniak, L.** (2015). La psychomotricité auprès de la personne âgée démente anxieuse en EHPAD : les médiations bain et toucher thérapeutique comme supports de l'accompagnement. *Médecine humaine et pathologie*. dumas-01195842
- Potel, C.** (2019). *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.

- Robert-Ouvray, S.B.** (2007). *L'enfant tonique et sa mère*, p. 44. Desclée de Brouwer.
- Saive, A.-L., & Guédeney, N.** (2010). *Le rôle de l'ocytocine dans les comportements maternels de caregiving auprès de très jeunes enfants*. 22, 19.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E.** (2007). *La théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique*. 19, 39.
- Viallard, M.-L.** (2016). Leçon 6. Deuil normal et pathologique. In *Accompagner une personne en soin palliatif et son entourage* (p. 100-111). Dunod; Cairn.info.
- Yajima Dupuis, L. C.** (2015). Le travail institutionnel au regard de la théorie de l'attachement : L'institution a-t-elle vocation à être une figure d'attachement pour les soignants ? *Enfances & Psy*, 66(2), 120.
- ZETZEL E.**, "The analytic situation". *Psychoanalysis in America*, New York : International Universities Press, In R.E. Litman (ed.), 1966, p.86-106. In BIOY A., BACHELART M., « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives Psy* 2010/4 (Vol. 49), p. 319
- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/deficiences\\_resi\\_aut\\_230117.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/deficiences_resi_aut_230117.pdf)
- <http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-grand-age-dependance-accompagnement-vieillessement/>
- [https://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_solidarite\\_grand\\_age\\_2008.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf)
- <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee1psyetdemence/VieillissNormal.pdf>
- <https://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/Sondage-FHF-TNS-SOFRES-Les-Francais-et-le-grand-age>
- [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet\\_personnalise\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf)

<https://www.aftip.fr/files/20170301-Attachement-Sujet-Agee.pdf>

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention\\_chutes\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf)

[https://www.persee.fr/doc/comin\\_0382-7798\\_1981\\_num\\_4\\_1\\_1163](https://www.persee.fr/doc/comin_0382-7798_1981_num_4_1_1163)

[https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old\\_persons\\_french\\_0.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_french_0.pdf)

# ANNEXES

## ► 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.

<b>Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :</b>		<input type="checkbox"/>
1. Equilibre assis sur la chaise	0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable	<input type="checkbox"/>
<b>On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :</b>		<input type="checkbox"/>
1. Se lever	0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras	<input type="checkbox"/>
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"/>
<b>Test de provocation de l'équilibre en position debout :</b>		<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	<input type="checkbox"/>
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"/>
<b>Le patient doit se retourner de 360° :</b>		<input type="checkbox"/>
8. Pivotement de 360°	0 = pas discontinus 1 = pas continus	<input type="checkbox"/>
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"/>
<b>SCORE MAXIMUM = 28 points</b>	

**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

➤ Grille AGGIR :

Nom et prénom MI Sec.Soc. Adresse Né(e) le Âge		Date de l'évaluation		Fiche récapitulative AGGIR		
Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies <b>( Réponse NON )</b>				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalemment C = Correctement	
	S	T	C	H	Code	Code final
<p><b>1. Transferts</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>2. Déplacements à l'intérieur</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>3. Toilette</b> haut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>4. Élimination</b> urinaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>5. Habillage</b> haut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>6. Cuisine</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>7. Alimentation</b> se servir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> manger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>8. Suivi du traitement</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>9. Ménage</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>10. Alerter</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>11. Déplacements à l'extérieur</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>12. Transports</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>13. Activités du temps libre</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>14. Achats</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>15. Gestion</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>16. Orientation</b> dans le temps <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dans l'espace <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>17. Cohérence</b> communication <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> comportement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>						
<p><b>Codage intermédiaire</b></p> <p>Pour chaque item <b>cochez</b> les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse <b>NON</b>).</p> <p>Puis <b>codez</b> secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si <b>aucun</b> adverbe n'est coché <b>codez A</b>. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)</li> <li>• Si <b>tous les</b> adverbes sont cochés <b>codez C</b> (ne fait pas)</li> <li>• Si <b>une partie</b> des adverbes <b>seulement</b> est cochée <b>codez B</b>.</li> </ul> <p><b>Code final si sous-variables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cohérence :</b> - AA = <b>A</b> ; - CC, CB, BC, CA, AC = <b>C</b> ; - AB, BA, BB = <b>B</b></li> <li>• <b>Orientation :</b> - AA = <b>A</b> ; - CC, CB, BC, CA, AC = <b>C</b> ; - AB, BA, BB = <b>B</b></li> <li>• <b>Toilette :</b> - AA = <b>A</b> ; - CC = <b>C</b> ; - Autres = <b>B</b></li> <li>• <b>Habillage :</b> - AAA = <b>A</b> ; - CCC = <b>C</b> ; - Autres = <b>B</b>.</li> <li>• <b>Alimentation :</b> - AA = <b>A</b> ; - CC, BC, CB = <b>C</b> ; - Autres = <b>B</b></li> <li>• <b>Élimination:</b> - AA = <b>A</b> ; - CC, BC, CB, AC, CA = <b>C</b> ; - Autres = <b>B</b></li> </ul>						
<p><b>Groupe iso-ressources</b> Défini par <input type="checkbox"/> le système informatique <input type="checkbox"/></p>						

## Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

### Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.  
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.  
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

### Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- |            |    |        |    |          |                          |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

### Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?\*

- |     |    |                          |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

### Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |    |        |    |          |                          |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   | <input type="checkbox"/> |

### Langage

/ 8

- Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?\*
- Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?\*\*
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »\*\*\*

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

➤ NPI-ES :

Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation: \_\_\_\_\_

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 10</b>					[ ]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 12</b>					[ ]	

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	
SOMMAIRE .....	
AVANT-PROPOS.....	
INTRODUCTION .....	1
<b>PARTIE 1 : Attachement et psychomotricité en EHPAD .....</b>	<b>3</b>
A. L'attachement chez la personne âgée en EHPAD.....	3
a) Théorie de l'attachement.....	3
1. Histoire : .....	3
2. Naissance du lien :.....	4
3. Les comportements d'attachement : .....	5
4. Le système de <i>caregiving</i> : .....	6
5. Les Modèles Internes Opérants (MIO) : .....	8
6. Les différents types d'attachement :.....	9
b) Le vieillissement : le temps des changements .....	11
1. Définition du vieillissement : .....	11
2. Le vieillissement normal : .....	12
2.1. Sur le plan sensoriel :.....	13
2.2. Sur le plan cognitif : .....	14
2.3. Sur le plan physique et moteur : .....	15
2.4. Sur le plan psycho-affectif : .....	16
3. Le vieillissement pathologique : la dépendance : .....	16
c) La vie en EHPAD.....	17
1. L'entrée en EHPAD : .....	18
2. Fonctionnement d'un EHPAD : présentation du lieu de stage : .....	19
2.1. L'équipe : .....	19
2.2. Le cadre de vie : .....	19
2.3. Les activités : .....	20
2.4. L'arrivée en EHPAD : .....	20
3. La question du deuil : .....	22
3.1. Le deuil d'un proche : .....	23

3.2.	Le deuil des capacités : .....	23
3.3.	Le deuil de la vie d'avant : .....	24
d)	L'attachement chez la personne âgée.....	25
1.	La réactivation des besoins d'attachement : .....	25
2.	La réorganisation des figures d'attachement : .....	26
2.1.	Le conjoint dans le rôle de caregiver : .....	27
2.2.	Les enfants dans le rôle de caregiver : .....	27
2.3.	L'institution dans le rôle de caregiver : .....	28
2.4.	Le soignant peut-il s'attacher ? : .....	29
3.	Les différents types d'attachement : .....	30
3.1.	L'évaluation de l'attachement : .....	31
3.2.	Les différents profils d'attachement au temps de la vieillesse : .....	31
B.	La psychomotricité dans l'accompagnement de l'attachement chez la personne âgée .	33
a)	La spécificité du psychomotricien en EHPAD .....	33
1.	Présentation de la profession : .....	33
2.	L'intervention du psychomotricien en EHPAD : .....	34
b)	Les outils du psychomotricien dans le soutien de l'attachement .....	36
1.	L'alliance thérapeutique : .....	36
1.1.	Définition : .....	36
1.2.	Le rôle de l'alliance thérapeutique dans l'attachement : .....	38
2.	Le cadre thérapeutique : .....	39
2.1.	Définition : .....	39
2.2.	Le rôle du cadre thérapeutique dans l'attachement : .....	40
2.3.	L'accompagnement individuel et/ou groupal dans l'attachement : .....	41
3.	Le travail en équipe : .....	44
4.	Le corps en relation : .....	45
4.1.	Définition : .....	45
4.2.	La lecture des comportements d'attachement : .....	46

Partie 2 : L'attachement chez la personne âgée en période d'épidémie de  
 Coronavirus (COVID-19) ..... 50

A.	L'impact de la crise sanitaire dans la vie en EHPAD .....	51
a)	Un chamboulement dans l'organisation de l'EHPAD .....	51

b)	Les impacts .....	52
1.	L'impact chez les résidents : .....	52
1.1.	Le retentissement moteur : .....	52
1.2.	Le retentissement psychologique : .....	54
2.	L'impact chez les professionnels : .....	54
B.	L'accompagnement du psychomotricien au sein de l'EHPAD durant la crise .....	56
a)	Etude de cas : Madame S. ....	56
1.	Histoire de vie : .....	56
2.	L'entrée en EHPAD : .....	57
3.	Le suivi psychomoteur : .....	59
3.1.	L'atelier équilibre : .....	59
3.2.	Le vécu de la crise sanitaire : .....	60
3.3.	L'accompagnement individuel : .....	61
3.4.	Ma rencontre avec Madame S. et nos séances : .....	62
4.	Conclusion : .....	63
b)	Etude de cas : Madame R. ....	65
1.	Histoire de vie : .....	65
2.	Arrivée en EHPAD : .....	65
3.	Le suivi psychomoteur : .....	68
3.1.	L'atelier équilibre : .....	68
3.2.	Le vécu de la crise sanitaire : .....	68
3.3.	Ma rencontre avec Madame R. : .....	69
3.4.	L'après confinement : .....	72
4.	Conclusion : .....	74
	DISCUSSION .....	75
	CONCLUSION .....	79
	BIBLIOGRAPHIE .....	80
	ANNEXES .....	84
	TABLE DES MATIERES .....	89