

La question de l'identité de la personne âgée résidant en EHPAD du point de vue de la psychomotricité

Milène Ratier

► **To cite this version:**

Milène Ratier. La question de l'identité de la personne âgée résidant en EHPAD du point de vue de la psychomotricité. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03323137

HAL Id: dumas-03323137

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03323137>

Submitted on 20 Aug 2021

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**La question de l'identité
chez la personne âgée résidant en EHPAD
du point de vue de la psychomotricité**

Milène Ratier

Née le 25/07/1999 à La Teste de Buch

Directrice de mémoire : Adeline Massé

Mai 2021

Peux-tu simplement écouter ?

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

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

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

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

Les conseils sont bon marché, pour quelques sous, j'aurais dans le même journal le courrier du cœur et mon horoscope.

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

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

Mais quand tu acceptes comme un simple fait que je ressens ce que je ressens (peu importe la rationalité), je peux arrêter de te convaincre et je peux essayer de commencer à comprendre ce qu'il y a derrière ces sentiments irrationnels.

Lorsque c'est clair, les réponses deviennent évidentes et je n'ai pas besoin de conseils.

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

Peut-être est-ce pour cela que la prière marche, parfois, pour certaines personnes, car Dieu est muet.

Il ou elle ne donne pas de conseils. Il ou elle n'essaye pas d'arranger les choses. Ils écoutent simplement et te laissent résoudre le problème toi-même.

Alors, s'il te plaît, écoute et entends-moi. Et si tu veux parler, attends juste un instant et je t'écouterai.

Auteur indien anonyme (Robichaud, 2009d)

Remerciements

Je tiens à adresser mes premiers remerciements à l'Institut de Formation en Psychomotricité pour son accueil, et ces trois années de formation. C'est ici que j'ai enfin trouvé ma place, je ne l'oublierai pas.

Je voudrais aussi remercier mes maîtres de stage de ces deux dernières années, Fanny Lesage pour tous ces moments d'échanges si riches sur la pratique psychomotrice, Lucile Kaddouri pour sa confiance et ses précieux conseils, Adeline Massé, qui m'a accueillie à l'EHPAD et qui m'a suivie tout au long de la rédaction de ce mémoire et enfin Caroline Menard, pour son attention et son temps au sein de l'EHPAD.

Je tiens aussi à remercier toute l'équipe de l'EHPAD pour son soutien, sa présence et les précieuses discussions que nous avons eues ensemble. J'ai pu grâce à vous développer le regard qui est le mien aujourd'hui. Je remercie tout particulièrement Martine Laville, pour sa bienveillance et sa bonne humeur à toute épreuve.

Merci aussi à toutes les personnes qui ont pris de leur temps pour relire ce mémoire et m'en faire des retours, tout particulièrement Yon Garbisu, mon relecteur de la cellule PHASE, pour ses conseils, sa présence et sa bienveillance. Merci encore à Adeline Massé pour son accompagnement et ses conseils lors de l'écriture de ce mémoire.

Une grosse pensée pour mes amis de l'IFP avec qui j'ai grandi et auprès de qui je me suis sentie intégrée et à ma place. Merci pour tous ces moments de rigolade, d'insouciance, d'échanges scolaires et professionnels. Je pense particulièrement à Lise, Charlotte, Élisabeth, Marion, Judikael et à tous les membres du groupe 3 avec qui j'ai pu évoluer.

Merci à mes ami•e•s proches, qui m'ont encouragé tout au long de l'année et qui ont cru en moi. Zoé, Will et Lucas, merci !

Enfin, j'aimerais adresser mes derniers remerciements à ma mère pour son soutien indéfectible tant dans la rédaction de ce mémoire que dans la réalisation de mon projet professionnel. Merci de m'avoir appris qu'un handicap n'est pas une fin en soi.

Sommaire

Introduction.....	1
I) Comment définir la « personne âgée » ?.....	3
I.1 Le vieillissement d'un point de vue social.....	4
I.2 Les processus de vieillissement.....	7
II) L'identité.....	12
II.1 Qu'est-ce que l'identité ?.....	12
II.2 La construction de l'identité.....	16
III) L'identité de la personne âgée résidant en EHPAD et la place de la psychomotricité.....	27
III.1 L'impact du vieillissement sur le vécu et l'expression identitaire.....	27
III.2 L'emménagement en maison de retraite.....	28
III.3 Les relations affectives en maison de retraite.....	35
III.4 La vie en maison de retraite et l'expression de soi.....	38
III.5 Les pathologies, la désorganisation spatio-temporelle et le vécu identitaire.....	51
IV) Présentations cliniques.....	56
IV.1 Présentation de la maison de retraite.....	56
IV.2 Mme H.....	59
IV.3 Un exemple de groupe : l'atelier « éveil corporel ».....	75
V) Conclusion.....	82
VI) Annexes.....	84
VI.1 Projet d'atelier d'éveil corporel.....	84
Bibliographie.....	88

Introduction

Je me rappelle d'une rencontre, au début de mon stage, qui m'a marqué. *Au cours d'un rendez-vous à domicile pour sa pré-admission, Madame D refuse catégoriquement l'éventualité de déménager dans une maison de retraite. Lorsque je lui demande ce qui l'effraye dans cette éventualité, elle répond d'une petite voix à peine audible : « parce que ça voudra dire que je suis vieille ».*

Ce déménagement n'est pas qu'un changement de lieu d'habitation. C'est un véritable changement de statut, qui impliquera pour Madame D un travail identitaire long.

L'identité est un concept très vaste, présent dans tous les contextes de vie et à tous les âges. Cependant, peu de personnes ont une vision claire et précise de ce que ce concept englobe. Je me suis souvent questionnée sur ce sujet lors de mes contacts avec différentes populations.

De plus, les personnes âgées souffrent d'un manque de représentations global dans notre société, amenant de nombreux préjugés à leur sujet. J'ai moi-même été amenée, tout au long de mon stage et de mes recherches, à changer radicalement de regard sur nos aînés dépendants. J'ai découvert toute la richesse de ce milieu et des expériences que peuvent nous apporter les personnes âgées dites « dépendantes », mais qui sont encore capables de tant de choses extraordinaires.

Durant mon stage en EHPAD, j'ai pu rencontrer de nombreuses personnes, toutes différentes et uniques, et j'ai pu voir comment ces personnalités se confrontaient ou se fondaient dans le cadre institutionnel de la vie en maison de retraite.

Je me suis donc questionnée sur la place de l'identité et de la reconnaissance de son importance dans le cadre de la vie des personnes âgées en maison de retraite.

J'ai posé la problématique suivante : **Comment la psychomotricité peut-elle aider les personnes âgées à préserver et à consolider leur identité durant le processus de vieillissement normal et/ou pathologique ?**

J'ai également posé quelques hypothèses de départ :

-Les changements corporels, psychiques et sociaux dus aux processus de vieillissement fragilisent l'identité des personnes âgées.

-L'emménagement en EHPAD, la rigidité de la vie collective et du système institutionnel fragilisent le vécu et l'expression identitaire des personnes âgées vivant en EHPAD.

-La création de liens relationnels et le travail corporel peut aider ces personnes à consolider et à préserver leur identité.

Le soutien identitaire ne fait pas explicitement partie des indications citées dans le décret d'actes du psychomotricien, mais selon moi, il est du devoir de chacune des personnes qui sont amenées à côtoyer les personnes âgées de prendre en compte la question identitaire de nos aînés. De plus, le psychomotricien, grâce à sa formation, est amené à proposer une qualité de relation particulière, qui fait la spécificité de son métier.

L'identité a aussi, comme nous le verrons tout au long de ce mémoire, un ancrage corporel dans son développement et son évolution. Le psychomotricien, par son investissement corporel et son attention à la corporéité de ses patients, est donc amené à faire évoluer, consciemment ou non, les représentations identitaires de ses patients.

Intéressons-nous donc à ce vaste concept qu'est l'identité, sa construction et son évolution, puis resserrons notre regard autour du vécu identitaire des adultes vieillissants, dans le cadre de leur emménagement et de leur vie en maison de retraite.

Tout au long de cet écrit, je m'attacherais à faire des liens entre les concepts théoriques que j'exposerai et la pratique psychomotrice afin d'ancrer ces idées dans notre réalité clinique.

I) Comment définir la « personne âgée » ?

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on considère qu'une personne est « âgée » lorsqu'elle a plus de 60 ans. La personne entre alors dans le « troisième âge ». Avec l'augmentation de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, liée à l'évolution médicale et technologique, nous avons été amenés à créer un « nouvel âge », le quatrième âge. L'OMS le situe à peu près à partir de 80 ans et il est généralement associé à l'arrivée des difficultés et incapacités nouvelles liées au vieillissement physique et cognitif. Il faut bien entendu garder à l'idée que le vieillissement de chacun est unique. Une personne de 60 ans peut présenter une grande fragilité tant physique que cognitive, alors qu'une autre personne âgée de 80 ans pourra garder une grande autonomie, en menant une vie active et riche. Cela dépend d'une multitude de facteurs tout au long de la vie, on n'est pas tous égaux face au vieillissement. (*Vieillesse et santé*, s. d.)

De plus, pour Thierry Tournebise, l'autonomie n'est pas seulement définie par la capacité d'une personne à effectuer les gestes de la vie quotidienne seule. Elle se manifeste aussi dans le fait de prendre ses décisions soi-même, d'avoir des pensées, des avis et des désirs qui nous soient propres. (Robichaud, 2009d)

D'un point de vue plus global, on ne peut comprendre le vieillissement que sous le spectre de l'articulation entre le somatique, le psychisme et l'environnement de la personne. (Liotard, 2006)

Nous allons chercher à comprendre le processus du vieillissement d'une personne vivant au sein de notre société actuelle.

I.1 Le vieillissement d'un point de vue social

I.1.1 L'évolution des représentations du vieillissement dans la société

Aujourd'hui, nous assistons à une « révolution anthropologique » : l'identité personnelle, le rapport au corps, aux autres et notre inscription dans la société changent rapidement.

Tous ces changements nous amènent à construire notre vie différemment. Cette vision différente de la vie change les rapports sociaux. Les rapports aux autres, entre les sexes, et l'identification de chacun évoluent beaucoup. Par exemple, au siècle dernier, la personne se définissait par l'extérieur : sa famille, son pays... Maintenant, la personne se définit par-rapport à elle-même, c'est un nouveau type d'affirmation de soi. (« De la difficulté d'être soi-même », 2016)

Alors que, pendant très longtemps, notre société a évolué plutôt lentement, depuis l'industrialisation, le mouvement s'accélère.

Le troisième âge fait maintenant référence à une période active, où les personnes sont en forme, elles ont des projets, elles réalisent leurs désirs. Le quatrième âge nouvellement créé correspond, lui, à l'arrivée des premières diminutions des capacités dues au vieillissement. (Vinsonneau, 2016)

Aujourd'hui, la vieillesse est vue comme repoussante par la société, elle est donc en quelques sortes stigmatisée. Le corps a une place fondamentale, et le « paraître jeune » est perçu comme une nécessité. La vieillesse est associée à l'image d'un naufrage, de la faiblesse et de l'inutilité. (Joulain, 2011) On peut parler d'une « presque mort ».

I.1.2 L'impact des normes sociétales sur la place de la personne âgée dans la société

Les normes ont une forte importance dans la société : elles ont un aspect fonctionnel car elles permettent une régulation sociale. Ces normes sont des règles, des exigences, des droits, des devoirs et des sanctions qui sont accordés en fonction de l'âge, du statut et de la place de chacun dans la société. Elles définissent ce qui est bien et ce qu'il ne faut pas faire. Cependant, elles sont principalement basées sur des informations extérieures comme l'aspect physique : cela peut donc enfermer une personne dans un rôle inadapté, délétère pour son image de soi.

Le rôle social dicte donc la conduite que chacun doit adopter en société. Cependant, il existe peu de normes sociétales explicites propres à l'âge de la retraite. La représentation générale reste cependant assez négative. Si les personnes retraitées ne suivent pas ces règles, elles peuvent être considérées comme inadaptées, et donc écartées de la société.

Dans notre société, il existe aussi des catégorisations sociales qui permettent de classer les personnes à partir de caractéristiques communes. Cela permet de structurer et de contrôler son environnement, et donc de se situer et de se différencier par rapport aux autres. Ces catégorisations permettent de soutenir la fonction identitaire. On peut dégager deux processus différents :

-Le processus inductif consiste à classer une personne dans une catégorie à partir d'un ou deux indices récoltés au cours de la relation.

-Le processus déductif consiste, lui, à appliquer à une personne toutes les caractéristiques de sa classe. C'est la base des stéréotypes qui peuvent mener à des quiproquos, des conduites inappropriées qui ne sont pas adaptées à la pluralité des façons de vieillir. Ce processus peut engendrer un manque de reconnaissance de l'identité.(Joulain, 2011) À l'inverse, ces catégorisations permettent donc de soutenir la fonction identitaire si elles sont en adéquation avec la réalité de la personne.

Madame H s'est toujours beaucoup donnée pour sa famille : tout d'abord, elle a renoncé à son rêve de devenir pharmacienne car elle aurait « trop manqué à la maison ». En effet, elle aidait sa mère à s'occuper de ses frères et sœurs.

Puis, elle s'est consacrée à la famille qu'elle a fondé avec son mari. Elle a pris un emploi lui permettant d'être présente à la maison pour l'éducation de ses trois filles et toutes les tâches ménagères.

Une fois à la retraite, elle s'est consacrée à l'entretien minutieux de sa maison et de son jardin, aux réunions de famille, puis elle a pris soin de son mari quand il en a eu besoin.

Lorsque nous discutons de toutes ses activités, elle me répète plusieurs fois que « de toutes façons, on n'a pas le choix ». On peut alors imaginer que Madame H a tout à fait intégré les normes sociales appliquées aux femmes dans les années 50. Ces normes sont devenues pour elle un cadre repérant et structurant lui permettant de trouver sa place dans un groupe familial et social.

Une fois arrivée à l'EHPAD et après le décès de son mari, Madame H s'est trouvée désœuvrée et a cherché à se rendre utile auprès du personnel de la maison de retraite. Son mal-être et sa conduite semblent liés à la rupture de ses habitudes et à la perte des rôles qui lui donnaient une place, des repères voire même un sens à sa vie où elle a toujours été au service de l'autre.

Par leur rôle de régulatrices des conduites, les normes sociales ont donc une grande place dans la construction identitaire, le maintien et l'évolution de l'identité à tous les âges de la vie.

Cependant, les représentations négatives du vieillissement peuvent changer en proposant des activités intergénérationnelles (par exemple, les partenariats entre les écoles et les EHPAD, les habitats partagés entre étudiants et personnes âgées...). Ces actions peuvent être entreprises par les professionnels de l'animation et les professionnels de santé, car leur rôle consiste aussi à améliorer la considération sociale du vieillissement pour renforcer l'estime de soi des personnes âgées.

1.1.3 L'évolution des relations sociales de la personne âgée

Au troisième âge, le moment de la retraite est un grand remaniement. Tout d'abord, la personne âgée perd une part de son identité professionnelle. Cela modifie son statut social : la personne ne se définit plus par sa profession, mais par le terme générique « retraité ». Cela impacte l'image que la personne a d'elle-même, ainsi que celle qu'ont les autres sur elle. Tout cela peut mener à une première crise identitaire forte.

Après la retraite, il est donc important pour la personne de garder quelque chose de son identité professionnelle. Par exemple, elle peut maintenir une activité bénévole ou de loisir en lien avec ses compétences professionnelles. Cela offre à la personne une défense qui lui permet de conserver son identité, et de rendre la transition identitaire plus facile.

La vie psychique étant très liée à la vie physique, l'image de soi dépend d'un épanouissement personnel d'autant plus important que la personne bénéficie d'une vie relationnelle riche. (Liotard, 2006)

I.2 Les processus de vieillissement

I.2.1 Le vieillissement du corps physique

Tout au long de la vie, le corps est soumis aux changements et au temps. Il est un véritable objet de prise de conscience du temps qui passe. L'enfant grandit, l'adolescent se rend compte de ses changements corporels, et l'adulte vieillissant observe ses cheveux blanchir et ses rides apparaître, il voit son corps changer de forme, de rythme et de capacités.

Avec le quatrième âge, la peau, surface d'échanges majeure, change. Elle devient fripée, repoussante avec souvent les veines apparentes, parfois sèche, souvent sensible. Elle se transforme alors en un contenant flou pour la personne âgée, son moi-peau s'affaiblit, créant une fragilité psychique.

Le moi-peau est un concept développé par Didier Anzieu. Ce psychanalyste fait le parallèle entre la peau physique, qui est l'organe marquant la séparation entre le milieu interne du corps et le monde externe et l'enveloppe psychique, inspirée de l'instance du moi, une part de l'inconscient théorisée par Freud.

Ce Moi-Peau naît des interactions physiques et émotionnelles entre l'objet maternel et l'enfant (l'objet maternel peut être incarné par la mère, le père, la nourrice ou toute autre personne apportant principalement les soins à l'enfant). Il a trois fonctions :

- Une fonction de contenant : il est rempli de toutes les expériences satisfaisantes et sécurisantes vécues par l'enfant avec son objet maternant.

- Une fonction de surface intermédiaire entre l'intérieur et l'extérieur, qui protège l'intérieur des agressions extérieures.

- Une fonction de zone d'échanges et de communication, lieu des relations et surface d'inscription de celles-ci. (Consoli, 2006, p.)

De plus, le moi-Peau a un rôle dans la sublimation des émotions : il permet de les contenir et de les analyser tout en fournissant une sensation de sécurité si cette instance est solide.

Le moi-peau est stimulé tout au long de la vie par les stimulations auditives et tactiles, formant des enveloppes sonores et tactiles. Il a une fonction de « recharge libidinale », fournissant de l'énergie, du désir et de l'intérêt à vivre. Avec le vieillissement, la peau physique se fragilise, la recharge

libidinale s'affaiblit et l'appareil psychique de la personne âgée devient donc plus vulnérable. (Péruchon, 2001)

De plus, dans le vieillissement physique, on observe l'arrivée de douleurs, souvent nombreuses, chroniques et invalidantes. Ce vécu douloureux du corps peut amener à une sorte de « dissociation du corps », comme si le mécanisme acquis au stade du miroir de Lacan s'actionnait dans l'autre sens. Le corps devient un lieu désinvesti, un autre, n'appartenant plus à la personne. Alors, on peut observer une baisse inquiétante de l'estime de soi.

Le vécu douloureux entraîne des mécanismes de protection vis-à-vis de la douleur, impliquant souvent une position passive d'inaction. Or, c'est dans ce cas que les capacités se dégradent le plus rapidement, car elles ne sont plus exercées. Il est donc très important pour l'entourage de continuer à solliciter la personne âgée dans la limite de ses possibilités, tout en cherchant à adapter le plus possible son environnement.

Ce mécanisme de repli peut aussi survenir en dehors d'un vécu douloureux, par exemple un désinvestissement relationnel ou une baisse de la motivation, qui a aussi pour conséquence une perte des capacités par un manque de stimulation.

En psychomotricité, il est possible de proposer des stimulations adaptées, qui permettent à la personne de remettre en exercice ses capacités, et donc de les ré-entraîner. Concernant les vécus douloureux, les techniques de relaxation sont les actes le plus fréquemment proposés.

D'autre part, le vieillissement tend à diminuer les caractères sexuels secondaires. En parallèle, la maîtrise sphinctérienne peut devenir de plus en plus difficile. Ces deux points poussent progressivement la personne vieillissante à abandonner une part de son intimité, et donc une part de sa personnalité, du moins dans un premier temps. (Liotard, 2006) Si une aide à la toilette est nécessaire, la personne aura besoin d'un temps d'adaptation pour accepter cette nouvelle intrusion, avec tous les risques d'objectisation qu'elle implique, et pour retrouver une expression de soi durant ces moments intimes.

Enfin, le temps qui passe renvoie à la finitude et le corps en est le lieu d'expression. Le corps est le lieu de l'ancrage du moi, mais aussi l'incarnation du temps qui passe et le lieu de la mort.

1.2.2 Le vieillissement psychique

Le troisième et le quatrième âge sont des moments de grands bouleversements identitaires. Le passage à la retraite, les changements dans les capacités cognitives (pertes de mémoire et de la rapidité d'exécution des tâches cognitives, difficultés de concentration, manque du mot...) et le changement de statut social peuvent avoir un fort impact. En effet, l'image de soi peut se trouver déstabilisée, phénomène accentué, nous l'avons vu, par le changement de regard que pose la société sur ces personnes. (Marc, 2016)

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les préoccupations qui sont propres aux personnes du troisième âge changent. Aujourd'hui, les adultes arrivant à l'âge de la retraite ont une vie psychique et imaginaire plus intense, les poussant vers un travail de ré-élaboration de leur identité. (Robichaud, 2009b)

Le « retraité » a beaucoup plus de temps libre, durant lequel il peut être seul face à lui-même. Alors, commencera un travail de réinvention identitaire, où la personne est amenée à se poser de nombreuses questions. « Qu'est-ce que je veux faire ou ne veux plus faire ? » « Qu'est-ce que je peux faire ? » L'adulte pourra s'investir dans une nouvelle carrière ou un nouveau hobby. Il n'a plus besoin de jouer un rôle pour plaire (il ne cours plus le risque, par exemple, de perdre son emploi en donnant une image de lui qui ne serait pas adaptée), et le temps de la retraite peut être consacré à réaliser un rêve que l'on aurait mis de côté durant sa vie active. Cela peut donc être un passage vers un nouvel avenir. L'énergie nécessaire à ces nouveaux investissements vient, selon Kaufmann, d'un besoin latent de rattrapage. Carl Rogers ajoute que le troisième et le quatrième âge sont marqués par une grande capacité à improviser et à trouver de nouvelles stratégies d'adaptation. Il appelle cela la « puissance de la vie ». (Robichaud, 2009b)

L'identité peut changer dans des situations difficiles, où il est alors indispensable de la reconstruire. (Personne, 2011) Le corps a une grande place dans cette reconstruction, et c'est là que le psychomotricien peut intervenir. Il propose des expériences corporelles

qui permettent à l'adulte vieillissant de mieux se connaître, de redécouvrir ses capacités et donc de reconstruire son identité sur une base stable : son corps.

Cependant, avec l'arrivée dans le quatrième âge, peuvent venir des vécus corporels douloureux. Ces vécus peuvent entraîner des troubles thymiques, une perte d'estime de soi, et parfois une perte du sentiment de continuité, qui tient un rôle important dans le maintien de l'identité (je le développerai dans la partie définissant l'identité). Si la personne est dotée d'une personnalité forte, elle pourra se porter garante de ce sentiment indispensable de continuité d'existence. Si la personne a une personnalité fragile, il y aura pour elle un réel risque de dépression, de mélancolie ou alors d'hypocondrie. (Liotard, 2006) Dans ce cas, la personne pourra réagir de manière globale, en prenant de nouvelles décisions pour maintenir l'intégrité de son identité et son sentiment de continuité. (Robichaud, 2009b)

Pour étayer ce sentiment, les aidants peuvent agir simplement. Le fait de proposer à l'adulte vieillissant de se focaliser sur sa continuité idéale plutôt que sur la continuité biologique, qui peut être ébranlée, est un premier étayage. Cette focalisation peut déboucher sur une ouverture au plaisir et au présent, au travers de projets à court terme. (Liotard, 2006)

Plus spécifiquement, par les soins de relaxation, le psychomotricien offre un autre mode de relation au corps : de lieu de douleurs et d'incapacités, il devient vecteur de sensations plaisantes, apaisantes et de bien-être psychique.

Ce bien-être psychique permet à la personne âgée de s'engager plus facilement dans la relation aux autres, facilitant ainsi son intégration sociale.

En vieillissant, la motricité se modifie, le corps devient moins stable, plus lourd et maladroit. Alors, l'espace de déplacement diminue, privant la personne âgée de certaines sensations proprioceptives, kinesthésiques et tactiles importantes au maintien d'un schéma corporel solide. La diminution de l'investissement de l'espace par la personne âgée limite aussi l'accessibilité et l'entretien de ses liens sociaux, qui, comme nous l'avons vu, sont très impliqués dans la question identitaire.

L'évolution des capacités impose alors de mettre en place des ajustements pour maintenir l'autonomie.

Souvent, le corps devient tantôt chaud, tantôt froid, souvent douloureux. La psychomotricité a alors une place importante. Le psychomotricien, en proposant des

expériences sécurisantes et enrichissantes, amène la personne âgée à ressentir de nouvelles sensations nourrissant ainsi son image corporelle et son schéma corporel. Par ces expériences, la personne âgée prend conscience des capacités qu'elle possède toujours, et cela participe à changer l'image qu'elle a d'elle-même, notamment dans le sens d'une réassurance et d'une revalorisation. Le corps devient lieu de possibles, de réussites et de fierté, mais il est également mieux perçu et accepté dans ses limites à respecter.

Les processus de vieillissement peuvent prendre une nature anormale, entraînant par exemple la destruction pathologique de certaines cellules.

II) L'identité

II.1 Qu'est-ce que l'identité ?

II.1.1 *L'identité en quelques définitions*

Le concept d'identité est complexe. Intéressons nous donc pour commencer à sa définition dans le dictionnaire de l'académie française. Au vu de la complexité de cette définition, j'aborderais les différents sens du mot « identité » séparément.

On peut remarquer que sa première utilisation date du XVI^{ème} siècle.

« IDENTITÉ n. f. XIV^e siècle. Emprunté du bas latin *identitas*, « qualité de ce qui est le même », dérivé du latin classique *idem*, « le même ».

1. Exacte ressemblance entre des êtres, des choses qui ont une existence distincte. L'identité physique des jumeaux. [...] ». (Académie française, s. d.)

Même si deux jumeaux partagent exactement le même code génétique, ils sont deux personnes différentes, ils se construisent une identité qui leur est propre et unique. Cela montre l'importance de l'épigénétique, qui correspond à tous les facteurs de développement qui ne dépendent pas du matériel génétique.

« 2. Caractère de ce qui ne fait qu'un, ou ne constitue qu'une seule et même réalité, sous des manifestations, des formes ou des appellations diverses. Identité de nature. Identité de raisons. [...] »

« LOGIQUE. Principe d'identité, principe d'évidence selon lequel une chose ne peut être que ce qu'elle est. [...] » (Académie française, s. d.)

Le terme d'évidence me paraît important à développer. L'évidence est parfois trompeuse car une personne peut maintenir un vernis social adapté alors qu'elle traverse une crise identitaire profonde.

« 3. Caractère de ce qui, dans un être, reste identique, permanent, et fonde son individualité. Identité et altérité : l'enfant prend peu à peu conscience de son identité. Certains malades mentaux souffrent de troubles de l'identité. Par analogie : L'identité culturelle d'un peuple, l'ensemble des traits qui le définissent, tels que sa langue, ses mœurs, ses croyances. Identité nationale, conscience d'appartenir à une nation en tant que telle. » (Académie française, s. d.)

L'identité renverrait donc à une notion de stabilité dans le temps. C'est en effet ce que souligne Pierre Tap : le sentiment de continuité est l'une des six caractéristiques de l'identité d'une personne.

L'identité est aussi ce qui fait de l'individu un être unique. Pierre Tap (Lecomte & Tap, 2016) désigne aussi le sentiment d'unicité comme constitutif de l'identité.

Il nomme en plus quatre autres caractéristiques de l'identité :

-La représentation plus ou moins structurée de soi et que les autres ont de soi : on parle alors de « style comportemental », donnant une cohérence à la manière d'être de la personne.

-La diversité : c'est ainsi qu'il désigne la construction de l'identité de la personne en une articulation de plusieurs facettes, que la personne montre en fonction des circonstances.

-L'estime de soi : elle est nécessaire à la construction identitaire. C'est ce que la psychanalyse nomme le narcissisme.

-La réalisation de soi par l'action : Pierre Tap dit que « on est ce que l'on fait ». Les actions permettent à la personne de consolider son sentiment de continuité. Mais cela entraîne un paradoxe : dans cette continuité, les actions amènent à un changement de l'identité.

Mais cet idéal est parfois malmené : il peut y avoir des conflits entre certaines des caractéristiques citées précédemment. C'est pour cela que l'individu a besoin de cloisonner sa vie, dans un effort constant pour maintenir la continuité tout en évoluant. Il est donc important de conserver un ancrage dans le passé tout en ayant des projets futurs. (Lecomte & Tap, 2016)

Il y a donc un caractère objectif à l'identité, qui est l'histoire personnelle. Cependant, elle est très volatile : on peut par exemple changer très rapidement d'idéologie. C'est par exemple ce que peut viser un débat philosophique, où le but est de faire changer l'autre d'opinion.

Cela montre que l'identité est fluide : « *petites décisions après petites décisions, on oriente sa trajectoire biographique* » (Halpern & Kaufmann, 2016)

« 4. DROIT. *Personnalité civile d'un individu, légalement reconnue ou constatée, établie par différents éléments d'état civil et par son signalement. [...]* » (Académie française, s. d.)

L'identité juridique d'une personne ne peut lui être retirée, même dans le cas d'une mise sous tutelle. Dans ces conditions, même si l'adulte âgé n'est plus libre de ses décisions, son identité doit être respectée dans les choix qui doivent être faits dans son intérêt.

Il est également possible de définir l'identité en la scindant en deux dimensions :

-Une dimension objective avec le patrimoine génétique, qui fait de chaque individu un être unique.

-Une dimension subjective avec le sentiment d'individualité (être soi), de singularité par rapport aux autres et de continuité dans l'espace et le temps (« je suis toujours le même »).

On attend donc une cohérence et une constance dans la manière d'être de chacun. Sans cela, la personne peut être perçue comme « malade ».

Maintenant que nous savons de quoi est constituée notre identité, nous comprenons qu'elle est en constant mouvement.

II.1.2 Identité, entre stabilité et instabilité

Pierre Tap introduit donc la notion de fluidité de l'identité, que Kaufman (Lecomte & Tap, 2016) développe dans son entretien avec Catherine Harpen. Il montre l'importance de deux facteurs dans la construction identitaire, qu'il identifie aux deux hélices de l'ADN :

-La détermination sociale et celle induite par l'histoire de l'individu ;

-La capacité de changement, qui pousse le sujet à aller à l'encontre des déterminations.

Il montre donc que l'identité n'est pas stable.

Cette particularité amène donc la possibilité de crises identitaires, qui sont des phases de remaniement identitaire fort. Ces crises rythment en quelques sortes la vie de la personne : d'abord lors de la phase œdipienne, puis lors de l'adolescence... On parle aussi de crise de la quarantaine ou de la cinquantaine. Enfin, Edmond Marc (Marc, 2016) parle d'une crise identitaire chez la personne âgée : en effet, c'est un âge marqué par de nombreux changements : le passage à la retraite entraîne un changement de statut social, un changement dans le rythme de vie. Le vieillissement induit aussi des changements physiques, physiologiques et fonctionnels. L'entrée en maison de retraite peut constituer un changement radical dans les habitudes, les activités et les relations de la personne. On peut donc dire que les personnes âgées peuvent se retrouver face à des questionnements et bouleversements identitaires forts et une perte des repères qui constituent une

part de leur identité. Il est alors important d'accompagner la personne âgée dans cette évolution identitaire.

Héraclite a dit que « *on ne peut pas entrer deux fois dans le même fleuve* ». Il montre par-là que tout est en perpétuel mouvement. L'identité n'y échappe pas, et Loke ajoute que si l'identité est en constante évolution, la mémoire permet à chacun de garder une part de stabilité. (Halpern, 2016)

Si un emménagement en EHPAD est nécessaire, l'accompagnement de l'intégration dans le nouveau lieu de vie constitue un point essentiel.

Tout en étant fluide, l'identité est durable et offre une continuité à l'individu. C'est elle qui forme notre représentation du monde.

L'identité est vivante, solide et sensible. Nous sommes humains, sexués, appartenons à une famille. Nous avons des compétences et une vision du monde qui nous est propre. Tout cela participe à la définition de notre identité.

Comme le souligne l'académie française dans sa définition, l'identité est, entre autres, ce qui définit la personne et fait qu'elle reste fidèle à elle-même. Pierre Tap a défini cela comme étant le sentiment de continuité : c'est la sensation de rester le même. Cette certitude offre une base sécuritaire à la personne, qui s'ancre à la fois dans la manière de penser et de réagir, dans les valeurs et dans le corps. (Lecomte & Tap, 2016)

Cette base de sécurité offerte par le sentiment de continuité et d'unité par rapport aux autres permet à l'individu de supporter les évolutions qui sont apportées à son identité au quotidien. L'identité même chez un adulte n'est pas stable. Au fil des expériences, l'individu change d'une manière imperceptible à petite échelle.

Ces remaniements constants sont plus ou moins bien intégrés à l'identité. Mais ce ne sont jamais de simples additions : une nouvelle expérience peut toucher plusieurs pans de l'identité, en les faisant évoluer. Lors du processus d'intégration, des ruptures peuvent s'opérer : on parlera alors de crises identitaires. (Marc, 2016) Edmond Marc distingue plusieurs périodes de la vie particulièrement sujettes à ces crises : l'adolescence, l'arrivée d'un enfant, la quarantaine, le moment de la retraite, le quatrième âge avec la dégradation physique et cognitive. De plus, à cet âge, le corps change et l'image de soi peut se dégrader.

Une crise identitaire peut aussi être liée à un changement dans la conscience de soi : un changement de profession, un mariage, un changement d'idéologie... Tout cela peut avoir un impact sur l'identité corporelle, sexuelle et sociale.

La construction identitaire reste donc inachevée et dynamique, ponctuée de ruptures et de crises.

L'identité se construit donc pour soi et par rapport à autrui, et cette construction se fait sur la base de l'image et des représentations de soi, l'estime de soi et la continuité entre les milieux intimes et sociaux ainsi qu'entre une vision idéale et le vécu personnel.

L'identité oscille donc en permanence entre l'unicité et l'intégration au groupe social par la ressemblance.

Elle prend son origine bien avant notre naissance et nous allons retracer la constitution des bases essentielles à son développement

II.2 La construction de l'identité

Par l'explication des mécanismes importants dans la construction identitaire, nous allons maintenant comprendre quels sont les leviers principaux du développement identitaire et quelle est leur importance dans le maintien identitaire chez les adultes d'âge avancé.

La construction de l'identité est un processus continu, qui dure du stade embryonnaire jusqu'au décès de l'individu.

II.2.1 *Le début de la construction de l'identité*

Le processus de construction de l'identité débute avant la naissance, car l'enfant existe déjà dans l'imaginaire de ses parents. Ils rêvent d'avoir une fille ou un garçon, choisissent son prénom, ils imaginent des projets pour cet enfant, ses traits physiques et son caractère... (Marc, 2016) De telle manière que, même avant la naissance, l'enfant existe concrètement dans l'imaginaire des parents, qui agissent avec lui comme une personne à part entière à travers le ventre maternel.

À la naissance, le bébé est donc doté de plusieurs corps :

- Le corps réel : le bébé est un corps animé par ses mouvements ;
- Le corps imaginaire, qui est soutenu par le regard que portent les parents sur le bébé ;
- Le corps symbolique, au travers du prénom du bébé.

Ces trois « entités » sont liées entre elles par « *le regard plein de désirs* » que portent les parents sur le bébé. (Cicchone et al., 2006)

À partir de cet instant, les interactions sont primordiales pour l'enfant, principalement la relation affective entre la mère et son enfant. Elle lui offre un premier sentiment de stabilité grâce aux corps-à-corps, aux soins et à l'attention que la mère porte à son bébé. Ces interactions permettent à l'enfant de développer sa conscience corporelle, lui donnant accès à une certaine autonomie par rapport à la mère. Pour Winnicott, le regard maternel est un miroir pour le bébé, grâce à son investissement affectif.

De plus, l'environnement de l'enfant interprète ses comportements et pose des mots dessus. Ils lui attribuent des traits de caractères qui orientent son identité en lui donnant une place dans la famille. Les parents projettent et fantasment également l'identité future de l'enfant. (Marc, 2016)

Ces premiers temps du nourrisson et du très jeune enfant sont les périodes où se créent les fondements du narcissisme qui est l'un des piliers caractéristiques de notre identité.

C'est Freud qui a développé le concept de narcissisme. Il le définit comme étant constitué du sentiment de soi, de la conscience de soi, de l'amour et de l'estime de soi. Il désigne par le « soi » la manière dont le sujet se perçoit.

Le narcissisme est la manière dont la personne se voit et se vit vis-à-vis d'elle-même et des autres. Il se construit en interaction dès les premiers instants de la vie. La relation entre la mère et l'enfant en pose les bases. (Golse, 2007)

Un narcissisme sain apporte trois piliers à l'identité :

-Le premier pilier est le droit d'exister : il offre un sentiment de sécurité.

-Le second est le droit d'exister comme une personne singulière : on est alors accepté tel que l'on est, sans avoir à adopter une identité d'emprunt. Ce pilier permet de se différencier des autres tout en restant en lien avec l'extérieur.

-Enfin, le troisième pilier est la connaissance de sa valeur personnelle et de la valeur de ce que l'on fait : c'est le terreau de la confiance en soi. Elle permet de prendre conscience de ses qualités, de ses défauts, de ses limites et de ses capacités. (Gravouil, 2015)

Ces trois piliers sont donc d'origine extérieure : afin d'exister en tant qu'individu, il est important que le monde extérieur nous considère comme tel et nous donne la possibilité de nous développer de façon singulière.

Il est aussi important que l'environnement reconnaisse nos capacités et étaye nos difficultés.

Une fois intériorisé, le narcissisme permet la construction de l'identité personnelle. C'est le sentiment d'une personne envers elle-même : elle reste la même et elle se réalise. C'est une réelle conquête de soi. (Lecomte & Tap, 2016)

Le narcissisme est donc la base de la construction de l'identité. Heinz Kohut le décrit comme un axe développemental nourri tout au long de la vie. Il dégage plusieurs conditions extérieures nécessaires au bon développement du narcissisme.

Premièrement, le nourrisson a besoin que ses parents aient de l'intérêt pour son futur, en encouragent sa singularité. L'enfant a aussi besoin de parents « self-objets miroirs » : ils acceptent les manifestations singulières du bébé et les lui renvoient de manière à ce que le bébé puisse les exploiter. Le parent regarde l'enfant, l'apprécie et partage avec l'enfant ce qu'il voit de lui. C'est une fonction que l'on peut rapprocher de la fonction alpha développée par Bion, où la mère intègre les sensations brutes de l'enfant, les éléments alpha, les détoxifie puis les renvoie à l'enfant sous la forme d'éléments bêta, qui sont compréhensibles et non destructeurs pour l'enfant.

Le narcissisme se développe aussi grâce aux activités partagées entre l'enfant et ses parents : elles lui permettent d'éprouver leurs capacités communes et leurs différences. Cela permet à l'enfant de vivre sa singularité tout en conservant un lien fort avec ses parents.

Dans ce cadre d'interaction, il est important de rappeler les trois organisateurs fondamentaux de la relation (selon Spitz), car ils constituent des marqueurs de l'évolution de la construction identitaire du jeune enfant :

-Le sourire, qui est un signe de détente et une manière pour le bébé de répondre à son environnement. C'est son premier outil pour établir une relation.

-L'angoisse du huitième mois, qui montre que le bébé a identifié sa mère en tant que telle et la reconnaît comme source de sécurité. L'enfant a donc conscience de l'identité de sa mère.

-L'usage du « non », qui permet à l'enfant de se différencier de son environnement, il se défusionne de ses parents et va vers plus d'autonomie.

Parallèlement, pour se construire sainement, le narcissisme a besoin d'un équilibre entre le pôle des ambitions et le pôle des idéaux.

-Le développement du pôle des ambitions nécessite l'accueil positif des démonstrations des capacités de l'enfant par ses parents. Il nécessite aussi un degré de frustration optimale. La frustration permet à l'enfant de se détacher de l'admiration inconditionnelle de ses parents. Lorsque le parent n'est pas disponible pour répondre à un appel de l'enfant, il perd son image de perfection auprès de lui. Ainsi, l'enfant peut apprendre à se détacher progressivement de ses parents : il apprend à se calmer par lui-même, ce qui lui permet d'intérioriser son estime de soi, sur la base des réponses précédentes du parent. Il est donc important que les parents répondent aux sollicitations de l'enfant de manière adéquate et cohérente à chaque fois que cela est possible, pour créer une base de sécurité. Les comportements d'exhibition de l'enfant peuvent alors se transformer petit à petit en affirmation.

-Le développement du pôle des idéaux nécessite une certaine fusion au self-objet idéalisé. Cet objet est représenté par le parent présent, qui répond aux besoins de l'enfant. Ce pôle a besoin d'une relation empathique entre l'enfant et le parent, celui-ci acceptant son idéalisation par l'enfant.

La frustration optimale intervient aussi dans le développement du pôle des idéaux. Elle permet à l'enfant d'apprendre à se calmer par lui-même. Enfin, pour offrir une base solide à la construction de l'identité de l'enfant, il est essentiel que les parents aient eux-mêmes une identité bien construite.

Si cet équilibre n'est pas respecté, l'enfant a un besoin effréné d'être admiré et respecté, et pour cela il peut adopter des comportements extrêmes, dans des positions de domination, d'asservissement ou encore de passivité. On parlera alors d'une « identité externe » (Gravouil, 2015)

Si l'environnement du bébé se montre envahissant (manque de temps pour que l'enfant assimile les stimulations...), son individualité se développera comme une extension de cet environnement, et non comme une intériorité. (Gravouil, 2015)

Enfin, pour Fonagy et Bateman, la construction de l'identité dépend de la mentalisation, et donc de la maturation du cerveau gauche. Ils isolent une période critique, entre 18 mois et 7 ans, où la conscience réflexive se développe. Grâce à cette conscience, l'enfant peut se représenter en mots saisissables ses états intérieurs propres, mais aussi les états intérieurs des autres. Ce sera la base de ses capacités d'empathie. Pour ces auteurs, l'identité s'appuie sur la représentation de ce que l'on est ainsi que de ce que l'on ressent. La base de cette représentation, ce sont les mots qu'utilisent les parents pour décrire les états émotionnels de l'enfant, mais aussi ceux éprouvés par les parents. Elle passe aussi par la mentalisation du Soma, qui est le développement des représentations corporelles. Cette mentalisation permet à l'enfant de mettre en mots ses ressentis corporels, comme une douleur par exemple, et de les localiser. L'identité dépend donc de l'association des vécus somato-affectifs avec des mots, qui sont des reflets des ressentis internes. Les mots servent aussi de tiers dans la dyade parent-enfant. (Gravouil, 2015)

II.2.2 Poursuite de la construction identitaire de l'enfance à l'âge adulte

Le cadre familial a un rôle primordial dans la construction de l'identité de l'enfant. C'est le premier lieu des identifications à d'autres personnes que la mère. L'enfant apprend de l'ensemble des personnes et des groupes composant sa famille.

La famille est aussi le premier milieu où l'enfant s'autonomise, où on lui confie ses premières responsabilités. Pour l'enfant, il peut y avoir, alors, un conflit entre la solidarité familiale, qui le pousse à se conformer aux idéaux et standards familiaux, et ses croyances, ses concepts propres. Pour construire son identité, l'enfant recherche donc un équilibre entre la conformité et l'autonomie par rapport à sa famille.

Le processus d'identification au sein de la famille passe ainsi par l'acceptation des règles sociales, tout en les remettant en question. C'est par cette remise en question, pas forcément mise en actes, que l'enfant développe ses convictions, ses croyances et ses valeurs. Ainsi, l'enfant crée des projets

en s'appuyant sur son univers de référence tout en s'en détachant. Ce détachement se fait tout d'abord par rapport à la famille, puis par rapport à ses autres groupes sociaux. (Marc, 2016)

En psychologie, on parle de double mouvement entre l'assimilation et la différenciation. (Marc, 2016) L'assimilation est l'appropriation par l'enfant des codes et des représentations que les parents et la société lui transmettent. Au contraire, par le mouvement de différenciation, l'enfant ne suit pas ces codes et s'en approprie d'autres, voire s'en crée de nouveaux.

Dans la chronologie du développement de l'enfant, des étapes, des phases et processus ont été repérés.

Pour Piaget, la sphère cognitive prend place après que l'enfant ait acquis une conscience fine de ses sensations. Entre 6 mois et 2 ans, l'enfant prend conscience de son environnement en tant que « non-je ». Il continue donc à se dé-fusionner de ce qui l'entoure. Cette conscience vient avec l'acquisition de la permanence de l'objet, qu'il applique à lui-même. Même si le temps passe, ou qu'il est en mouvement, l'enfant sait qu'il reste le même. C'est de là que vient le sentiment de continuité qu'offre l'identité.

Wallon pense également que l'enfant se sait distinct des autres vers trois ans. C'est à partir de cette conscience que l'enfant pourra construire son identité propre et évoluer en tant qu'adolescent puis en tant qu'adulte. (Marc, 2016)

Entre 7 et 8 ans, l'enfant commence à se décentrer par rapport à son environnement immédiat : il peut se mettre à la place des autres.

Grâce à ses relations sociales qui s'élargissent, l'enfant a développé de multiples facettes de son identité, ce qui lui permet d'ajuster ses conduites en fonction des situations et des personnes avec qui il est en relation.

L'enfant prend aussi conscience des différences sociales et sexuelles : c'est souvent à partir de ce moment que les filles jouent entre elles, et les garçons entre eux.

Il intériorise ces différences et les utilise pour se situer par rapport aux autres. Il utilise pour cela les différences de pouvoir, de prestige, d'argent, mais aussi de l'histoire inculquée. Cela lui permet ainsi de construire des projets pour son avenir. Cette conscience peut pousser l'enfant à entrer en compétition avec ses camarades pour une reconnaissance sociale et une certaine valorisation par les adultes.

Enfin, l'enfant s'identifie à la fois à ses groupes d'appartenance (dont il fait partie) et à ses groupes de référence (auxquels il aimerait appartenir ou ressembler) : cela lui permet d'adopter une position sociale, mais aussi de construire ses aspirations. (Marc, 2016)

L'adolescence est un âge de grands remaniements physiques et psychiques. L'image du corps est grandement impactée par les changements corporels brutaux, mais souvent attendus par l'adolescent.

Cette période est marquée par le clivage entre le corps extérieur (l'apparence et le regard des autres), et les représentations personnelles de l'adolescent. Ce décalage entraîne un blocage de l'identité, que l'adolescent tente de résoudre par des comportements parfois peu adaptés. (Sudres, 2006)

À l'âge adulte, même si elle est construite de manière stable et sécurisante, nous avons vu dans les chapitres précédents que la construction identitaire reste inachevée, dynamique et jalonnée de tournants, de ruptures et de crises.

Le développement psychomoteur, au cours duquel l'enfant acquiert ses capacités motrices, relationnelles et psychiques, tient une place importante dans la construction de son identité. Intéressons-nous donc aux événements qui jalonnent le développement psychomoteur et qui influencent le développement de l'identité de la personne.

II.2.3 La place du développement psychomoteur dans la construction de l'identité

Différents aspects psychomoteurs entrent en jeu dans la construction de l'identité. Ces aspects, qui regroupent les caractéristiques corporelles, les caractéristiques psychiques et les liens qui s'établissent entre toutes ces caractéristiques, créent une véritable « identité psychomotrice », que nous allons explorer.

Nous l'avons vu, l'identité se base sur les vécus corporels ressentis dès les premiers instants de vie intra-utérine, puis tout au long de la vie. Ce sont nos perceptions, et nos représentations corporelles qui fondent le caractère unique et stable de notre identité.

Les représentations corporelles sont éminemment personnelles. Elles sont principalement constituées du schéma corporel et de l'image corporelle.

-Le schéma corporel est la conscience et la connaissance que l'on a de son corps. Il est constitué des limites corporelles, de la posture (avec le rôle primordial de la proprioception) et des mouvements, ainsi que de la connaissance de ses réactions et de son expression corporelle. Il est nourri tout au long de la vie grâce aux sensations tactiles, kinesthésiques et proprioceptives. Il se nourrit aussi par l'imitation, l'exploration corporelle, la différenciation de soi par rapport à autrui, mais aussi grâce à la connaissance et la représentation graphique du corps. Son actualisation est constante à partir de toutes les expériences physiques et psychiques ainsi que toutes les stimulations corporelles.

-L'image du corps : c'est l'image inconsciente et imaginaire que l'on a de soi. Elle est nourrie des expériences affectives, émotionnelles et relationnelles qui sont vécus dès les premières heures de vie. Elle est aussi influencée par les codes et normes sociétales diffusés par les médias et la mode.

Françoise Dolto définit l'image du corps ainsi : « *[C'est] la représentation imaginaire de notre corps tout entier* » (p. 128). C'est une construction inconsciente nourrie par les expériences émotionnelles affectives et relationnelles tout au long de la vie. (Lacombe, s. d.)

Pour Paul Schilder, l'image du corps est la base de l'image de soi. Celle-ci n'est pas forcément fidèle à la réalité anatomique : elle est aussi le reflet des pulsions, de la libido, du narcissisme et de l'agressivité que peut ressentir l'enfant.

Selon Wallon, le début de la construction de l'image de soi est marqué par le fait que l'enfant se reconnaisse dans le miroir vers un ou deux ans. Cela a deux conséquences :

-Premièrement, l'objectivation : l'enfant prend conscience qu'il a une existence saisissable comme objet.

-Deuxièmement, l'appropriation : l'enfant fait le lien entre ses sensations corporelles et son image physique. C'est à ce moment que l'enfant commencera à utiliser le « je ». (Marc, 2016)

À partir de ce moment, l'enfant se perçoit comme « *complet et différent d'autrui* ». Il s'identifie à son image corporelle, qui est subjective, et à son schéma corporel. L'image corporelle s'appuie, en plus des sensations corporelles, sur l'imaginaire de la personne. Elle est aussi façonnée par le désir de reconnaissance des autres, mais aussi par le besoin de reconnaissance de soi-même. Elle est donc en constante évolution. (Maintier, 2011)

L'enfant se différencie des autres par de multiples moyens dont il a conscience ou non.

Le développement psychomoteur de l'enfant se caractérise notamment par une répartition tonique qui lui est propre. Cette répartition dépend de ses expériences passées, du dialogue tonico-émotionnel qu'il a pu partager avec son objet maternel lorsqu'il était bébé, de son état émotionnel et de ses apprentissages. Elle offre une posture et une démarche qui est propre à l'enfant.

Le tonus a un impact sur toute la motricité : la locomotion, la préhension et la communication. De plus, la motricité est un facteur de construction du schéma corporel grâce aux informations proprioceptives qu'elle offre. Grâce à ces expériences, l'enfant développe non seulement ses compétences, mais aussi la connaissance et l'image qu'il a de lui-même.

L'activité motrice, par le biais du tonus, est donc un véritable reflet de la personnalité de l'enfant.

D'un point de vue corporel, la motricité volontaire n'est pas la seule à refléter la personnalité de l'enfant. Sa communication non verbale (les signaux corporels donnant des indices sur ce que la personne veut ou veut exprimer : sa posture, son regard, ses intonations, les gestes des mains...) lui est aussi tout à fait personnelle. Chaque personne a une manière de transmettre des messages de manière non verbale qui lui est propre.

La communication verbale, la manière de parler, le débit, les expressions et le vocabulaire employé font aussi partie des leviers qui permettent de comprendre l'identité et l'unicité de chacun.

En psychomotricité, lors de la première rencontre avec un nouveau patient, il est important de porter son attention sur le discours, mais aussi sur le langage corporel, qui permet d'apercevoir une partie de l'identité de la personne. (Desobeau et al., 2006)

Dans le travail psychomoteur comme ailleurs, les composantes tonico-émotionnelle et tonico-motrice, premiers canaux de communication avec l'extérieur à disposition de l'être humain, prennent une place importante dans la construction et le maintien identitaire tout au long de la vie.

Un concept à rappeler ici est celui du Moi-Peau, car le sentiment de continuité s'ancre dans le corps grâce aux fonctions de la peau, qui, en plus d'assurer la barrière entre l'intérieur et l'extérieur (le moi et le non-moi), assure aussi la cohérence du corps. (Consoli, 2006)

La fonction de barrière entre le moi et le non-moi fait aussi écho à l'identité : elle permet de s'inscrire comme personne à part entière, séparée des autres. C'est un sentiment acquis au stade du miroir développé par Lacan.

Enfin, l'enfant a une manière toute particulière d'investir le temps et l'espace. Sami-Ali insiste sur l'aspect imaginaire de la construction de l'espace, en prenant appui sur le corps. C'est à partir de la prise de conscience de la séparation du bébé et de la mère qu'il peut construire sa représentation de l'espace. (Lacombe, s. d.) Cet investissement spatio-temporel est éminemment personnel et il fait partie intégrante de la construction de l'identité.

L'identité psychomotrice est donc une part intégrante de l'identité, qui se base sur les vécus et les représentations corporels. Cependant, pour de multiples raisons, il est possible que la mise en place et la maturation de l'identité psychomotrice et corporelle soit entravée, voire stoppée. Dans ce cas, la personne nécessite un suivi adapté afin de l'aider à retrouver la dynamique de son identité.

La relaxation peut être l'un des moyens de construire cette identité corporelle, car elle permet de construire un espace intermédiaire entre la sensation et la représentation qui, lui, offre la stabilité nécessaire. (André, et al., 2004) D'autres médiations peuvent être proposées, comme des médiations sportives, qui offrent d'autres moyens de représentation corporelle au patient.

Maintenant que nous savons de quoi est composée l'identité et comment elle se construit tout au long de la vie, intéressons-nous au vécu identitaire de la personne âgée résidant en maison de retraite. En effet, les processus de vieillissement que nous avons évoqués plus tôt ainsi que le changement global que représente l'emménagement en maison de retraite, peuvent mener à une fragilisation du vécu identitaire, voire à une crise identitaire.

III) L'identité de la personne âgée résidant en EHPAD et la place de la psychomotricité

III.1 L'impact du vieillissement sur le vécu et l'expression identitaire

« On ne rattrape pas le temps, c'est le temps qui vous rattrape » (F, 78 ans, (Robichaud, 2009b))

Le vieillissement est une période de transitions bibliographiques fortes : le départ à la retraite, la perte du conjoint ou l'emménagement dans une institution sont autant de bouleversements identitaires forts.

L'arrêt de l'activité professionnelle est une première étape car, dans nos sociétés, nous nous définissons beaucoup par rapport à notre profession. C'est donc une part de l'identité qui est bouleversée.

Ces changements peuvent engendrer un phénomène de déprise. Ce phénomène est constitué :

- D'une part, des réaménagements de l'existence en fonction des transformations physiques et psychologiques liées au vieillissement ;
- D'autre part, des transformations de l'environnement, avec par exemple la disparition des contemporains (avec qui la personne pouvait se comprendre à demi-mots), l'éloignement de la famille, l'abandon des activités et les transformations de la société et de l'environnement (technologie, évolution des normes sociales...).

Tout cela diminue les « prises » que la personne a sur le présent : le passé devient alors une source de sécurité. Cependant, tout le monde est capable de créer de nouvelles prises, en rencontrant de nouvelles personnes, en découvrant de nouvelles activités ou de nouveaux lieux par exemple.

Ces nouvelles expériences stimulent le phénomène de résilience développé par Cyrulnik. Il s'agit d'une capacité de rebondissement pour continuer à bien se développer et à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants.

C'est lorsque l'effritement des prises n'est plus compensé par de nouveaux investissements que la personne se retrouve en difficultés et peut éprouver un sentiment d'étrangeté constant. Alors, la personne âgée a deux choix : soit « rester à la page » et s'adapter, soit s'accrocher au familier, et

donc se replier sur elle-même et dans des activités qu'elle a l'habitude de faire. Ce deuxième choix est une solution pour assurer la continuité de son identité.

L'estime de soi est basée sur les actes du présent : il est important de la maintenir. Pour cela, on peut proposer à la personne âgée de s'investir dans des activités, qui lui permettront, en plus, de lutter contre le sentiment d'ennui. Cependant, le repli sur soi peut également être une source de réconfort et de retrouvailles avec soi et sa continuité d'être. L'entourage doit analyser et comprendre les choix effectués par la personne et les respecter, car c'est par nos choix que nous affirmons notre identité.

En tant que psychomotricien, en plus de ce travail d'analyse, il est possible d'accompagner la personne âgée vers une évolution progressive. En proposant un accompagnement adapté offrant au patient la reconnaissance de ses besoins, puis en proposant d'autres chemins possibles, nous encourageons l'investissement positif d'autres façons d'être et de faire car « *Vieillir, c'est devenir un autre qu'avant* ». (Caradec, 2016)

III.2 L'emménagement en maison de retraite

« Moi qui ai tant travaillé, peiné, aimé, et devoir tout quitter ma maison, mon appartement, mes meubles, mes collections, mes amours, mon chat, mon chien, mon oiseau, enfin tout. Pour rentrer dans un lieu inconnu, dans une chambre qui ne ressemblera plus jamais à la mienne ; J'entendrai des bruits nouveaux, des voix nouvelles, les heures du réveil et du coucher ne seront plus les mêmes ; je mangerai non quand j'aurais faim mais quand sonnera l'heure du repas, et non plus selon mes préférences et mes goûts ; il y aura des visiteurs intéressants, et d'autres dont je ne désirerai pas la présence »(Robichaud, 2009e) (p 21)

Ces mots sont souvent ceux de la personne âgée s'apprêtant à emménager dans une maison de retraite. Ils reflètent tous les bouleversements qui peuvent avoir lieu dans la vie de la personne à ce moment. C'est un réel nouveau départ, mais pas de zéro, car elle arrive avec tous ses souvenirs, ses vécus, ses goûts et ses aversions, avec tout ce qu'elle est et ce qui fait d'elle la personne qu'elle est. On ne peut alors qu'imaginer l'impact que peut avoir l'emménagement dans une maison de retraite pour une personne âgée. De plus, ce changement a souvent lieu dans un moment de grande

fragilité : à la suite d'une blessure, d'une diminution des capacités physiques ou même du décès d'un proche aidant. La personne âgée arrive souvent dans une situation difficile, qui peut même mener à une crise identitaire, comme nous avons pu en parler plus tôt.

L'équipe soignante de l'établissement d'accueil a une grande importance pour aider la personne à passer cette période de crise en étant accompagnée du mieux possible. Il est important de comprendre qui elle est, dans son identité la plus globale possible afin de mieux s'adapter à elle. Pour cela, la création de liens relationnels solides et basés sur la confiance et le respect mutuel est indispensable.

C'est là que les capacités relationnelles et d'écoute du psychomotricien prendront toute leur valeur. Lors des visites de pré-rentree et de l'accueil, le psychomotricien accorde un regard empathique, rassurant et contenant à la personne âgée.

Ce travail commence lors des rencontres de pré-rentree au domicile de la personne. Là, le psychomotricien accordera de l'attention à l'environnement dans lequel l'adulte vieillissant vit : les meubles, leur disposition, la décoration... Mais aussi à la manière dont la personne investit cet espace et à sa manière d'être chez elle pour faire en sorte que l'agencement du mobilier de l'EHPAD soit fait en fonction des goûts et des besoins de la personne.

L'ergothérapeute et le psychomotricien peuvent aider au choix des meubles et des objets qui seront installés dans sa chambre. Le psychomotricien se basera sur ses observations cliniques ; lorsqu'il rencontre une personne, le psychomotricien utilise un double regard : un regard engagé dans une relation humaine et sincère, mais aussi un regard plus extérieur où il analyse ce qu'il observe et agit en conséquence. Le psychomotricien a aussi pour mission lors des visites à domicile de tisser un lien de confiance, qu'il pourra mettre à profit pour faciliter l'adaptation. Cette relation permet de faire le lien entre le domicile et la maison de retraite. Elle permet aussi de renforcer le sentiment de continuité, qui est incarné par la relation avec la personne qui s'est occupée de ces rencontres.

Dans la période de l'emménagement, il est aussi important que le psychomotricien, en collaboration avec l'animateur de la structure, aide à définir des activités occupationnelles plaisantes et adaptées à la personne. De plus, par ses qualités relationnelles, et ses attributions, le psychomotricien peut passer beaucoup de temps à discuter simplement avec la personne, lui permettant de reprendre sa place de personne et de maintenir un lien social et cognitif. C'est un espace de discussion autre que celui

qui est offert lors des temps de toilette avec les aides-soignants. Cet espace a une valeur différente car il est entièrement dédié à l'échange, et non en parallèle d'un autre soin. De plus, les qualités d'écoute, d'empathie et de communication verbale et non-verbale du psychomotricien sont développées par sa formation, ce qui lui permet une écoute plus profonde de la personne.

Le psychomotricien a un travail très important d'écoute et d'aide à la prise de conscience des émotions que suscite un tel déménagement. Cet événement est souvent associé au deuil de la « vie d'avant », il marque également pour certains la réalité d'un vieillissement effrayant.

Dans une vue systémique, le psychomotricien s'intéresse aussi à la famille et à l'entourage social de la personne âgée. En effet, en plus de bouleverser la vie du nouveau résident, l'emménagement en maison de retraite peut changer les rapports et la vision qu'à son entourage sur l'adulte vieillissant.

Valois Robichaud, dans son livre *Accueillir les besoins psychiques de l'adulte vieillissant*, imagine ce que pourrait ressentir une personne s'appêtant à emménager en maison de retraite. « *Enfin, tout mon quotidien va basculer ; j'entre dans une ère nouvelle qui me demandera tant et tant de force pour m'adapter, mais mes forces diminuent et m'amènent doucement vers la fin de ma vie. C'est bizarre et paradoxal à la fois, c'est dans mon milieu où je serais le mieux pour vivre la fin de ma vie, et c'est alors que je dois le quitter et mobiliser d'autres énergies nécessaires à ma survie, à mon adaptation dans un autre ailleurs.* » (Robichaud, 2009e)

En effet, la dépendance grandissante de la personne âgée va l'amener à quitter son domicile, qui avait une véritable fonction de cocon identitaire et de base de sécurité. Ce sera une difficulté supplémentaire à surmonter. La personne ayant récemment emménagé en maison de retraite devra s'adapter à un nouveau rythme de vie, marqué par des protocoles et des horaires qui peuvent être rigides. (Cerioli, 2011) De ce fait, il sera important que le personnel soignant essaye autant que possible de conserver les routines, les habitudes de vie, qu'avait la personne avant son déménagement. Celui-ci provoque des changements brutaux qui entraînent une perte des repères sécurisant. Ils peuvent générer une telle angoisse que certaines personnes peuvent présenter des idées délirantes, au moins durant la première journée. Le fait de respecter, autant que possible, les routines de la personne, lui apportera une nouvelle sécurité. Ainsi, elle pourra mieux vivre son déménagement. Les soignants devront aussi montrer une attention soutenue à toutes les formes

d'expression du vécu de la personne âgée. Le fait de se sentir écoutée et prise en compte peut aider le nouveau résident à reconstruire un sentiment de sécurité au sein de la maison et auprès du personnel soignant. Une fois cette anxiété atténuée, le travail d'adaptation aux contraintes de l'institution pourra débuter. (Robichaud, 2009c) On estime d'ailleurs que la période d'adaptation est d'environ un trimestre entier, étant donné la difficulté que cela représente.

Or, dans cet environnement très régulé, il sera alors tentant, pour la personne âgée, de se fondre dans la masse du groupe. (Cerioli, 2011)

III.2.1 L'intégration au groupe

L'une des premières difficultés rencontrées par la personne emménageant dans une maison de retraite, c'est son intégration dans la communauté formée par les résidents et les soignants.

Dans un groupe, la majorité, par sa simple existence, pousse la personne à adhérer à ses valeurs. Elle peut parfois créer du malaise pour la personne nouvellement arrivée, car ses convictions peuvent être ébranlées. Elle aura besoin de temps pour s'y adapter et créer sa place. Pour cela, elle a deux possibilités : soit se conformer à ces valeurs en cédant à la pression du groupe, soit aller contre la pression, aidée par ses proches. Cette résistance peut amener le groupe entier à se comporter différemment. Si elle est bien menée, elle peut être une réelle source d'innovation pour la société.

Si la personne adopte une position conformiste, elle adhèrera aux idéaux du groupe. Il y a trois raisons à cette adhésion :

-Tout d'abord, la complaisance : il n'y a pas de réelle atteinte profonde aux convictions, la personne a pour but de ne pas se faire remarquer. Ce n'est donc pas une réelle adhésion, simplement une façade. Cette position peut être difficile à tenir pour une personne vivant au long terme en maison de retraite.

-L'identification peut être une autre raison : elle permet de garantir des relations positives, son moteur est la volonté de plaire pour s'intégrer au groupe. On appelle cela l'influence normative.

-Enfin, l'intériorisation est le niveau de conformisme le plus poussé. La personne est convaincue par les normes du groupe, et elle y adhère sincèrement.

Les normes partagées dans le groupe donnent un cadre aux relations sociales, les rendant plus simples pour chacun. Elles permettent aussi une réelle cohésion, rendant possible la mise en place de projets et d'actions importantes.

L'intégration dans un nouveau groupe influence les choix de la personne, mais la personne influence le groupe, ce n'est donc pas un processus de dépersonnalisation. Le groupe est un ensemble très dynamique qui est amené à se repenser à chaque fois qu'une personne l'intègre ou le quitte.

Enfin, l'appartenance à un groupe fait partie de l'identité : l'intégration au groupe social de la maison de retraite permet donc de solidifier et de dynamiser l'identité de la personne arrivant à la maison de retraite. (Oberlé, 2016)

L'identité est faite d'identités multiples, et si on ignore une de ces facettes, on peut mettre à mal toutes les autres. Il est donc important de connaître la personne nouvellement arrivée afin de l'aider à prendre sa place dans le groupe et à trouver ses nouveaux rôles, en tenant compte de ses capacités et de ses désirs.

Lorsqu'il s'agit d'accueillir une personne physiquement dépendante mais qui a conservé de bonnes capacités cognitives, un point est important à prendre en compte. Cette personne emménage dans une institution accueillant des résidents qui peuvent présenter des troubles du comportement. La personne nouvellement accueillie va donc, dans un certain sens, subir elle aussi ces troubles du comportement. Non seulement il faudra chercher à protéger au maximum cette personne des nuisances provoquées par ces troubles, mais en plus il faudra veiller à lui procurer une vie intellectuelle, psychologique et relationnelle riche, lui permettant de continuer à se vivre telle qu'elle est.

De plus, les soignants sont souvent, à juste titre, accaparés par les personnes fortement dépendantes psychiquement mais aussi par les résidents qui présentent des troubles du comportement. Il sera important d'accorder tout de même des temps de disponibilité aux personnes encore actives et de leur permettre de vivre des rôles valorisants et à la hauteur de leurs capacités dans la maison de retraite. Sans cela, la personne pourrait se replier sur elle-même, ce qui pourrait entraîner une chute brutale de ses capacités physiques et cognitives, en plus de la mettre en difficulté psychologique.

III.2.2 La mise en place du projet personnalisé et l'initiation des suivis médicaux et paramédicaux

Le projet personnalisé est établi en équipe pluridisciplinaire le plus rapidement possible après l'emménagement du nouveau résident. Il regroupe ses informations personnelles, comme ses antécédents médicaux, ses traitements et maladies en cours, ses besoins et son autonomie. Mais la partie physique et médicale n'est pas la seule prise en compte : une grande place est accordée à l'histoire de vie de la personne. Cette histoire est recueillie auprès du nouveau résident et de son entourage, afin d'avoir une vision la plus précise de la personnalité du résident. On recueille aussi ses attentes par rapport à son séjour dans la maison de retraite et ce qu'elle aime faire.

Ces informations permettent de mettre au point des objectifs ciblés et adaptés aux besoins et à la demande du résident. Ce projet est mis à jour tous les ans en équipe pluridisciplinaire, afin de ré-actualiser les objectifs et de ré-ajuster le travail de chacun. Ces réunions sont de véritables moments d'échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire autour de la personne concernée, ce qui permet à tous les acteurs de la maison de retraite de mieux connaître les personnes qui y habitent.

Il y a cependant une limite à ces projets personnalisés : les actions entreprises sont soumises aux contraintes institutionnelles et à des protocoles souvent rigides. Souvent, le travail des soignants est planifié et minuté très précisément, en ne tenant pas compte de la temporalité personnelle de chaque résident. Les institutions, par ce minutage des actions, privilégient la quantité par rapport à la qualité, ce qui peut entraîner la personne dans une spirale négative d'échecs car les soignants n'ont pas les moyens physiques de lui donner le temps de réussir. (Cerioli, 2011)

Les différents actes médicaux et paramédicaux doivent également être réfléchis et décidés en équipe. Les suivis de psychomotricité, de kinésithérapie, d'orthophonie ou d'ergothérapie sont soumis à une prescription médicale.

Ces différents accompagnements peuvent être très nombreux et fréquents pour les adultes dépendants. Ils peuvent donc être amenés à rythmer la vie de ces personnes, constituant l'une de leurs principales activités.

La mise en place de tels suivis doit être réfléchi à partir d'une évaluation de la demande personnelle du nouveau résident. Il faudra bien entendu interroger la demande du médecin et de l'entourage, mais le résident reste la première personne concernée par ces suivis, il est donc

indispensable d'évaluer sa demande et ses attentes vis-à-vis d'un éventuel accompagnement. (Liotard, 2006)

Les suivis en kinésithérapie et en psychomotricité ont pour but d'initier la personne à une nouvelle économie de mouvements et de relation au corps. Par les exercices et les expériences proposés, ils aident les patients à retrouver petit à petit confiance en eux, à surmonter leurs peurs et leurs hypertonies... Pour cela, on propose aux résidents de (re)découvrir la conscience du corps et des mouvements. En psychomotricité, ce travail peut, par exemple, se faire au travers d'activités de réappropriation comme la « gym douce », des activités ludiques ou de la relaxation. Cette technique a pour but, en plus de retrouver du plaisir et des capacités corporelles, d'exercer l'adulte à la maîtrise de ses réactions tonico-émotionnelles. Cette discipline, comme de nombreuses autres, permet aussi de renforcer la dimension spatiale du corps, consolidant et dynamisant l'image corporelle de la personne. (Dutems Carpentier, 2011)

Ce travail autour de la perception du corps peut amener à une sorte d'introspection sur le corps. Le sujet pourra alors consolider son rapport imaginaire à son corps, ce qui lui permettra de ré-investir son corps comme un espace qui lui est propre. En effet, la perception (qu'elle soit induite par la relaxation ou par toute autre activité), est déjà une forme de représentation. (André, et al., 2004)

Cette consolidation des représentations corporelles permet au nouveau résident de retrouver un socle stable et sécurisant afin de conserver son identité malgré les difficultés et les bouleversements qu'il peut traverser dans cette étape de sa vie.

III.2.3 Le vécu émotionnel de l'emménagement en maison de retraite

Les nouvelles difficultés, en plus des bouleversements liés à l'arrivée à la maison de retraite, peuvent entraîner une démotivation globale de la personne. Alors, elle peut adopter une position passive, en recherchant la dépendance qu'elle a commencé par subir. Alors, cette position aura des conséquences sur son investissement de l'espace, qu'elle va réduire parfois jusqu'à ne plus vouloir quitter sa chambre ou son lit.

On pourra aussi observer des changements dans l'investissement du temps, que l'adulte vieillissant aura tendance à « regarder passer », se coupant par là de ses émotions et de son corps. Si la personne n'est plus en mesure d'exprimer ses émotions et ses ressentis profonds, il peut y avoir un risque de dépression.

C'est à ce moment que le psychomotricien peut intervenir. Par le lien relationnel qu'il établit avec le résident, il peut être amené à comprendre la raison de sa démotivation. À partir de ce constat, le psychomotricien pourra proposer des expériences et des idées pouvant aider la personne à réinvestir l'espace, le temps, son corps et ses émotions. (Robichaud, 2009e)

III.3 Les relations affectives en maison de retraite

Dans son article, Lucien Israël explique que les relations humaines augmentent la tolérance à la douleur d'une personne malade. Il est donc très important, dans un milieu comme les maisons de retraite, où la douleur peut être très présente, de garder des relations très humaines, même entre les soignants et les résidents. (Israël, 2015)

Les relations sont vitales tout au long de la vie. Spitz a pu le démontrer grâce à son expérience de 1945 sur des enfants orphelins qui, privés d'amour, se sont laissés mourir même si tous leurs besoins physiologiques étaient satisfaits. Il a appelé ce phénomène l'hospitalisme. On peut bien entendu le retrouver à tous les âges de la vie.

Les relations humaines entraînent obligatoirement des émotions chez toutes les personnes impliquées dans cet échange, qu'il soit verbal ou non. Il faut savoir reconnaître ses émotions pour en prendre conscience et les utiliser à bon escient. Elles peuvent être de véritables outils thérapeutiques dans ce cadre, et le psychomotricien peut s'en saisir pour proposer aux résidents une relation profondément humaine et adaptée, les aidant à rester humains à leurs propres yeux et à continuer à s'exprimer tels qu'ils sont réellement.

Dans cette relation, la place que l'on accorde à la maladie et aux limitations des capacités est importante à prendre en compte. Lucien Israël souligne qu'il y a une grande différence dans le vécu de la maladie selon si la personne malade s'identifie à sa maladie, ou ajoute sa maladie à son identité. (Israël, 2015)

Les professionnels de la structure, qu'ils soient médicaux, sociaux ou paramédicaux ont alors pour mission, au cours de la relation, de proposer un accompagnement dans lequel la personne âgée peut s'exprimer dans toutes ses compétences. (Personne, 2011) La valorisation des compétences de la personne accompagnée l'aide à reconstituer un sentiment d'unité d'elle-même, lui procurant un sentiment de sécurité fort. Ce travail de valorisation se fait à chaque instant. Il permet à l'adulte âgé de prendre confiance en lui et en son entourage pour s'affirmer dans toute sa personnalité.

Les personnes âgées ont un grand besoin de présence. L'attitude, le regard et les paroles de l'autre leur permettront de garder une identité stable et affirmée. De ce fait, l'aidant a, selon Christine Maintier, un rôle proche de celui de la mère pour le bébé : il permet de donner une substance à l'autre, un sentiment d'existence par le contact, le regard et les paroles, investissant pleinement la personne dans sa place de sujet à part entière. (Maintier, 2011)

Dans la relation, l'empathie agit comme un véritable médiateur permettant à la personne âgée de retrouver une expression corporelle qui lui soit propre, en l'aidant à se reconnecter à ses sensations corporelles. La relation est alors, plus que dans d'autres milieux, un médiateur à part entière pour le psychomotricien. Il est important de pouvoir construire une relation humaine et basée sur la confiance mutuelle avec les résidents en maison de retraite, car le seul fait d'entrer en relation avec eux de manière régulière a une valeur thérapeutique. C'est ici que le « savoir-être », cher aux psychomotriciens, prend toute sa place et toute son importance. (Maintier, 2011)

Les interactions entre résident et soignant, mais aussi entre résidents, impliquent forcément des ajustements réciproques pour rendre la relation possible. Pour cela, il est indispensable de partager ses connaissances, sur soi et sur le monde, afin que toutes les personnes investies dans la relation puissent s'adapter aux autres. (Robichaud, 2009e) Cependant, un grand nombre de résidents

possède moins ou n'a plus de capacités d'adaptation et d'ajustement en raison de son vieillissement normal ou pathologique. Cela montre la nécessité d'une formation appropriée et approfondie au sujet de la relation à l'autre. Ainsi, ce qui semble parfois n'être qu'une « simple discussion » nécessite un professionnalisme dans l'observation fine de la communication et des besoins de l'autre en termes de modalités d'interaction.

Parfois, la personne âgée peut se retrouver éloignée de sa famille dans sa maison de retraite. Valois Robichaud parle alors de « mendiants de l'amour » pour désigner ces personnes. (Robichaud, 2009c) Elles iront chercher l'attention et la tendresse auprès des soignants.

Dans tous les temps de relation avec les résidents, les soignants doivent adopter une position aimante, empreinte de patience pour permettre au résident de se sentir accepté et écouté. Le soignant évitera aussi tout jugement sur le résident.

Les soignants doivent chercher à adopter une attitude engagée et sincère, mais également empreinte d'une distance thérapeutique qui évite un attachement trop personnalisé, dépassant le rôle professionnel.

Madame T habite à la maison de retraite depuis 2018. Elle est atteinte d'une démence qui la place uniquement dans le temps présent. Cela entraîne chez elle une très grande angoisse, qui se manifeste par des déambulations permanentes entre sa chambre et la salle de soin, où elle sera assurée de trouver au moins une personne. C'est sa manière de demander de l'attention ainsi que de la ré-assurance et de la tendresse. Ses demandes sont constantes, et le personnel soignant n'est pas toujours en mesure de répondre à son besoin d'une présence qui lui serait uniquement dédiée.

Un jour, alors que Madame T entre dans la salle de soins pour la vingtième fois de l'après midi, les soignants, excédés, l'invitent sèchement à sortir.

Je lui propose de la raccompagner chez elle et de la peigner, car ses cheveux en auraient besoin. J'essaye de mettre autant de douceur et d'attention que possible dans mon geste, presque dans une position maternante. Je constate qu'elle se relâche enfin, assise sur sa chaise, et que ses mains s'ouvrent et se posent sur ses genoux.

Une fois mon geste terminé, elle va d'elle-même s'allonger sur son lit et me demande de rester quelques minutes. J'accepte et je lui parle d'un ton rassurant et berçant alors qu'elle s'assoupit.

Mon intervention lui aura permis de s'apaiser suffisamment pour prendre un repos dont elle a grand besoin, accordant dans le même temps un répit aux soignants. Cela a permis à ces derniers de répondre à sa demande suivante, deux heures plus tard.

Les relations affectives peuvent se tisser dans divers cadres d'interventions (soins de toilette, activités, discussions, séances de rééducation...). Elles revêtent, à chaque situation, une forme particulière, parfois non protocolaire, mais qui, si elle est créée uniquement selon le besoin du

résident ou à sa demande (comme le tutoiement), doit être respectée et maintenue. Évidemment, cette modalité relationnelle ne sera mise en place et maintenue que si ce mode de relation est acceptable pour le soignant et conforme à la façon dont il conçoit son engagement et perçoit ses propres limites dans sa relation thérapeutique.

Lors des soins intimes comme la toilette, il y a forcément un rapprochement corporel, qui crée petit à petit un rapprochement relationnel. Alors, le résident et le soignant pourront commencer naturellement à se tutoyer et à s'appeler par leur prénom. Le soignant devient alors presque un proche pour la personne âgée, et des liens forts peuvent se tisser. Une communication peut s'établir et la toilette peut devenir un véritable moment de plaisir partagé, où chacun échange avec sincérité. Dans ce cas, il sera important pour le soignant de continuer à tutoyer le résident même face à sa famille, car un changement pourrait nuire au sentiment de continuité du résident. (Cerioli, 2011)

III.4 La vie en maison de retraite et l'expression de soi

III.4.1 Une vie collective

La vie en maison de retraite est une vie collective, où les contraintes sont à la fois liées à la vie en collectivité, mais aussi aux contraintes sanitaires et médicales.

Les personnes vivant dans une maison de retraite et celles qui y travaillent forment automatiquement un groupe social. Celui-ci n'est pas seulement caractérisé par la proximité géographique de chacun (on parlerait alors d'agrégat), mais aussi par des liens de trois natures différentes.

Premièrement, il y a des liens imaginaires : les membres du groupe partagent des désirs en résonance. Dans une maison de retraite, ce désir peut être de vivre, dans des conditions dignes, la meilleure fin de vie possible.

Deuxièmement, des techniques, des procédés et des savoirs faire sont partagés entre les membres du groupe. En maison de retraite, ces techniques sont non seulement celles liées aux soins corporels comme la toilette, à laquelle le résident est invité à participer à la hauteur de ses capacités, mais

aussi tous les autres savoirs que peuvent apporter les résidents aux soignants. C'est donc là que l'on saisit l'importance primordiale des échanges humains entre les résidents et les soignants, mais aussi entre les résidents eux-mêmes.

Enfin, il existe un système de valeurs communes. Ces valeurs sont représentées par le règlement intérieur de l'établissement, qui sert de cadre de référence à la construction des relations.

Pour Bion et Anzieu, qui ont développé ces trois types de lien, ils sont présents dans tous les types de vie en collectivité. Il y a donc une relation d'interdépendance entre les différents membres d'un groupe.

Le groupe implique aussi un extérieur, une sorte de « non-groupe ». Pour Sartres, le groupe se forme pour affronter une situation adverse, même si ce facteur de cohésion n'est pas forcément conflictuel, dans ce cas, on pourra parler de but commun. Ainsi, dans les maisons de retraite, on se regroupe pour « faire face » au vieillissement, mais dans un mouvement d'acceptation plus que de refus.

Il est donc important d'instaurer un bon climat dans le groupe. Cela permettra de construire une histoire commune à l'établissement, avec tous les événements, majeurs ou mineurs, qui peuvent s'y dérouler. Cette histoire influencera alors les réactions de chacun, créant ainsi une réelle identité de groupe. La création d'une telle identité est plus aisée au sein de petits groupes, où les membres peuvent maintenir de bonnes relations entre eux. (Oberlé, 2016)

En maison de retraite, le travail d'équipe est permanent, indispensable et spécifique. C'est un travail de coopération, transdisciplinaire qui se base sur un dynamisme et un fonctionnement qui donnent une teinte identitaire à la structure. Cela se voit par exemple par la multitude d'évènements et d'ateliers qui peuvent être proposés en coopération avec les différents soignants.

III.4.2 Les soins corporels

Les soins corporels sont les aides à l'hygiène corporelle quotidienne, mais également les actes médicaux justifiés par l'état de santé (surveillance, prévention, traitement...) et les actes de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité...).

Ils rythment la vie de nombreuses personnes habitant en maison de retraite. La vie en maison de retraite est rythmée de manière très précise, voire même rigide (il existe pour les aides-soignants des « plans de soins », où chaque action à réaliser pour chaque résident est minuté et organisé selon une logique d'efficacité et de rendement. Les actes s'effectuent donc de façon mécanique en oubliant d'y mettre une attention, une qualité relationnelle. Le risque d'aliénation de l'autre est très fort. La personne âgée se sent un objet inconsideré et cela nuit à son sentiment d'être reconnue comme une personne. De plus, dans cette répétition, le repérage temporel est difficile.

Les rythmes et les habitudes peuvent prendre le dessus sur tout le reste, faisant que chaque jour est identique au précédent. Cela peut alors donner l'impression au résident de vivre un « jour sans fin ».(Cerioli, 2011)

Ce cadre très ferme peut toutefois aider certaines personnes à s'apaiser, diminuant ainsi certains troubles du comportement. Cependant, ces rythmes ne laissent pas la place à la personnalité ou à l'humeur de chacun. Cette absence de possibilité de prise en compte de l'individualité de chacun peut pousser la personne âgée à s'abandonner aux soins, ce qui constitue une réelle menace à son identité.

Le corps des résidents ne doit pas être vu comme un « objet de soins », mais comme une composante de la personne que l'on soigne, et il est impératif d'y apporter la plus grande attention. (Robichaud, 2009e)

Si nous pensons, en tant que psychomotricien, à la qualité des contacts, gestes et mouvements au cours des soins corporels, il est également important d'apporter une attention particulière au vocabulaire employé. Les formulations telles que « on va se laver » peuvent avoir plusieurs conséquences négatives. Dans le cas des personnes légèrement désorientées, elles peuvent ne pas saisir la métonymie à cause d'une baisse des capacités symboliques de la communication, imaginant alors qu'elles vont prendre leur douche avec l'aide-soignant qui vient de prononcer cette phrase.

D'autre part, l'utilisation de l'article « on » peut dépersonnifier le résident. « On » n'est pas une personne, il est tout au plus un objet animé, alors que si le soignant dit par exemple « je vais vous aider à vous laver », il aide le patient à reprendre sa place de personne différenciée et autonome. Cela lui redonnera une place active dans ses soins et cette formulation redonne à chacun sa place.

Enfin, cela contribue au renforcement et au maintien du sentiment de reconnaissance, renforçant dans le même temps l'identité.

III.4.3 La vie personnelle des adultes vieillissants au sein des maisons de retraite

Lorsqu'elle emménage dans une maison de retraite, la personne âgée laisse de côté une partie de son « ancienne » vie, mais elle amène avec elle tout ce qu'elle est et tout ce qu'elle sait.

Elle continuera donc d'être elle-même dans cette nouvelle maison.

Même si les soins peuvent représenter une grande partie des activités des résidents, ils gardent une identité propre. Alors, certains iront visiter leurs voisins comme ils le faisaient dans leur quartier, d'autres iront s'installer dans un salon afin de regarder la télé en compagnie d'autres personnes, d'autres encore iront explorer les moindres recoins de la maison ou participeront à des activités proposées par l'établissement.

Le maintien de ces activités est essentiel à la conservation de l'identité personnelle de chacun. Les résidents pourront alors créer des liens avec d'autres résidents ou avec certaines personnes de l'équipe soignante, dessiner, créer, penser, lire... Ces activités permettent de garder une position active au cœur de la maison de retraite.

Dans ce cadre, le regard que portent les soignants sur les résidents est très important, car il rend la personne vivante et la replace en tant qu'être de valeur. (Robichaud, 2009b)

Il sera aussi important de mobiliser et de valoriser les capacités et les savoirs de chacun dans toutes les circonstances possibles.

Madame P a 70 ans et elle est atteinte d'une sclérose en plaque depuis ses 50 ans. Elle a perdu une grande partie de ses capacités motrices, y compris au niveau de ses mains.

Avant la maladie, elle était très active, réalisant avec son mari des travaux dans sa maison, cousant, brodant et crochétant avec une grande minutie. Ces activités manuelles lui manquent beaucoup et je lui propose de l'initier au coloriage détente. Madame P retrouve alors le plaisir de créer, de réfléchir à l'assortiment et la succession des couleurs tout en réalisant quelque chose.

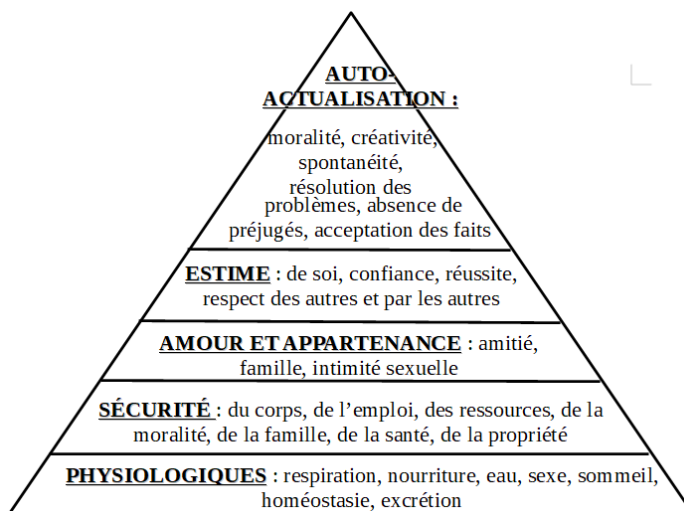
Quelques semaines plus tard, l'animatrice propose de monter un club de tricot, où les membres confectionneraient des ours en peluche pour une vente de Noël au profit de l'association des résidents. Les commandes sont telles que l'animatrice décide d'organiser une sorte de chaîne de travail, où celles qui le peuvent tricotent, d'autres assemblent les peluches, d'autres encore les bourrent et les dernières apportent les finitions. Madame P a donc pu intégrer ce club, étant l'une de responsable de l'assemblage des peluches. C'est une responsabilité dont elle est très fière.

Madame P a donc une place importante dans la confection de ces peluches et elle retrouve des gestes qu'elle aimait effectuer il y a quelques années, lui permettant de renouer avec une partie d'elle-même, la couturière, qu'elle avait été contrainte de mettre de côté.

III.4.4 La satisfaction des besoins fondamentaux en maison de retraite

Tout au long de cette partie, je m'appuierais sur le livre de Valois Robichaud, Accueillir les besoins psychiques de l'adulte vieillissant. (Robichaud, 2009a)

Les besoins humains sont souvent abordés au travers de la pyramide de Maslow, qui a classifié ces besoins fondamentaux en une pyramide à cinq étages, présentée ci-dessous. (« Pyramide des besoins », 2021)



Valois Robichaud a décidé de développer les besoins psychiques quotidiens, en les appliquant au cas des adultes vieillissants. Ils sont bien entendu applicables à tous les êtres humains, quel que soit leur âge, leur condition ou leurs aptitudes.

Il a dégagé sept besoins psychiques : le besoin d'amour, le besoin de sécurité, le besoin d'écoute, le besoin de reconnaissance, le besoin d'affirmation, le besoin de liberté et le besoin de créativité.

Ces besoins sont une nourriture immatérielle indispensables à combler afin de profiter d'une vie équilibrée.

La satisfaction de ces besoins procure à la personne âgée une sérénité et une sécurité psychique qui lui permettent de garder une identité stable, dynamique et affirmée.

Je les développerai brièvement les uns après les autres. Ils sont bien entendu à prendre en compte à tous les moments de la vie quotidienne, mais le psychomotricien peut y veiller de manière toute particulière, et leur accorder une place très importante dans sa manière d'être et d'agir en présence des résidents d'une maison de retraite. Pour chacun de ces besoins, je chercherai donc comment, en tant que psychomotricien, nous pouvons aider à satisfaire ces besoins.

De par son rôle d'observateur extérieur et de conseiller en équipe pluridisciplinaire, le psychomotricien est aussi apte à aider les soignants, après une étape d'observation attentive des relations, dans des situations où les soignants sont en difficulté.

De plus, il peut aussi proposer des expériences de réponse complète à ces besoins lors des séances et des moments de relation personnelle qu'il propose.

III.4.4.i. Le besoin d'amour

Valois Robichaud parle de l'amour pour les personnes âgées comme de la « *clé de [leur] équilibre et de [leur] évolution intérieure* » ((Robichaud, 2009d)p. 55). Cet amour est très important à montrer aux personnes âgées en maison de retraite, car il est l'un des moteurs de leur ré-invention identitaire. Dans les sociétés occidentales, le concept d'amour rend frileux. Dans le contexte des maisons de retraites, il est important de faire un travail émotionnel autour de ce concept en tant que soignant. Il ne s'agit pas d'éprouver le même amour que pour un membre de sa famille car nous devons développer une distance thérapeutique, mais il est indispensable d'accueillir les adultes

vieillissants avec ce qu'ils sont profondément, et de leur apporter l'affection dont ils ont besoin. En effet, si, pour les soignants, la maison de retraite est le lieu de travail, il ne faut pas oublier que, pour les résidents, la maison de retraite est leur lieu de vie. Il est important que ce lieu de vie soit empreint d'émotions et d'acceptation profonde pour permettre aux personnes âgées de s'intégrer et de démarrer un nouveau chapitre de leur vie dans la maison de retraite.

De plus, le fait que le personnel soignant vive ses émotions avec sincérité au sein de la maison de retraite permet à chacun de retrouver sa place d'être humain vivant, pensant et ressentant. En vivant son émotion, on autorise l'autre à vivre les siennes.

Pour Valois Robichaud, l'amour est indispensable pour s'ouvrir aux autres. Si la personne n'est pas aimée pour ce qu'elle est dès les premiers instants de la vie, elle peut se montrer craintive dans les relations, car elles la renvoient à son manque d'amour. (Robichaud, 2009d) Nous pouvons faire le lien avec l'hospitalisme de Spitz, que j'ai évoqué précédemment.

Cette sensation de l'amour que l'autre nous porte se perçoit dans la qualité de la relation, et l'on pourrait la qualifier « d'intensité émotionnelle ». Cette qualité relationnelle serait d'autant plus forte que chacun se permet d'en vivre et d'en partager les émotions.

Ce travail émotionnel est tout à fait à la portée du psychomotricien. Il peut, tout d'abord, vivre ses émotions en toute sincérité face aux résidents, amorçant le mouvement d'acceptation dont je parlais précédemment. Cependant, le psychomotricien doit analyser ses émotions avant de les partager avec le résident, afin de savoir les gérer et de ne les utiliser dans la relation que si elles peuvent avoir un aspect positif et constructif dans l'accompagnement thérapeutique.

Le psychomotricien peut également aider les résidents à travailler sur leurs propres émotions en apprenant à les reconnaître, à les accepter et à vivre sainement avec elles. Il peut aussi, de par ses compétences relationnelles, construire une relation de confiance et d'acceptation avec le résident qui serait craintif à l'idée de s'ouvrir aux autres.

Le psychomotricien peut aussi proposer des expériences maternantes, comme par exemple des massages, des bains relaxants ou des séances de relaxation. Durant ces

moments, le psychomotricien apporte toute sa bienveillance, son attention et sa douceur au résident, lui apportant une part de l'amour dont il a besoin.

Cette même attention peut être portée par les soignants lors de la toilette par exemple. Ce moment peut alors devenir un véritable moment de bien-être pour l'adulte vieillissant. Ces moments peuvent être très bénéfiques dans les situations de grande dépendance ou de perte de contact avec l'extérieur. Dans ces situations, le corps est souvent le seul moyen de communication, et les soignants peuvent proposer à ces personnes des expériences de bien-être corporel apaisantes et sources d'un réel plaisir.

III.4.4.ii. Le besoin de sécurité

Comme je l'ai dit précédemment, avec le vieillissement, les adultes ont tendance à réduire leur investissement de l'espace et du temps, par recherche de sécurité. Ils sortent moins loin de chez eux et moins souvent, cherchent à rentrer le plus tôt possible... afin de retrouver leur domicile, base de sécurité.

L'emménagement en maison de retraite peut être une source d'insécurité forte. C'est pour cela qu'il est indispensable de préparer l'arrivée d'un nouveau résident avec beaucoup de soins. Le fait de présenter clairement le cadre de vie au plus tôt est très aidant, car, même s'il peut être contraignant, le cadre est aussi une enveloppe sécurisante, marquant des limites psychiques qui offrent un sentiment de contenance. (Robichaud, 2009d)

Pour être comblé, le besoin de sécurité a aussi besoin de démonstrations de confiance des soignants envers les résidents. Il est important de les aider à s'investir dans de nouveaux projets et de nouveaux défis, quelle que soit leurs difficultés. Cette marque de confiance des soignants aidera les résidents à avoir confiance en eux-mêmes, ce qui est un moteur de la réinvention de soi en maison de retraite.

Le cadre thérapeutique que l'on pose lors de la mise en place du suivi participe aussi au sentiment de sécurité, car il est en lui-même un contenant psychique, sécurisant et rassurant.

Le psychomotricien peut également proposer des aménagements et des situations contenant et sécurisantes pour les personnes le nécessitant. Cela peut passer par une contenance physique, avec par exemple la proposition de massages, d'enveloppements ou d'objets lestés, mais aussi une contenance psychique (qualité de présence, attention, verbalisations...).

III.4.4.iii. Le besoin d'écoute

L'écoute est la base de la communication entre le soignant et le résident. Le soignant doit se mettre à la hauteur des possibilités de l'adulte vieillissant afin de conserver une communication équilibrée.

L'écoute, selon Valois Robichaud, se différencie du fait d'entendre car le soignant accueille ce que les mots du résident lui font ressentir profondément. Cette écoute et cette attention permet à la personne écoutée de se sentir accueillie et de se livrer profondément. Cette position lui permet de reconnaître sa valeur en tant que personne et elle permet au résident de maintenir son identité.

Ce procédé demande du temps et de la disponibilité de la part du soignant, ce qui n'est pas toujours possible compte tenu des contraintes institutionnelles. (Robichaud, 2009d)
Le psychomotricien peut apporter ce temps et cette disponibilité de par son savoir-être. Il est important, en tant que psychomotricien, de se placer dans une position de présence et d'ouverture à soi et à l'autre avant d'aller à la rencontre d'un résident en maison de retraite.

Pour signifier notre attention, les mots ne sont pas indispensables. Notre regard, notre posture, notre expression faciale ou nos réactions corporelles sont, pour Valois Robichaud, 55 % de la communication. L'intonation est le second élément le plus important. Elle représente 38 % de la valeur de la communication. Les mots ne comptent que pour 7 % (Robichaud, 2009d). Même s'il est important de savoir les employer avec réflexion, il faut donc apporter une attention toute particulière à notre communication non verbale dans cette posture « d'écouter ».

À partir de là, il sera aussi important d'exprimer ce que l'on ressent en tant que soignant, de manière professionnelle. Le fait de garder une façade fautive devant un résident peut impacter négativement la relation selon Carl Rogers. Colette Portelance nuance : même s'il est important de

partager ses ressentis, elle souligne le fait que la personne écoutée doit se sentir le centre des préoccupations immédiates de la personne qui écoute. (Robichaud, 2009d)

Le résident peut avoir peur de s'exprimer. Si son besoin d'amour n'est pas pleinement comblé, ou s'il n'a pas été comblé durant une grande partie de sa vie, l'adulte vieillissant peut avoir peur de perdre l'amour et l'attention du soignant en s'exprimant. Il est alors important que le soignant, qu'il soit psychomotricien ou non, rassure le résident par ses attitudes et son langage.

III.4.4.iv. Le besoin de reconnaissance

La personne âgée a besoin d'être reconnue dans ses capacités par les autres, mais aussi par elle-même. Il ne s'agit pas là d'une reconnaissance physique de la personne, mais bien de la validation et de la valorisation des réussites et des efforts de l'adulte.

Pour cela, il est important de proposer des activités et des expériences riches et variées, afin de stimuler les résidents et de les valoriser. Kaufmann parle « d'inventivité identitaire » pour illustrer ce besoin de stimulation, de valorisation et de reconnaissance afin de garder une vision positive de la vie et de rester actif.

Le bilan psychomoteur peut être un outil riche pour démontrer à une personne âgée ses capacités de manière objective de par son aspect normé. Il peut être en lui-même thérapeutique, car il montre les qualités sur lesquelles la personne peut s'appuyer afin de surmonter ses difficultés.

Dans un accompagnement plus régulier, le psychomotricien peut proposer de nouvelles expériences, et même, pourquoi pas, des défis au résident, qui pourra se redécouvrir dans des capacités qu'il n'imaginait pas, ou qu'il pensait perdues. Ces nouvelles expériences permettent d'accéder à une meilleure connaissance de ses capacités, et donc de soi-même, participant à la réinvention identitaire. Ces accomplissements sont une source de fierté pour le résident, d'autant plus s'ils sont valorisés par leur entourage, qui reconnaît sa réussite.

III.4.4.v. Le besoin d'affirmation

Le besoin d'affirmation est satisfait lorsque la personne est libre de faire ses choix et qu'elle est appuyée dans ses décisions.

Colette Portelance alerte sur la nécessité de ce besoin en soulignant que, dans une relation aidant-aidé, si l'aidant n'écoute pas les marques d'affirmation de la personne aidée, la relation deviendra dangereuse car l'aidant aura une position de pouvoir très affirmée par rapport à l'aidé.

Les adultes vieillissants ont aussi le droit de réaliser des projets qui peuvent paraître risqués. La prise de risque n'appartient pas qu'aux « jeunes ». Si leur entourage ne leur laisse pas cette liberté, ils se retrouveront infantilisés. Ces prises de risque sont importantes pour l'estime de soi de la personne âgée, mais aussi pour sa réinvention identitaire. (Robichaud, 2009d)

Les psychomotriciens peuvent tout à fait accompagner cette prise de risque, dans l'assistance de la planification de la réalisation, la préparation physique et ou psychologique... pour permettre à la personne âgée de réaliser ce projet tout en maîtrisant le risque.

En séance, il est aussi important de respecter les choix, les désirs, les envies et les aversions des personnes âgées, même les plus minimes. Cet accueil permettra à la personne de se sentir plus en sécurité pour s'affirmer de manière plus marquée dans le futur. Il est aussi très intéressant de coconstruire les séances et le projet d'accompagnement avec la personne. Cela permet d'obtenir un suivi tout à fait en accord avec les envies du résident, mais aussi de l'aider à s'investir pleinement et à s'affirmer en tant que personne.

III.4.4.vi. *Le besoin de liberté*

Colette Portelance définit la liberté ainsi : c'est « *L'aptitude à être responsable de sa vie, arrêter des choix, prendre des décisions et la capacité d'en assumer les conséquences* ». (p. 98) (Robichaud, 2009d) La liberté est donc un sentiment subjectif, et chacun a sa manière de la vivre, en fonction de son passé, ses idéaux et ses valeurs.

Pour Colette Portelance, le besoin de liberté est le besoin le plus difficile à combler, car il est intimement lié aux six autres besoins. En effet, comme je l'ai mentionné dans le paragraphe sur le besoin d'affirmation, la personne âgée peut se restreindre et se censurer par peur de perdre la satisfaction de ses autres besoins. Il y a donc un risque de soumission des personnes âgées, en raison de la place et du pouvoir que les soignants peuvent avoir sur elles. Pour Colette Portelance, on ne peut se sentir libre que si tous nos besoins psychiques fondamentaux sont comblés.

Cependant, en maison de retraite, beaucoup de besoins et de libertés peuvent être oubliés à cause des contraintes des institutions qui inscrivent les soignants dans le besoin de rapidité, oubliant parfois la singularité et la dignité de chacun.

Pour se protéger, le résident peut alors adopter des conduites de refus, qui rendent le travail des soignants encore plus difficile. C'est souvent à ce moment que la sonnette d'alarme est tirée, et que l'on aborde le sujet en équipe. Durant ces réunions, il est important de chercher à analyser avec bienveillance et sans jugement les comportements de chacun vis-à-vis du résident dont le comportement pose problème.

Le psychomotricien peut alors avoir un rôle à jouer dans l'analyse et l'observation des différentes situations difficiles et dans la recherche de solutions. Ces situations difficiles peuvent avoir lieu par exemple durant les toilettes, où le résident peut refuser les soins de manière parfois violente. Ce refus est à prendre en compte en tant qu'élément de communication, de prise de position plus ou moins conscientisée en réponse à la sollicitation du soignant, et de recherche de liberté.

En parallèle, le psychomotricien peut aussi accorder une grande liberté au résident dans la relation et le suivi thérapeutique.

III.4.4.vii. *Le besoin de créativité*

Colette Portelance s'est aussi exprimée sur ce besoin. Elle définit la créativité ainsi : « *La créativité est une fonction naturelle de l'être humain dont l'exploitation assure le développement des capacités intellectuelles, imaginaires et pratiques, l'apprentissage de la liberté et l'actualisation des potentialités latentes.* » (p107) (Robichaud, 2009d)

La créativité entre dans le dernier étage de la pyramide des besoins de Maslow, celui portant sur l'actualisation de soi.

Il est primordial d'encourager la créativité dans les maisons de retraite, car elle participe largement à l'actualisation de l'identité de la personne âgée. Pour Jaques Laforest, la vie ne peut se développer qu'en s'exprimant. Il démontre que l'expression créative est indispensable à l'entretien de l'identité de chacun. De plus, les activités créatives, lorsqu'elles sont investies, sont l'un des moyens les plus efficaces d'exercer les différentes capacités, tant physiques que cognitives, des adultes vieillissants. Elles participent donc au maintien de l'autonomie.

Ces activités sont souvent proposées principalement par l'animateur de la structure, qui explore les nombreux domaines dans lesquels la créativité peut être mise en jeu. Le psychomotricien peut aussi participer à leur création. Ces projets et leur réalisation devront faire appel à la créativité, aux compétences et à la personnalité de chacun. Les activités proposées ne sont pas seulement des activités artistiques, comme la peinture ou la sculpture, mais la créativité peut aussi intervenir dans la mise en place d'un projet et la recherche de solutions à certains problèmes posés par la réalisation d'un objectif, par exemple. Ainsi, les résidents pourront se sentir valorisés, reconnus dans leurs capacités et leur individualité.

Même dans des situations de grande dépendance, l'imaginaire ne vieillit pas. Il faut donc trouver différents moyens de le mobiliser afin de laisser à chacun la possibilité d'être créatif dans la mesure de ses capacités.

Le psychomotricien, en lien avec l'ergothérapeute et l'animateur, peut alors rechercher des aménagements et des solutions pour permettre, même aux personnes les plus dépendantes, d'exprimer leur créativité.

De plus, la créativité est souvent source d'une grande valorisation personnelle et environnementale. Pour René Laforesterie, « *créer, c'est exister* » (p.111). La création n'a rien d'analytique, au contraire, elle vient du plus profond de l'être. C'est un catalyseur d'émotions, de sensibilité et de plaisir. La créativité a donc une place importante dans l'actualisation de l'image de soi, qui devient alors bien plus positive et source de sécurité. (Robichaud, 2009d)

III.5 Les pathologies, la désorganisation spatio-temporelle et le vécu identitaire

III.5.1 Présentation de quelques vieillissements pathologiques

Je ferai ici une rapide introduction aux désorganisations à type de démence.

En effet, j'ai eu l'occasion de rencontrer et d'accompagner plusieurs personnes atteintes de ce type de pathologies, dont certaines que je présenterai plus loin.

III.5.1.i. Les désorganisations à type de démence

Le DSM-V est un outil de classification et de diagnostic des troubles psychiatriques.

Ces désorganisations sont majoritairement dues à des maladies neurodégénératives, c'est à dire qu'elles concernent la destruction progressive de neurones. Ce sont des maladies évolutives.

Dans la classification du DSM-V, ces désorganisations sont regroupées sous le nom de syndrome démentiel. Ce syndrome est principalement caractérisé par un déclin cognitif constaté par le patient, par une personne de son entourage ou par un clinicien. Il doit être avéré par des tests prouvant une baisse significative des capacités cognitives.

Ce déclin doit retentir sur l'autonomie de la personne et ne doit pas être le résultat d'un syndrome confusionnel. Ces troubles apparaissent en général entre 70 et 90 ans. (American Psychiatric Association, 2015)

Dans les versions les plus récentes, on ne parle plus de « démences », mais de « troubles cognitifs majeurs ». Par ce changement d'appellation, on s'intéresse plus aux symptômes vécus par la personne qu'à l'origine des difficultés, la connotation paraît donc moins péjorative.

D'un point de vue physiologique, ces troubles cognitifs majeurs sont caractérisés par une destruction anormalement rapide des cellules cérébrales. Cette destruction touche principalement l'hippocampe, qui est la zone de la mémoire, mais elle peut s'étendre à d'autres zones cérébrales voisines.

La maladie la plus connue dans cette catégorie est la maladie d'Alzheimer, qui se caractérise principalement par une atteinte mnésique. Elle touche en premier les événements récents de la vie, puis remonte petit à petit tout au long de l'histoire de la personne. Elle est souvent accompagnée d'une désorganisation spatio-temporelle grandissante. Cette maladie concerne plus de la moitié des personnes atteintes de troubles cognitifs majeurs.

La maladie d'Alzheimer n'est pas la seule maladie connue. La démence à corps de Lewy est la seconde maladie la plus répandue chez les personnes présentant des troubles cognitifs majeurs. Elle se différencie de la maladie d'Alzheimer par une atteinte motrice qui apparaît avant l'atteinte mnésique.

III.5.1.ii. La maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens

La maladie de Parkinson est la seconde maladie neurodégénérative la plus fréquente en France, après la maladie d'Alzheimer.

La maladie de Parkinson est considérée comme un trouble hypokinétique, c'est à dire qu'elle a pour conséquence de réduire l'investissement moteur de la personne malade. En effet, les neurones détruits par cette maladie sont les neurones à dopamine, perturbant ainsi les réseaux neuronaux associés.

Cette maladie est caractérisée par une triade de symptômes moteurs :

-L'akinésie : elle est définie par la lenteur dans la réalisation et la coordination des mouvements.

-L'hypertonie : c'est la contraction excessive des muscles. Elle entraîne un changement de la posture.

-Les tremblements de repos : ils concernent principalement les bras et les mains.

Cette maladie est aussi accompagnée de plusieurs symptômes non moteurs, comme par exemple des troubles du sommeil, de l'équilibre ou des douleurs. (*Parkinson (maladie de)*, s. d.)

Elle a une incidence sur tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris la marche, qui est largement perturbée.

III.5.2 Les conséquences des vieillissements pathologiques sur le vécu identitaire

Dans le cadre des vieillissements pathologiques, notamment les désorganisations comme la démence, la mémoire peut se retrouver impactée. Or, nous avons vu que la mémoire était une des composantes essentielles à la préservation de l'identité. Si la personne en vient à oublier les événements les plus récents, elle peut, par conséquent, oublier les réajustements identitaires qu'elle a effectués récemment.

Avec l'avancée de la maladie, la personne vient à oublier des événements de plus en plus lointains, ce qui impactera d'autant plus le vécu identitaire de l'adulte vieillissant. Ces oublis peuvent aussi impacter le sentiment de reconnaissance de soi, qui est dépendant de la perception immédiate et des expériences antérieures. (Maintier, 2011)

De plus, l'identité personnelle reste relativement stable d'un jour à l'autre, ce qui procure un sentiment de sécurité. Cependant, si la personne ne parvient plus à se souvenir du passé très proche, ce sentiment est impacté. Comment se reconnaître dans un corps de quatre-vingt ans alors que l'on en a trente dans sa réalité ?

Le psychomotricien peut alors proposer de jouer autour des différentes facettes de l'identité, en amenant la personne âgée à se remémorer des faits provenant de différents chapitres de sa vie et de différents contextes. Avec en plus un travail autour de la réunification de l'image corporelle, cet accompagnement peut ramener un sentiment de continuité pour la personne âgée. Il sera très important pour le psychomotricien de partir des capacités, des éprouvés corporels et de la réalité du patient, pour le mener petit à petit vers les objectifs visés. Grâce à cela, le suivi peut être une véritable source de plaisir. (Kaempf et al., 2011)

Si la personne âgée oublie les événements les plus récents, elle peut oublier ses difficultés. L'aide du personnel soignant pourra alors être mal vécue, car elle n'est pas en adéquation avec la réalité de la personne. C'est à ce moment que les compétences relationnelles des soignants sont mises à contribution. Il s'agit de rassurer l'adulte vieillissant dans sa réalité, de ne pas le froisser, mais aussi d'éviter toute mise en danger et de l'aider dans les gestes essentiels de la vie quotidienne, comme par exemple manger ou se laver. Il faudra donc accueillir la personne dans sa réalité, qui est différente de la réalité extérieure, tout en répondant aux besoins de la réalité extérieure. (Cerioli, 2011)

Une des approches possibles est de ramener la personne à ses sensations corporelles, qui sont une passerelle entre les différentes réalités. C'est un travail que le psychomotricien peut tout à fait effectuer, en proposant des situations contenant et maternantes comme des massages, des enveloppements, des expériences sensorielles... Ces techniques permettent dans le même temps d'unifier l'image corporelle, qui souffre aussi des pertes de mémoire.

Ces altérations de la mémoire peuvent amener la personne vers un vécu diffus et chaotique de la vie, ce qui est très angoissant pour elle. Pour se protéger, les résidents peuvent alors réagir vivement, parfois même avec agressivité. Cette agressivité n'est pas dirigée vers la personne extérieure, mais vers l'angoisse permanente qui peut habiter les résidents. (Maintier, 2011) Il s'agit d'une angoisse qui n'est pas élaborée, et l'agressivité est un moyen d'alléger la charge émotionnelle. (André et al., 2004)

Madame D est arrivée récemment à la maison de retraite, et elle a beaucoup de mal à accepter ce déménagement. Elle a du mal à se souvenir des événements récents, ce qui fait qu'elle oublie fréquemment qu'elle a déménagé dans l'établissement. Ne comprenant pas pourquoi elle se retrouve « enfermée avec tous ces vieux », elle peut se montrer très agressive verbalement envers les soignants et les résidents, chez qui elle pointe et dénigre la moindre difficulté.

Les résidents ont donc peur d'elle, et les soignants ne savent plus comment l'aider à se calmer.

Je vais très régulièrement la voir dans le petit salon où elle a l'habitude de s'installer, afin de discuter avec elle, mais elle ressasse souvent de mauvais souvenirs. Alors, je lui propose des massages. Elle accepte de se faire masser les mains. Madame D a besoin de beaucoup de réassurance, et elle s'assure très régulièrement que je ne toucherais rien d'autre que ses mains au cours du massage.

Durant ce moment, Madame D parvient à s'apaiser, elle s'installe plus confortablement dans son fauteuil, ses muscles se détendent et elle a les yeux à demi-fermés. C'est elle qui décide de la fin du massage, ce qui lui permet de garder un certain contrôle sur ce que je lui propose.

À la fin du massage, Madame D a très souvent un sourire apaisé sur les lèvres, son regard s'est grandement adouci et elle parvient à me remercier sincèrement pour ce moment. Elle est calme et rassurée durant quelques minutes.

IV) Présentations cliniques

IV.1 Présentation de la maison de retraite

J'ai effectué mon stage dans un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) de petite taille. Il a une capacité d'accueil de 42 résidents sur deux étages. Les résidents ont actuellement entre 67 ans et 97 ans. La maison de retraite fait partie d'un grand groupe d'établissements à but lucratif, qui l'a racheté en 2019. Auparavant, l'établissement appartenait à un autre groupe à but lucratif mais de plus petite envergure, dont les PDG ont pris leur retraite après avoir vendu leurs établissements.

Le personnel cadre de l'établissement est constitué d'une directrice, d'une secrétaire de direction et d'une infirmière coordinatrice.

Le personnel soignant est composé de deux infirmiers, d'une infirmière référente et d'une équipe de 10 aides-soignants qui se relaient. Ils sont encadrés par l'infirmière coordinatrice.

Un médecin coordonnateur est présent un jour et demi par semaine. L'établissement profite également de la présence deux jours par semaine d'une psychologue, d'une ergothérapeute ainsi que d'une psychomotricienne trois jours par semaine. Enfin, une animatrice est présente quatre jours par semaine. Des orthophonistes et des kinésithérapeutes libéraux sont très régulièrement présents afin d'assurer le suivi des résidents qui en ont besoin.

Le service hôtelier est assuré par une équipe de 7 agents (ASH) chargés de l'entretien des locaux. Une ASH s'occupe également du service au restaurant. Les repas sont préparés par deux cuisiniers qui se relaient. Enfin, un agent technique s'occupe de la maintenance du matériel. Cette équipe est encadrée par la maîtresse de maison, présente cinq jours par semaine.

Chaque jour, cinq aides-soignants sont présents ainsi que deux ou trois ASH, en plus de la personne responsable du service au restaurant. Deux infirmiers sont présents en journée : il peut s'agir de l'infirmière référente, de l'infirmière coordinatrice ou de l'un des deux infirmiers. La nuit, une aide-soignante et une ASH sont présentes.

Plusieurs changements dans le personnel ont eu lieu durant mon stage : premièrement, la maîtresse de maison a pris sa retraite, et elle a été remplacée immédiatement. Deuxièmement, la psychomotricienne en poste à mon arrivée a quitté l'établissement au mois de janvier et n'a été

remplacée qu'au milieu du mois d'avril. J'ai donc poursuivi mon stage sous la forme d'un « stage expérimental » de janvier jusqu'à fin mai.

L'établissement est proche du centre d'une petite ville, ce qui permettait aux résidents, avant la crise sanitaire, de garder un lien fort avec l'extérieur au travers de divers partenariats avec les structures voisines (école, résidence pour personnes âgées...). Cela leur permettait aussi d'aller régulièrement faire des courses dans le supermarché voisin.

La maison de retraite profite aussi d'un vaste parc arboré, très investi durant l'été. Une promenade en bitume adaptée aux déambulations et aux personnes en fauteuil roulant y a été créée grâce à un projet porté par la psychomotricienne, l'animatrice et l'ergothérapeute.

Cinq repas sont proposés dans la journée : un petit déjeuner servi chez le résident ou dans l'un des petits salons, suivant les préférences de chacun. Le repas de midi est servi dans la salle de restaurant ou dans la chambre des résidents. Il n'y a pas de lieu défini pour le service du goûter. Le repas du soir est servi suivant les mêmes modalités que celui de midi. Enfin, une collation est proposée aux résidents au début de la nuit.

La texture et la quantité des plats sont adaptées en fonction des risques ou non de fausse route, des difficultés de mastication et de l'appétit de chacun.

Dans les contextes de fin de vie, lorsque la personne a du mal à s'alimenter, l'établissement lui propose un « plateau plaisir » ne contenant que les aliments que la personne apprécie sans se soucier de l'équilibre alimentaire, qui n'est plus la priorité à ce moment.

Les animations, les activités et la vie sociale sont des piliers importants du projet d'établissement de cette maison. La convivialité, l'ouverture, l'esprit familial et accueillant de la structure font partie intégrante de son identité groupale.

Avant la crise sanitaire, l'animatrice et la psychomotricienne proposaient très régulièrement des repas entre les résidents et leur famille dans une salle spécialement aménagée. Des repas thérapeutiques étaient également possibles en salle isolée, en chambre ou en salle à manger. Chaque semaine, la maîtresse de maison y proposait des petits-déjeuners conviviaux, invitant plusieurs résidents et leur famille à le partager. Pour ces occasions, un résident préparait un gâteau la veille en cuisine afin d'en faire profiter les personnes présentes.

Tous les mois, les anniversaires des résidents sont fêtés par un goûter organisé par l'animatrice où leur famille est invitée.

Deux fois par an se tenaient de grandes fêtes auxquelles les familles étaient invitées : la fête de Noël et la fête de l'Été. Ensemble, ils partageaient un grand repas et des spectacles y étaient donnés. C'était pour les résidents l'occasion de vendre certains objets qu'ils avaient confectionnés tout au long de l'année, au profit de leur association, gérée par l'animatrice. Elle remettra ces fêtes en place dès que le contexte sanitaire le permettra.

Cette année, pour Noël, l'animatrice a proposé une vente d'ours en peluche tricotés qui a eu tellement de succès que le club de tricot de la maison de retraite, chargé de leur réalisation, a reçu plus d'une centaine de commandes. De nombreux résidents en ont offert à leur famille, ou en ont commandé pour eux-mêmes. L'animatrice a pu observer que ces peluches apportaient de réels effets bénéfiques chez certains résidents. Le club continue la confection des ours en peluche au profit des enfants hospitalisés à l'hôpital Pellegrin.

En partenariat avec l'ergothérapeute, la nouvelle psychomotricienne propose désormais des bals guinguette tous les mois aux résidents, un moment festif où ils sont invités à danser selon leurs capacités.

Une bénévole intervient aussi toutes les semaines afin de proposer diverses activités aux résidents, dont un grand loto.

Enfin, les résidents sont conviés régulièrement aux conseils de vie sociale et aux commissions restauration, encadrés par l'animatrice et en présence d'un membre de la direction, afin que chacun puisse s'exprimer sur d'éventuels problèmes ou demandes à propos de leur vie quotidienne.

La crise sanitaire a donc eu une grande influence sur les différents événements qui rythmaient la vie quotidienne de la maison, ce qui a pu influencer la dynamique et l'ambiance générale. C'est donc dans le contexte de la crise sanitaire liée au SARSCOV2 que j'ai rencontré les différents résidents que je vais présenter par la suite.

IV.2 Mme H

IV.2.1 *Présentation de Mme H*

Mme H a 89 ans lorsque je la rencontre. C'est une femme très coquette : elle est élégamment habillée, elle porte du fond de teint, du rouge à lèvres et se maquille les sourcils. Sa coiffure est également soignée. Elle se tient assez droite, dans une posture élégante et plutôt contrôlée, voire rigide.

Elle porte un œil de verre à droite depuis ses cinq ans et a subi une opération importante au genou du même côté.

Mme H présente une très bonne autonomie dans les actes de la vie quotidienne : elle fait sa toilette, s'habille et se maquille seule, elle marche sans aucune aide. Son GIR (Groupe Iso-Référence, unité mesurant l'autonomie d'une personne dans les actes de la vie quotidienne) est évalué à 5, soit l'autonomie la plus élevée.

Dans sa vie active, en Vendée, elle a été couturière pour des maisons de haute couture et s'est beaucoup occupée de sa famille. Elle a eu trois filles, et elle décrit sa relation avec son mari de manière très positive, insistant sur leur amour et la bienveillance de leur couple. Même à la retraite, elle est restée très active : elle se confectionnait des vêtements, entretenait très régulièrement sa maison et son jardin, accueillait souvent de grandes réunions de famille s'étalant sur plusieurs jours. Elle me parle de ces réunions avec beaucoup de nostalgie et me dit que la préparation de tels événements prenait plus d'une semaine. Elle était donc une personne très active et ne prenait que très peu de temps pour elle, se disant que « de toutes façons, on n'a pas le choix ».

Mme H est arrivée à la maison de retraite à la fin du mois de juillet 2020 dans un contexte particulier : deux ans auparavant, elle avait déménagé de Vendée avec son mari en perte d'autonomie jusqu'à la région bordelaise, dans un appartement, afin de se rapprocher de l'une de ses filles.

Son mari est arrivé à l'EHPAD seul dans un premier temps, en raison d'un manque de place et de l'urgence du placement. Madame H l'a rejoint quelques jours plus tard. Cependant, très peu de temps après leur emménagement, l'état de santé de son mari s'est aggravé, nécessitant une hospitalisation au terme de laquelle il est décédé mi-août. Ils n'ont vécu ensemble que quelques

jours dans la maison de retraite avant cette hospitalisation. Madame H était elle-même en situation d'épuisement car elle était l'aidante principale de son mari.

Au cours de nos rencontres, j'apprends également qu'elle a perdu l'une de ses trois filles, trois ans auparavant : c'est un deuil qu'elle paraît avoir du mal à faire et qui semble ressortir douloureusement.

Sa chambre est très spacieuse : elle habite dans la chambre double qu'elle devait occuper initialement avec son mari. Le second lit a été retiré et la pièce a été réaménagée comme un véritable studio. Elle dispose d'une table et de chaises, de commodes et même d'un vaisselier avec de beaux articles de porcelaine. Le tout est décoré sobrement mais avec goût, laissant entrevoir une partie de la personnalité de Mme H. Elle s'est même fait offrir une machine à café pour Noël dont elle apprenait à se servir de manière autonome. Elle a fini par la délaissier assez rapidement. Elle me confira ne l'avoir demandée que pour pouvoir offrir du café aux personnes venant lui rendre visite.

Elle a des vêtements en quantité, dont certains qu'elle a réalisés elle-même. Au début de son séjour, n'ayant pas compris le fonctionnement du service de lavage de linge, elle lavait elle-même ses sous-vêtements dans sa salle de bain. Après discussion avec les soignants, elle a accepté qu'ils la conseillent et qu'ils l'aiguillent dans la gestion du linge sale au sein de la maison de retraite.

Au niveau relationnel, Mme H semble ravie de discuter avec d'autres personnes, mais elle n'aborde pas de sujets personnels spontanément : elle préfère évoquer son amitié avec Mme V, les habitudes des différents résidents qu'elle côtoie ou le travail de l'équipe de la maison de retraite...

Elle passe autant de temps que possible en compagnie de Mme V, avec qui elle a construit une très forte relation. De plus, pour Mme H, la solitude semble difficilement concevable et supportable : certains de ses voisins peuvent se plaindre de son côté « trop collant ».

Le traumatisme provoqué par les décès de sa fille et de son mari a entraîné une fragilité psychique importante chez elle. Il a fait apparaître de légers troubles cognitifs, principalement une désorganisation psycho-corporelle et une grande perméabilité aux événements extérieurs. Elle présente aussi des difficultés de mémoire à court terme et de concentration. Elle a besoin de beaucoup de répétitions et de beaucoup de ritualisation dans son quotidien afin de maintenir son autonomie.

Son dernier MMSE (Mini Mental State, version équipe soignante, évaluant la présence ou non de troubles cognitifs), effectué dans le courant du mois d'octobre 2020, donnait un score de 19 sur 30,

en pointant des difficultés d'orientation spatiale et de mémoire à court terme, mais un bon repérage temporel.

Madame H gère son emploi du temps à l'aide de son agenda, bien qu'elle ait régulièrement besoin de la confirmation de l'heure des différents ateliers auxquels elle participe. Le support de son agenda semble absolument indispensable, et le moindre écart avec ce qui y est marqué peut la mettre dans un état de stress important.

Lors de nos rencontres, je me rends compte que son autonomie n'est soutenue que par une vie très ritualisée. Elle a beaucoup de mal à gérer le moindre écart dans ses rituels et elle oublie très rapidement les nouvelles informations (en une ou deux heures, en général). Seuls les événements très marqués émotionnellement restent gravés dans sa mémoire, de manière très forte, immédiate et persistante dans le temps.

J'ai pu voir ses capacités de repérage temporel se fragiliser lors des premiers mois de notre relation. Par exemple, en décembre, elle évalue spontanément la durée écoulée depuis le décès de son mari à plus d'un an, alors que ce décès n'est survenu qu'il y a quatre mois. J'ai aussi remarqué que Mme H accordait beaucoup d'importance à l'heure, une préoccupation qui semble s'accroître avec son niveau de stress.

Elle a bénéficié d'une consultation mémoire à la fin du mois de janvier qui conclue à un début de démence sous-corticale. Dans le même bilan, le psychiatre diagnostique une dépression.

Lorsque je la rencontre, Mme H participe à l'atelier mémoire tous les quinze jours avec la psychologue. Elle se rend aussi au club tricot qui a lieu presque tous les jours et à l'atelier poterie avec l'ergothérapeute et un potier. Elle vient également aider l'ergothérapeute une fois par semaine à mettre le couvert dans le restaurant. Pour ma part, je vais la rencontrer tous les vendredis matin. Cependant, elle n'accepte d'aller aux activités qu'à condition que son amie, Mme V, y participe aussi. En cours d'année, la psychologue préfère l'éloigner du groupe de l'atelier mémoire car son état cognitif se dégrade et elle n'est plus en mesure de le suivre.

Mme H entretient une bonne hygiène de vie physique en allant marcher tous les matins dans le parc avec son amie, Mme V, quelle que soit la température extérieure. Sa marche reste fluide et efficace, malgré une légère raideur articulaire qui n'entrave ni ses déplacements, ni son équilibre. Avec son amie, elle parvient même à emprunter les escaliers lorsqu'elles ont envie de « faire un peu plus de sport » ou lorsqu'il pleut dehors et qu'elles désirent tout de même faire de l'exercice.

Son goût pour la marche me fait penser que je pourrais l'inviter à l'atelier « éveil corporel », que je mets en place avec l'animatrice stagiaire.

IV.2.2 Le début de la relation

J'ai été invitée par ma maître de stage à rencontrer Madame H, car, au cours des rencontres de préparation à son emménagement, elle avait repéré une problématique émotionnelle et identitaire chez Madame H.

Je rencontre Mme H un matin, dans sa chambre, alors qu'elle discute avec Mme V.

Elle engage la conversation avec beaucoup de plaisir, mais elle reste très superficielle, éludant mes questions sur son vécu personnel et détournant le sujet de notre conversation. Elle semble ravie d'avoir passé du temps avec moi et elle est très enthousiasmée par ma proposition de revenir la voir la semaine suivante.

Notre seconde rencontre se déroule sur le même schéma, je n'en apprend pas beaucoup plus. Je décèle cependant une grande émotion en elle, qu'elle semble contenir à grand peine.

Notre troisième rencontre marque un véritable tournant dans notre relation. Nous sommes alors au début du mois de décembre et, en raison des mesures sanitaires prises par l'établissement contre la propagation du virus SARS-COV-2, les résidents viennent d'être informés qu'un isolement de sept jours sera obligatoire à l'issue de toute sortie dans leur famille. Je trouve alors Mme H assise dans un fauteuil au fond du couloir, juste en face de la porte de la chambre de son amie, Mme V.

Lorsque je la questionne sur son humeur du jour, je sens une très grande émotion, mais elle élude ma question, comme à son habitude. Je me permets cependant de lui indiquer que je la sens très émotive ce jour-là. Alors, elle semble baisser ses barrières d'un seul coup. C'est à ce moment qu'elle me révèle ses deuils douloureux, d'autant plus que ce sera le premier Noël qu'elle passera sans son mari. Elle me parle de la tradition familiale de réunir toute sa famille chez elle pour une semaine complète, mettant les petits plats dans les grands pour une trentaine de personnes.

Elle me parle aussi de la perte de sa fille. Je constate que son repérage temporel est quelque peu brouillé. Elle évalue la durée écoulée depuis les décès de sa fille et de son mari de manière changeante.

Mme H évoque aussi ses questionnements au sujet d'une éventuelle sortie dans sa famille afin d'y fêter Noël, en pensant aux conséquences que cette sortie impliquerait pour elle.

Je ne parle que très peu dans un premier temps, la laissant s'épancher. Elle me répète plusieurs fois ne pas en avoir l'habitude. Je l'encourage, la rassure et valide sa souffrance.

Lorsqu'elle me parle d'idées suicidaires pour « aller les rejoindre », j'essaye de réfléchir avec elle à des solutions pour profiter des fêtes de fin d'année malgré les contraintes. Je lui rappelle que cette situation difficile ne sera pas éternelle et qu'elle est encore en très bonne santé. Elle pourra donc encore profiter de bons moments en restant parmi nous. À la fin de cet entretien, elle semble prise d'une nouvelle énergie, affirmant qu'elle « va se battre » afin de s'en sortir. Elle me confie également que je suis la première personne à qui elle s'ouvre.

Je pense que l'image d'elle-même que Mme H entretenait lui a permis de cacher sa souffrance aux yeux des autres soignants. Elle dissimule très bien ses émotions. Il a fallu plusieurs mois pour qu'elle ait suffisamment confiance pour parler de ses idées noires à la psychologue.

La charge émotionnelle peut être exprimée par tout le corps. Chez Madame H, j'ai pu la déceler dans sa carapace tonique et sa posture rigide, comme si elle cherchait à empêcher toutes ses émotions de déborder. Ses émotions ne sont pas élaborées (c'est à dire sans possibilité de réflexion dessus, réflexion qui permettrait de comprendre d'où vient cette angoisse et de la rendre palpable, et ainsi de rendre sa gestion possible). Ce contrôle excessif de sa posture lui permet de garder une image d'elle-même acceptable, renforçant de ce fait sa base identitaire source de sécurité. (André et al., 2004)

Pour Madame H, le fait de verbaliser ses ressentis lui a permis un début d'élaboration de ses angoisses (principalement une angoisse de mort et de perte de soi, de son identité), ce qui les a rendues moins insupportables pour elle.

J'ai fait le choix de ne pas faire passer de bilan psychomoteur à Madame H, car j'ai craint que le fait de la mettre face à ses difficultés dans une situation d'évaluation, ne mette à mal notre relation de confiance. De plus, Madame H semble avoir besoin d'une relation informelle pour accepter de travailler. Au début de notre relation, elle avait beaucoup de mal à accepter ses difficultés. J'ai eu peur que le cadre d'une évaluation ne la place trop brutalement face à sa problématique.

J'ai donc procédé grâce à des temps d'observation informels et à un avancement par tâtonnements, respectueux des limites que peuvent impliquer ce cadre relationnel, qui m'a permis, petit à petit, de faire découvrir l'éveil corporel à Madame H. Par ces observations, j'ai eu une vision de ses capacités en situation réelle, sans les biais que peut induire une situation d'évaluation. J'ai aussi recueilli beaucoup d'informations grâce à des discussions avec le personnel soignant qui la côtoie

tous les jours. Ma participation à l'élaboration de son projet d'accompagnement m'a aussi permis de mieux la connaître.

IV.2.3 De nombreuses adaptations

IV.2.3.i. Les séances en duo

Nous poursuivons notre relation sous la forme d'un suivi à quatre : Mme H, Mme V, ma maître de stage et moi-même. Le vendredi matin, nous les accompagnons lors de leur sortie de marche quotidienne, puis nous leur proposons une séance de massage des jambes et des pieds : je masse Mme H et ma maître de stage masse Mme V. La présence de Mme V auprès d'elle semble tout à fait indispensable pour Mme H, comme une source de sécurité. Cela permet d'établir les bases de la relation de travail psychomoteur tout en évitant une intrusion trop personnelle et intime.

La présence de Madame V permet à Madame H d'avoir une présence familière et rassurante, très importante et bénéfique pour elle. Christine Maintier, psychologue, souligne que l'empathie permet de retrouver une expression corporelle propre, de se reconnecter à ses sensations et de parler de son corps de manière plus riche. (Maintier, 2011) Cette reconnexion permet à Madame H de rapprocher son corps imaginaire de son corps réel. Ce rapprochement permet donc un renforcement de l'identité corporelle de la résidente, ce qui lui offre une base stable et sécurisante pour continuer à affirmer son identité. Ce renforcement pourra, à terme, permettre à Madame H de se vivre sans avoir besoin de l'autre comme intermédiaire. (André, et al., 2004)

De plus, le groupe a une fonction contenant d'enveloppe permettant un climat de confiance.

Le groupe est étayant, et permet à chacun d'avoir une place importante, encourageant le processus d'identification. Le fait de réunir deux résidentes rend possible les transferts horizontaux, entre elles. Cela permet à chacun de mieux se comprendre et de pouvoir échanger entre personnes vivant des situations similaires (Mitsopoulou-Sonta, 2016). Madame H et Madame V parlaient régulièrement de leurs ressentis durant et après le massage. Ce discours facilite le processus de représentation des sensations perçues.

La médiation par le massage est une première étape, autant pour l'établissement d'une relation basée sur le plaisir et le bien-être, que pour aider Madame H à se concentrer sur ses ressentis corporels. Le toucher a une dimension très structurante pour le vécu et le schéma corporel. Mon but

est, dans un premier temps d'amener Madame H à s'intéresser à ses sensations corporelles, non par le biais de la douleur ou d'un dysfonctionnement, mais par le biais d'une sensation plaisante. À terme, j'aimerais apporter à Madame H une vision de son corps comme un vecteur de vécus agréables et comme étant capable de beaucoup de choses. Cela pourrait l'amener à avoir un discours sur son corps qui n'est pas centré sur un mal-être.

De plus, ce travail autour du toucher permet de renforcer la conscience que Madame H a de ses limites corporelles, apportant un sentiment de contenance sécurisant. (André, et al., 2004)

Dans le courant du mois de janvier, Mme V vit une période difficile où elle a besoin de beaucoup de repos et où elle reste allongée dans sa chambre. Mme H vit cette période difficilement et vient très régulièrement voir son amie. En parallèle, ma maître de stage quitte la structure, je continue donc le suivi en solo.

IV.2.3.ii. Les séances individuelles

Mme H commence à investir nos sorties à deux : nous avons eu le temps d'apprendre à nous connaître et Mme H me fait de plus en plus confiance.

Lors des séances de massage, elle peut, après mes questions, verbaliser ses ressentis corporels dans les zones massées, évoquant des sensations de circulation, de légèreté. Au fil de nos rencontres, Mme H se détend de plus en plus, se laissant aller contre le dossier de son fauteuil. Je remarque aussi un relâchement tonique de plus en plus important.

Je note que, même si elle est ravie de me voir les vendredis matins, elle oublie à chaque fois nos rendez-vous. Elle est systématiquement très étonnée que je vienne la rejoindre chez elle. Dans le même temps, l'ergothérapeute l'aide à investir son agenda, ce qu'elle fait très assidûment. Nous notons donc ensemble le rendez-vous de la semaine suivante, à chaque fois que nous nous voyons.

Un jour, alors que Mme V dort encore et qu'il pleut, je propose de remplacer notre marche par une séance d'éveil corporel. Je propose des mouvements simples et doux, de la tête aux pieds. Mme H semble émerveillée par ses possibilités motrices et semble découvrir le mouvement en conscience. Ces séances l'amènent très rapidement à un état presque euphorique, où une simple rotation de la tête peut la faire éclater de rire. Je l'encourage à se concentrer plus intensément sur ses sensations

corporelles afin d'améliorer leur perception et leur représentation mentale, ce qu'elle a énormément de mal à faire au début. Pour l'aider, je verbalise mes propres perceptions et je lui explique où se trouvent les muscles sollicités et où sont ceux qui sont étirés par le mouvement. Ces explications sur le fonctionnement du corps semblent la passionner.

Je sens que ces mouvements font émerger en elle beaucoup d'émotions, et il n'est pas rare qu'elle me parle de souvenirs heureux, ou qu'elle me dise avec ravissement qu'elle n'avait jamais fait ce genre de choses auparavant.

Comme l'explique Damasio, toute expérience émotionnelle s'associe à des « marqueurs somatiques », menant au « sentiment d'émotion ». Ce sentiment laisse des traces corporelles, qui influencent l'image que la personne peut se faire de sa corporéité. La réactivation de cette mémoire se fait au travers de mouvements ou de situations réactivant les marqueurs somatiques, qui sont des chemins neuronaux ancrés sur le corps. Ces marqueurs sont des processus tout à fait inconscients. (Cristini & Ploton, 2009) (Mitsopoulou-Sonta, 2016) On peut imaginer que les mouvements que j'ai proposé à Madame H lors de nos séances ont pu réactiver ces marqueurs somatiques.

Durant nos séances, j'ai pu remarquer plusieurs particularités dans sa manière de bouger : tout d'abord, le mouvement conscient semble difficile à réaliser pour elle. La réalisation de mouvements en utilisant des objets réels semble un véritable appui à sa motricité.

Mes observations m'amènent à me questionner sur la qualité de son schéma corporel. La représentation semble défaillante, elle ne peut réaliser un nouveau mouvement qu'après un accompagnement physique de ce mouvement.

Cette fragilité du schéma corporel pourrait être l'un des éléments participant à son état dépressif actuel. En tous cas, sa conscience corporelle n'est pas suffisamment solide pour servir d'étayage du soi et être exploitable dans les situations nécessitant de l'adaptabilité.

Je constate aussi une grande rigidité dans ses ceintures : ses épaules et son bassin sont comme figés dans sa posture habituelle. Au début, le simple fait de lever les épaules devait être guidé physiquement. Sur ce point, le fait d'associer le mouvement à une grande inspiration, suivi d'une grande expiration est une aide réelle et semble grandement la soulager. C'est sûrement l'un des moments préférés de Mme H, durant lequel elle semble prise d'une grande joie, évoquant encore une fois de grandes sensations de légèreté et de circulation dans tout le corps.

Les mobilisations du bassin sont encore plus difficiles à réaliser pour elle. Même mon accompagnement dans le mouvement ne suffit pas. En revanche, elle a pu prendre conscience des possibilités motrices du bassin en posant ses mains sur le mien. C'est une aide qu'elle peut ré-

utiliser sur elle-même : je lui demande de poser ses mains sur son bassin et de trouver des moyens de faire bouger ses mains. Ce genre de mobilisations est une grande découverte pour Mme H.

Dans ces moments, le cadre physique est important. Nous nous trouvons au milieu de sa chambre, la porte soigneusement fermée. La moindre intrusion dans sa chambre ou le moindre bruit de passage dans le couloir recrée un état psycho-corporel de vigilance et de contenance : elle reprend sa posture habituelle, perdant tout contact avec ses sensations corporelles.

Les mobilisations du bas du corps arrivent en fin de séance. Elles semblent lui demander beaucoup d'efforts. Régulièrement, après seulement quelques mouvements, elle demande à mettre fin à la séance car elle dit ne pas se sentir bien. Je perçois, dans ces moments, beaucoup d'émotions. Je décide alors de médier ces mobilisations avec des demi-sphères à picots, que nous explorons à l'aide de nos pieds. C'est un véritable auto-massage que nous réalisons et Mme H l'apprécie beaucoup. Elle dit en ressentir les effets dans tout son corps.

Les techniques à médiation physique ont, entre autres, pour bienfaits de maintenir l'anxiété à un niveau supportable par leur fonction d'exutoire, mais aussi d'offrir un sentiment d'existence autonome et personnel. Cela renforce donc le sentiment de continuité et le sentiment d'être soi-même, deux moteurs du maintien identitaire.

De plus, les activités sportives, quelle qu'en soit l'intensité, contribuent à l'adaptabilité et l'assimilation de nouvelles informations, soutenant de ce fait les mécanismes d'évolution, et donc l'évolution identitaire. (André, et al., 2004)

Pour Madame H, cette capacité d'adaptation lui sera précieuse pour continuer le travail du deuil de son mari et pour parfaire son adaptation à la maison de retraite. De plus, elle lui permettra aussi de mieux s'adapter à ses capacités cognitives qui rencontrent petit à petit le frein de la démence débutante, diagnostiquée lors de sa consultation mémoire en janvier 2021.

Pour finir la séance, je propose à Madame H un balayage global du corps. Il est difficile pour elle de le réaliser elle-même, c'est donc moi qui réalise cet « époussetage », qu'elle apprécie énormément.

Les expériences tactiles solidifient l'enveloppe corporelle, ce qui permet d'améliorer les limites corporelles. Cela renforce la structure du Moi-Peau décrite par Anzieu comme le carrefour entre le biologique, le psychologique et le social. Cette affirmation des limites crée aussi un sentiment de sécurité et permet donc une séparation entre l'extérieur et l'intérieur. (André, et al., 2004) Ce point est important à travailler au vu de la sensibilité de Mme H aux événements extérieurs. Cette

sensibilité avait d'ailleurs été mise en lumière par le bilan psychologique réalisé à son emménagement.

L'approche à l'aide du toucher que je propose avec « l'époussetage » me permet de continuer à travailler sur le même objectif que lorsque j'utilisais le massage : je cherche à renforcer son image d'un corps agréable à vivre. (André, et al., 2004) C'est un point sur lequel j'insiste beaucoup lors de nos échanges, en mettant l'accent sur tous les mouvements qu'elle a su réaliser.

Le toucher implique forcément un dialogue tonico-émotionnel, et permet d'unifier le schéma corporel, défaillant chez Mme H.

De plus, le fait que le toucher vienne d'une personne extérieure permet de ramener à une situation archaïque, permettant de renforcer les capacités de perceptions et de représentations. Ce retour aux sensations archaïques permet également, à terme, de s'ouvrir à de nouvelles relations. C'est donc un moment important dans l'accompagnement de Mme H pour lui permettre de s'investir dans un autre mode de relation que la relation duelle et fusionnelle. (André, et al., 2004)

Durant nos séances, je l'encourage aussi à se concentrer sur les émotions qu'elle ressent. C'est un point que Mme H élude à chaque fois, orientant ses réponses sur des zones corporelles où elle a ressenti du mouvement ou sur son genou droit, opéré.

Je me questionne donc sur sa capacité à identifier et à nommer ses émotions.

Au cours d'une discussion informelle alors que nous nous promenons dans le parc, Madame H me confie une chose qui lui pèse sur le cœur. Elle me dit que je suis la première personne à qui elle en parle. Elle m'annonce que malgré ce qu'elle a pu affirmer à la psychologue lors de leur discussion sur son histoire de vie, elle n'a jamais aimé la couture. Elle me dit qu'elle a toujours rêvé de devenir pharmacienne mais qu'elle a dû renoncer à ce rêve car, étant l'aînée de sa fratrie, elle a toujours beaucoup aidé sa mère. Madame H affirme qu'elle « aurait trop manqué à la maison ». Je ne saurais dire s'il s'agit d'une réalité objective ou de son ressenti, mais Madame H a fait passer ce qu'elle percevait comme son devoir avant son rêve. Lors de notre discussion, je sens chez Madame H un grand besoin de s'exprimer sur cette frustration qui semble beaucoup la marquer. Cela me fait penser aux mots de Valois Robichaud, qui affirme que les personnes âgées peuvent, en prenant conscience de leur finitude proche, avoir besoin de faire un point sur leur vie et de s'exprimer sur leurs regrets, leurs doutes ou leurs fiertés. Alors, l'écoute et l'accueil de ces sentiments par les soignants sera primordiale. Les mots de l'auteur indien que j'ai cité en préambule prennent tout leur sens. Il ne s'agira pas de chercher des solutions à ces regrets, ou encore de donner des conseils

à la personne que l'on écoute. Simplement l'écouter profondément et accueillir ses émotions afin d'aider le résident à les assimiler. Ce mécanisme vient du fait que, souvent, les personnes âgées voient resurgir à leur conscience des événements difficiles de leur vie qu'ils avaient occultés dans leurs plus jeunes années, car ils n'avaient pas les capacités et la maturité nécessaires pour les traiter sans risque pour leur intégrité personnelle. Avec les années, les expériences et la maturité, l'adulte a alors les capacités pour traiter ces événements et pour « faire la paix » avec eux. (Robichaud, 2009d) De plus, le fait de faire le bilan de sa vie est une phase naturelle du vieillissement qui participe à la préparation à son décès. C'est sûrement ce besoin qu'a éprouvé Madame H lors de sa confidence. Cette vocation réprimée peut aussi expliquer son intérêt pour le fonctionnement du corps lors de nos séances d'éveil corporel.

Après cette discussion, Madame H a semblé plus paisible et, depuis, elle ne parle presque plus de couture. On peut alors imaginer que, comme elle a pu faire la paix avec son rêve abandonné de devenir pharmacienne, elle n'a plus eu besoin d'entretenir l'image qu'elle donnait. Elle se donnait sûrement cette image, non seulement pour l'extérieur, mais aussi pour essayer de se convaincre elle-même que la couture était une passion. C'était donc un moyen de protection contre cette frustration.

Dans le courant du mois de février, une dispute vient profondément marquer Mme H : à la fin du déjeuner dans la salle à manger commune, Mme V lui fait comprendre durement qu'elle ne souhaite plus poursuivre sa relation amicale avec elle. Madame H est effondrée et ses idées noires reviennent durant plusieurs semaines, au cours desquelles elle réussira à exprimer ses idées à la psychologue.

Mme H vit très mal son éloignement de Mme V. En effet, elle s'était très attachée à son amie juste après le décès de son mari. Elle avait avec lui une relation qu'elle qualifie de « fusionnelle ».

Lorsqu'elle parle de sa vie, elle insiste sur le fait qu'elle était toujours beaucoup entourée : son mari, ses enfants, ses voisins et ses amis étaient très présents. Je me rends compte que la solitude est une chose que Mme H a beaucoup de mal à appréhender. Elle semble perdue lorsqu'elle se retrouve face à elle-même, et ce sentiment est exacerbé par sa perte de repères spatio-temporels au cours des derniers mois.

On peut donc s'interroger sur la capacité de Madame H à vivre seule, capacité qui est très liée au sentiment de sécurité de base, et qui prend son origine dans le sentiment de continuité de l'identité.

Christine Maintier explique que les personnes âgées ont souvent besoin de beaucoup plus de présence que d'autres personnes : c'est cette présence extérieure qui leur permet de conserver leur identité intacte. L'aidant de la personne âgée peut avoir un rôle proche de celui de la mère. En ce qui concerne Mme H, même si c'était elle qui tenait le rôle de l'aidante, on peut imaginer que la perte de son mari, avec qui elle a partagé sa vie durant plus de cinquante ans, a pu lui donner l'impression de perdre une partie d'elle-même (Maintier, 2011). Cela expliquerait en partie la réaction d'accrochage qu'elle a pu avoir avec Madame V. On comprend alors mieux l'importance de l'impact émotionnel qu'a eu leur dispute sur Madame H.

Lorsque nous discutons de cet évènement, Mme H n'arrive pas non plus à nommer ses émotions. Je lui propose donc d'inclure un travail sur leur expression par les mimiques du visage au début de notre séance d'éveil corporel. Il lui est impossible d'imiter les émotions qu'elle a choisies. Les émotions comme la joie ou la colère, qu'elle propose, la mettent en grande difficulté. Je lui suggère donc une émotion moins forte, comme la surprise. Je l'encourage à imaginer qu'elle recevrait à cet instant une bonne surprise : elle n'évoque que la possibilité de revoir son mari et sa fille décédés comme « une bonne surprise ». L'utilisation de l'imaginaire n'est pas non plus accessible. En revanche, me voir interpréter ces différentes émotions la fait beaucoup rire, la sortant de ses ruminations.

Cette observation, couplée à l'intensité de ses réactions émotionnelles lorsque nous effectuons des mouvements de la tête me font me questionner sur une éventuelle immaturité émotionnelle.

IV.2.3.iii. Réajustement du suivi au regard des évolutions

Ces évènements, en plus de sa difficulté quotidienne à exprimer ses émotions, me poussent à repenser mes séances avec Mme H. Je décide donc d'articuler la séance en deux parties : un moment autour d'un jeu de mimes des activités quotidiennes et un moment d'éveil corporel. Mon but est de l'aider à améliorer ses compétences relationnelles en travaillant l'expression et la communication non verbale dans la relation à l'autre et la conscience corporelle. Ces deux points sont essentiels dans la consolidation de l'identité, dans la relation à soi et à son entourage.

En parallèle, j'invite Madame H à l'atelier d'éveil corporel que j'anime avec l'animatrice stagiaire une semaine sur deux. Je présenterai plus précisément cet atelier dans la partie suivante. Elle est

volontaire pour y participer avec deux autres dames de son étage. Cette proposition a plusieurs fonctions : valoriser ses compétences relationnelles au sein d'un groupe, stimuler et faire découvrir d'autres mobilités, distancier la relation duelle afin de la préparer à notre future séparation en raison de la fin de mon stage. L'idée est de l'aider à nouer des relations avec d'autres personnes et de la sortir de la dynamique de relation duelle et exclusive dans laquelle Mme H semble prise.

J'ai décidé de privilégier l'atelier d'éveil corporel car, pour moi, il est très important d'aider Madame H à éviter une nouvelle dispute comme celle qui a eu lieu avec Madame V. Ce type de conflit pourrait avoir des conséquences fortes sur le moral de Madame H.

IV.2.3.iv. La participation de Madame H au groupe d'éveil corporel

Même si Madame H est d'accord pour participer à l'atelier, elle n'est pas très enthousiaste le matin où je viens l'inviter.

Entre temps, la relation entre Madame H et Madame V s'est améliorée : Madame V accepte de reparler à Madame H, mais souhaite garder une certaine distance avec elle. Nous décidons avec la stagiaire animatrice de les inviter toutes les deux. Madame M, une dame très sociable et agréable, se joint aussi à nous. Nous sommes extrêmement sensibles aux interactions entre elles, et nous faisons en sorte que Madame H et Madame V ne soient pas assises côte à côte.

Madame H se montre impliquée et curieuse durant toute la séance, même si cette nouvelle modalité semble la mettre un peu plus en difficulté. Elle a eu du mal à maintenir son attention durant la demi-heure qu'a duré la séance. J'ai dû plusieurs fois l'interpeller afin de l'aider à recentrer son attention sur la séance et les mouvements que je propose.

De plus, le style de mouvements que je propose au groupe diffère légèrement de ce que je proposais lorsque nous étions ensemble car je m'adapte aussi aux capacités et aux personnalités des deux autres personnes présentes à l'atelier. La première séance est donc beaucoup plus axée sur la lenteur, la détente et la conscience corporelle en proposant un travail autour du lien entre respiration et mouvement.

Madame H pourra même indiquer spontanément ses sensations corporelles, évoquant des sensations de circulation et de libération à la suite d'une série de mouvements liés à la respiration.

Cette technique semble beaucoup lui plaire. Elle appréciait déjà cette approche lorsque nous effectuions des enroulements autour d'un ballon.

Cependant, elle a été plus en difficulté à la fin de la séance, où je propose à chacune des personnes présentes de proposer un mouvement, que le groupe reproduirait. Ce mouvement pouvait être un mouvement que nous avions fait durant la séance ou un mouvement que les participantes inventaient. Madame H a eu du mal à comprendre la consigne et a eu besoin d'un étayage fort pour pouvoir finalement proposer un mouvement. Cette marque d'affirmation de soi semble une étape plus difficile à réaliser pour Madame H.

Madame H pourra même me dire en fin de séance qu'elle préfère nos séances en duo, qu'elle considère comme « plus physiques ». En effet, nos séances en duo sont plus dynamiques et axées sur l'humour. Cette remarque montre que Madame H arrive de mieux en mieux à exprimer ses ressentis, c'est une preuve qu'elle se sent plus en confiance dans notre relation. Cela peut aussi être une expression de refus de la mise à distance de notre relation par le groupe. Je la rassure en lui promettant que même si elle participe au groupe, cela ne nous empêcherait pas d'aller marcher ensemble. Elle semble rassurée par ma proposition et nous allons nous promener plus tard dans la journée.

Lors de notre seconde séance, que nous effectuons dans le jardin afin de profiter du beau temps, Madame H semble de très bonne humeur, joviale et concentrée tout au long de la séance. Elle verbalise peu mais d'une manière très adaptée et positive. Durant cette séance, j'ai proposé une initiation aux percussions corporelles, afin de faire découvrir aux participantes d'autres manières d'utiliser son corps dans le but de se faire plaisir. J'ai la surprise de voir que Madame H apprend la phrase rythmique que je leur propose très rapidement et qu'elle est capable de la maintenir dans le temps. Elle prend beaucoup de plaisir dans cette activité et parvient à le verbaliser.

Ses interactions avec les autres participantes du groupe sont limitées aux échanges de ballon, qui marquent la fin de la séance. Là, Madame H se montre ouverte et empathique envers les personnes qui n'arrivent pas à attraper le ballon à tous les coups, attribuant la faute au ballon, qui glisserait. Elle s'adresse alors aussi bien à Madame V qu'à Madame M ou à la stagiaire animatrice.

Le temps de séparation à la fin de l'atelier est long, Madame H n'a pas envie d'y mettre un terme et cherche à engager la conversation afin de prolonger le moment. Comme c'est l'heure du repas, je l'accompagne au restaurant tout en discutant avec elle. Cette réponse à son besoin d'échange a

semblé lui convenir car, lorsque nous arrivons à la table où elle a l'habitude de manger, elle me remercie puis s'installe, et entame la conversation avec sa voisine.

Au fil des séances, je peux voir que Madame H se sent de mieux en mieux dans le groupe, elle semble de plus en plus ouverte, réactive et attentive lors des séances. Elle les investit avec beaucoup d'assiduité.

Une nouvelle psychomotricienne est arrivée à la maison de retraite et se joint à nous lors des dernières séances, tandis que la stagiaire animatrice termine son stage. La psychomotricienne a pour projet de maintenir cet atelier et de continuer à y inviter Madame H.

En parallèle, elle lui propose aussi un accompagnement relationnel afin de créer un lien avant que je parte. Nous faisons en sorte que ce passage de relais se fasse le plus en douceur possible : la nouvelle psychomotricienne arrive, prend un premier contact avec Madame H, puis je m'efface petit à petit tandis que la psychomotricienne prend plus de place. Son projet est aussi de reprendre le travail autour des émotions que je n'ai pas pu poursuivre à cause d'un problème de santé.

Notre but est de proposer à Madame H une adaptation sans rupture forte, qui pourrait fragiliser à nouveau son vécu identitaire. Celui-ci a commencé à se renforcer tout au long de l'année au cours de laquelle j'ai pu accompagner Madame H.

En effet, son besoin d'accrochage relationnel pourrait faire penser à une angoisse d'abandon, et il me semble indispensable de préparer Madame H très progressivement et en douceur afin de ne pas réactiver cette angoisse de manière trop brutale. Cela pourrait entraîner chez elle une nouvelle réaction d'accrochage vers une autre personne, ce qui pourrait se révéler délétère autant pour elle que pour la personne à laquelle elle s'accroche.

IV.2.4 Conclusion

En quelques mois, j'ai dû beaucoup m'adapter à Madame H, car elle a eu besoin de temps pour s'ouvrir dans notre relation et s'y sentir en sécurité.

Cependant, j'ai pu remarquer qu'une fois notre relation nouée solidement, Madame H s'est énormément investie lors de nos séances, malgré une peur du ridicule, que le cadre intime de sa chambre l'a aidée à surmonter. Ses états d'euphorie étaient peut-être liés à ce dépassement de la peur du ridicule en plus de cette possible immaturité émotionnelle.

J'ai pu voir le moral de Madame H s'améliorer de semaine en semaine, et elle semblait avoir moins besoin de se cacher derrière l'image qu'elle avait l'habitude de montrer.

Bien entendu, sa perte cognitive a eu un impact sur notre relation et les séances que je lui propose. J'ai adapté mes propositions, mais aussi ma manière d'être et de parler avec elle. La dépression qu'elle traverse a sûrement accentué et accéléré cette perte cognitive. On peut aussi imaginer que la perte cognitive et ses conséquences ont précipité son entrée dans la dépression.

Il reste à ce jour un travail important autour des émotions à faire, car Madame H semble encore s'en désintéresser et tenter de les faire taire. Ce travail se poursuivra avec la nouvelle psychomotricienne, qui a, elle aussi, identifié cette problématique.

IV.3 Un exemple de groupe : l'atelier « éveil corporel »

IV.3.1 Présentation de l'atelier

La stagiaire animatrice de l'EHPAD a souhaité organiser un atelier d'éveil corporel. Elle s'est donc rapprochée de ma maître de stage pour lui parler de son projet. Celle-ci m'a proposé de créer et d'animer cet atelier avec la stagiaire animatrice.

Nous avons tout d'abord eu de nombreuses discussions sur nos visions respectives de cet atelier et les objectifs que nous visions afin d'en construire le cadre. Mes connaissances m'ont permis de construire un cadre sécurisant et adapté aux personnes présentes.

L'atelier se déroule sous la forme d'une séance le vendredi matin de 11h à 11h30. Il se déroule dans la salle de psychomotricité, dont la jauge de fréquentation a été placée à 5 en raison de la crise sanitaire. Comme nous souhaitons animer cet atelier à deux, nous convions donc trois résidents.

Toujours en raison des restrictions sanitaires, les résidents du rez-de-chaussée et ceux du premier étage ne doivent pas se croiser. Nous décidons donc de constituer deux groupes de trois, un pour chaque étage. Nous les accueillerons en alternance, une semaine sur deux. Nous nous sommes organisées pour que cet atelier se déroule en alternance avec l'atelier mémoire animé par la psychologue le vendredi après-midi : lorsque les résidents du premier étage sont à l'atelier mémoire, nous accueillons ceux du rez-de-chaussée et inversement.

La constitution des groupes a été elle aussi réfléchi :

Pour le rez-de-chaussée, le groupe a tout d'abord été constitué de Madame Da, Madame Du et Madame Tlt. Pour des raisons de santé, je n'ai pas pu animer l'atelier avec ce groupe.

Pour le premier étage, nous avons invité : Madame H, Madame V et Madame M. En effet, au moment de la constitution des groupes, les relations entre Madame H et Madame V s'étaient apaisées et nous avons décidé de leur proposer de participer ensemble à cet atelier. Mais nous avons décidé de les séparer, avec la complicité Madame M, qui est très sociable et avec qui la relation est facile et agréable.

Je ferai une présentation plus approfondie des différentes participantes plus loin.

Avec la stagiaire animatrice, nous avons construit chacune nos objectifs pour cet atelier en lien avec le cadre que nous avons posé.

Mes objectifs, que j'ai détaillés dans la fiche d'atelier en annexe 1, sont effectivement liés au corps et aux capacités physiques, mais ils ont surtout un lien avec le maintien de l'identité. En effet, cet éveil corporel met tout le corps en jeu, renforçant et unifiant le schéma corporel des participantes. De plus, nous axons les expériences afin d'aller vers un vécu corporel source de plaisir, de réussites et de sécurité. Nous insistons aussi sur la stabilité des capacités physiques et relationnelles des personnes présentes. Tout cela participe à renforcer le sentiment de continuité, important pour le maintien d'une identité forte.

De plus, le cadre thérapeutique, un espace fermé et constant, en petit groupe toujours constitué des mêmes personnes, apporte un sentiment de sécurité et de contenance qui permet à chacun de se vivre en étant soi-même et de s'exprimer.

Nous proposerons donc des séances d'éveil corporel doux, en invitant les participants à réaliser des mouvements simples. Les mouvements se font de la tête aux pieds, dans le but d'amener les participants à mettre en mouvement chacune des parties de leur corps. Nous adaptons bien entendu les propositions aux besoins et aux capacités de chacun.

Dans ce cadre, nous avons décidé que nous animerions chacune notre tour les séances.

Nous avons aussi défini les rôles de chacune : l'animatrice principale montrera les mouvements, je serais la personne qui ira guider physiquement les participants s'ils éprouvent des difficultés. La stagiaire animatrice se chargera de l'accueil des résidents.

IV.3.2 Présentation des participantes

IV.3.2.i. Madame H

J'ai eu l'occasion de la présenter en détails dans le chapitre précédent.

IV.3.2.ii. Madame V

Madame V a 87 ans. C'est une dame de petite taille, ronde et très élégante. Elle prend grand soin de son apparence et aime s'habiller avec des couleurs vives.

Elle habite à la maison de retraite depuis décembre 2016. Auparavant, elle habitait dans un autre EHPAD, dans lequel elle est entrée avec son mari en septembre 2015. Malheureusement, son mari est décédé à la suite d'une fracture du col du fémur qui a déclenché chez lui un syndrome de glissement, au terme duquel il est décédé en septembre 2016. Madame V n'a pas souhaité rester seule dans cet EHPAD et a demandé à déménager afin de se rapprocher de sa famille.

Madame V a vécu une enfance difficile. Elle est née en Espagne, d'où elle a dû fuir avec ses six frères et sœurs au moment de la guerre civile. Elle est arrivée en France durant la seconde guerre mondiale. Elle a perdu l'une de ses sœurs aînées et sa mère à l'âge de 17 ans.

Dans sa vie d'adulte, elle a été couturière. Son mariage ne s'est pas bien passé et, après la naissance de ses trois filles, elle est tombée en dépression, toujours présente à ce jour.

Aujourd'hui, Madame V est très rapidement fatigable mais elle sait très bien adapter son rythme de vie à son état de fatigue. Ses troubles du sommeil rendent ses nuits agitées, ce qui peut l'amener à être somnolente en journée. Cette fatigue rend aussi sa concentration plus difficile sur de longues périodes.

Elle a besoin de fortes ritualisations pour conserver son autonomie, mais elle reste efficace dans la plupart des activités quotidiennes. Son GIR est évalué à 4, prouvant son autonomie globale. Elle ne nécessite que peu d'aide, lors de la toilette et de l'habillement notamment.

Au quotidien, Madame V aime aller se promener seule dans le parc, en plus de ses sorties avec Madame H.

Madame V est très sociable et appréciée des résidents. Elle se montre discrète, voire timide, et très bienveillante. Elle parle peu de ce qu'elle ressent, sauf dans une relation individuelle privilégiée, et prend rarement la parole. Lorsqu'on l'interroge, elle répond par de brèves phrases d'une voix basse et douce. Sa discrétion se manifeste aussi dans ses mouvements, qui sont de faible amplitude et effacés. Ses épaules sont légèrement voûtées et leur amplitude articulaire est assez faible. Elle présente un tonus plutôt élevé dans le haut du corps, mais elle est capable de le réguler et de l'abaisser grâce à des exercices de respiration, qu'elle apprécie lorsqu'ils sont associés au

mouvement. Une fois que son tonus musculaire est abaissé, elle retrouve une plus grande aisance de mouvement au niveau des épaules.

Dans la marche, Madame V présente une certaine raideur articulaire, mais elle marche encore de manière efficace et sans aucune aide. Son risque de chute est faible car elle conserve un bon équilibre et elle est très prudente dans ses déplacements. Elle est aussi capable de monter des escaliers sur un étage, en montant marche par marche, et en faisant une petite pause au milieu de la montée.

Madame V sait tout à fait faire respecter ses choix et ses préférences, tout en restant très polie et agréable. Elle aime participer à de nombreux ateliers dans plusieurs domaines différents, qu'ils soient manuels ou cognitifs. Elle a aussi tout à fait conscience de ses limites et les respecte. Elle accepte, de temps en temps, de sortir de sa zone de confort lorsqu'elle se sent en confiance et accompagnée.

J'ai invité Madame V à l'atelier d'éveil corporel car elle apprécie de faire de l'exercice, mais n'investit que les activités mettant le bas du corps en jeu. J'aimerais lui proposer, au travers de cet éveil global et doux du corps, d'investir la totalité de son corps, tout en l'aidant à réguler son tonus musculaire au niveau de ses épaules, ce qui lui permettrait de retrouver plus d'amplitude dans ses mouvements.

Enfin, Madame V semble avoir une certaine conscience de son corps au travers de sa fatigue, qu'elle sait très bien mesurer, mais son vécu corporel semble très axé autour de ses difficultés et de ses douleurs. J'aimerais lui proposer de vivre son corps au travers d'expériences positives et agréables.

De plus, Madame V se plaît dans les petits groupes, où il est plus simple pour elle de s'investir et de prendre la parole.

Madame V semble se sentir bien dans notre groupe. Dès la troisième séance, lorsque j'invite chacune des participantes à s'exprimer sur ce qu'elles auraient envie de partager avec le groupe, Madame V prend la parole, et, pleine de fierté et d'amour, nous parle de ses nombreux petits-enfants et arrière-petits-enfants, qu'elle appelle ses « trésors ». C'est la première fois qu'elle s'exprime spontanément sur elle au sein de ce groupe, et elle semble ravie de cette participation.

Le groupe, contenant et rassurant, lui a permis de se sentir en confiance, lui permettant de s'ouvrir aux autres, en apportant un peu plus de son identité à la dynamique du groupe.

Les mouvements proposés à Madame V semblent beaucoup lui plaire, surtout lorsqu'ils sont associés à la respiration. Lors d'une séance que nous faisons à l'extérieur, à la suite de mouvements associés à de grandes expirations, elle s'exclame même, en riant « j'ai l'impression d'être tombée par terre ! », exprimant ainsi un sentiment de détente corporelle, bien visible dans ses épaules, maintenant abaissées.

J'ai pu remarquer qu'après ce moment, Madame V était capable de mouvements des épaules et des bras beaucoup plus amples. À partir de là, un beau sourire est venu illuminer son visage, ne la quittant plus de toute la séance.

Une fois qu'elle a pu vaincre ses obstacles au mouvement, qui sont chez elle la peur de la douleur et de la faiblesse, Madame V peut redécouvrir ses possibilités et ré-appivoiser petit à petit son corps changeant. Elle peut aussi redécouvrir sa personnalité, qui s'est peu à peu adaptée à sa fatigabilité de plus en plus présente, la limitant dans ses sorties, qui sont pour elle un véritable ancrage identitaire. (André, et al., 2004)

IV.3.2.iii. Madame M

Madame M a 84 ans. Elle est de petite taille et très menue. Elle se déplace avec un petit rollator pliant à trois roues.

Elle a emménagé à la maison de retraite en janvier 2020 avec son mari, qui est décédé en février 2021. Madame M occupait avec son mari une chambre jumelée, elle a pu voir l'évolution de sa fibrose pulmonaire. Elle redoutait les troubles du comportement de celui-ci, qui pouvait se montrer virulent voire agressif verbalement envers les soignants, et elle faisait tout son possible pour éviter aux soignants d'avoir à vivre ces troubles.

Suite au décès de son mari, Madame M a déménagé dans une chambre jumelée avec celle de Madame V, à l'autre bout du couloir.

La psychologue décèle chez Madame M un fort risque de dépression suite à ce deuil, qu'elle vit difficilement.

Au quotidien, la passion de Madame M est de faire des mots croisés dans sa chambre, activité dans laquelle elle est très performante. Elle apprécie également de participer à des activités variées, mais elle préfère les petits groupes et tient à connaître la composition de ces groupes avant de répondre positivement ou non à l'invitation. En effet, même si Madame M est discrète, elle sait très bien

affirmer ses choix et fait preuve d'un caractère affirmé, tout en restant très polie et agréable. Au quotidien, Madame M est très agréable, discrète et appréciée tant des résidents que des soignants, avec qui elle aime discuter. Elle apprécie particulièrement les moments où un membre du personnel soignant la rejoint dans sa chambre pour faire des mots croisés avec elle. Elle est aussi très investie dans la vie sociale de la maison de retraite.

Au quotidien, Madame M fait preuve d'une bonne autonomie, n'ayant besoin que d'une légère aide pour la toilette et l'habillage : son GIR est évalué à 4. Elle ne présente aucun trouble cognitif : elle obtient un score de 25 sur 30 au MMSE en mars 2021.

Madame M se déplace précautionneusement, n'oubliant jamais son rollator. Sa marche est encore efficace malgré une raideur dans les jambes et un équilibre légèrement perturbé, compensé par le rollator.

Madame M est la cadette d'une fratrie de 4 enfants. Elle a perdu son père lorsqu'elle avait deux ans, c'est donc sa mère qui l'a élevée, avec ses frères et sœurs. Avec son mari, elle a un fils unique, qui, lui-même, n'a pas eu d'enfants.

Dans sa vie professionnelle, elle a été employée de maison, puis employée dans une usine et enfin femme au foyer pour suivre son mari dans les différents métiers qu'il a exercé.

J'ai invité Madame M à l'atelier d'éveil corporel car malgré sa fatigabilité, elle conserve de bonnes capacités motrices, qui ne semblent que demander à être entretenues. En effet, sa motricité est surtout marquée par une perte de souplesse dont Madame M a tout à fait conscience. Mon but est de l'aider à entretenir ses capacités motrices tout en vivant des expériences agréables et ancrées dans le corps. Je cherche à lui proposer un vécu corporel sécurisant et positif, qui pourrait l'aider à poursuivre son processus de deuil tout en s'appuyant sur un référentiel corporel stable et source de plaisir.

Madame M a toujours fait preuve d'une identité forte et affirmée. Elle n'hésite jamais à faire connaître, toujours avec la douceur qui la caractérise, ses désaccords ou ses refus.

De plus, Madame M réagit à chaque signe d'un quelconque manque de respect envers elle ou envers d'autres personnes. Elle a un sens fort de la justice et cherche à protéger son entourage des injustices dont elles pourraient être victimes.

Par exemple, au début d'une séance à laquelle Madame V n'a pas souhaité participer en raison d'une nuit difficile, Madame M nous confie que Madame V l'a empêché de dormir une bonne partie de la nuit.

Madame H lui demande plus de précisions sur le comportement de Madame V. Madame M réagit immédiatement en répondant sèchement qu'elle ne lui dira rien de plus car elle est certaine que Madame H ira répéter ces informations aux autres résidents, en les déformant.

Malgré sa nuit difficile, Madame M a donc cherché à protéger Madame V de la diffusion d'informations qui pourraient nuire à son image.

Au cours des séances, Madame M fait preuve d'une grande implication et d'un enthousiasme marqué. Elle ne rejette aucune proposition et s'en saisit pour en faire à son tour lorsqu'on l'y invite. Cependant, elle connaît ses limites et ne les dépasse pas, même si elle y est invité par le cadre.

Par exemple, lors d'une séance où je propose de construire ensemble un enchaînement chorégraphique en position assise, l'une des participantes propose un mouvement impliquant de lever les deux jambes à la fois. Cela demanderait trop d'énergie à Madame M. Elle se contente donc d'attendre, tout en battant la mesure du pied, que nous ayons effectué ce mouvement pour enchaîner sur les autres éléments de la chorégraphie.

Elle a trouvé, seule, un moyen de satisfaire son besoin de créativité, en trouvant spontanément des alternatives à ses difficultés et en inventant des mouvements. C'est une preuve de plus de son identité forte.

Dans son contexte de deuil, il me semble important de continuer à valoriser ses capacités, car elles peuvent lui fournir une base sécuritaire pour se reconstituer une identité en l'absence de son mari à ses côtés.

V) Conclusion

Nous avons pu voir que l'identité est un concept complexe. Elle est marquée à la fois par son dynamisme, garant de l'évolution de la personne, mais aussi par sa stabilité, véritable base sécurisante.

Les personnes âgées, tout au long de leur vie, ont vécu des expériences, parfois difficiles, qui les ont amenées à des remaniements identitaires qui peuvent être forts. Nous l'avons aussi vu, la psychomotricité, par son approche générale et ses modes de relation privilégiée, peut avoir une place importante dans l'accompagnement de ce type de difficultés. Cet accompagnement doit se faire non seulement au cours de séances thérapeutiques, mais aussi au quotidien, en impliquant l'ensemble des personnes travaillant auprès des résidents.

Ainsi, il y a un véritable enjeu de sensibilisation de l'ensemble du personnel à ces considérations identitaires, qui sont essentielles à l'épanouissement personnel des personnes âgées. Bien entendu, le vieillissement peut aussi être une période riche et heureuse, marquée par une redécouverte de soi, l'accomplissement de rêves et de défis.

Enfin, il est important que, lors de sa formation et tout au long de son exercice, le psychomotricien se questionne sur son identité personnelle et professionnelle. Les cours de pratique proposés au sein de la formation sont autant d'occasions d'amorcer ce travail, qu'il faudra garder aussi dynamique que son identité afin de pouvoir l'utiliser comme un véritable outil médiateur. L'identité professionnelle du psychomotricien influence sa manière d'entrer en relation avec ses patients, elle influence aussi ses choix de médiation et l'orientation thérapeutique qu'il choisit de prendre avec chaque patient. Enfin, il est important que le psychomotricien ait conscience de sa propre identité professionnelle.

Le fait de vivre sincèrement son identité professionnelle donne aux patients la possibilité de vivre à leur tour leur propre identité, dans un premier temps lors des séances, puis petit à petit dans la vie courante.

Enfin, j'ai voulu que ce mémoire porte une trace de ma personnalité. En effet, dans la continuité de l'investissement corporel qui est l'une des spécificités les plus marquantes de notre métier, il m'a paru essentiel de faire transparaître mon identité personnelle et professionnelle, encore en construction, dans ce mémoire.

VI) Annexes

VI.1 Projet d'atelier d'éveil corporel

Atelier d'éveil corporel

Objectif : Mettre ou remettre du mouvement chez la personne ; Reprendre confiance en son corps, retrouver un vécu corporel source de sécurité.

Avec qui : N'importe quelle personne désirant participer et pouvant se mouvoir sans aide sur une chaise ou un fauteuil, dont la toilette ne nécessite pas un temps trop long.

Animation : stagiaire animatrice et stagiaire psychomotricienne.

Nombre de participants par groupe : 3

Alternance d'un groupe de résidentes du rez-de-chaussée et d'un groupe de résidentes de l'étage, en alternance avec l'atelier mémoire.

Où : Salle de rééducation corporelle au rez-de-chaussée.

Quand : Le vendredi matin de 11h à 11h30.

Il s'agit d'un éveil corporel afin de préparer le corps à la journée : il est important de le faire au moins avant le repas du midi.

Comment : Mouvements simples, lents et en conscience, chorégraphiques ou non. Incitation tout au long à s'intéresser aux sensations corporelles et à les verbaliser, accompagnement verbal et physique.

Démonstration des mouvements par imitation, guidance physique par la stagiaire psychomotricienne au besoin.

La musique constitue un fond apaisant aidant à se concentrer.

Séance 1 :

Objectif : Se sensibiliser à l'écoute de ses sensations corporelles par le mouvement

Nombre de participants : 3

Durée : 30 minutes

Matériel :

Poste de musique

Musique douce pour fond sonore

1 ballon de baudruche

Déroulement :

Accueil des résidentes

Présentations des résidentes et des animatrices

Verbalisation sur son état actuel

Présentation de l'atelier et déroulement

Mise en place de la musique

Mouvements basiques allant de la tête aux pieds en invitant à se concentrer sur les endroits du corps qui procurent des sensations particulières (agréables, désagréables, douloureuses, réconfortantes...)

Mouvements bilatéraux

Mouvements demandant une dissociation bras-jambes

Passes du ballon de baudruche

Verbalisation sur les sensations de chacun, ce qu'ils ont aimé et moins aimé

Raccompagnement des personnes le nécessitant

Séance 2 :

Objectif : S'intéresser à ses sensations corporelles et créer quelque chose par le corps

Nombre de participants : 3

Durée 30 minutes

Matériel :

- Poste de musique
- Musique douce puis entraînante
- 4 ballons
- 4 bâtons
- 4 demi-sphères à picots
- 4 balles
- 1 ballon de baudruche

Déroulement :

- Accueil des résidentes
- Présentations des résidentes et des animatrices
- Verbalisation sur son état actuel
- Présentation de l'atelier et déroulement
- Mise en place de la musique
- Mouvements basiques allant de la tête aux pieds en invitant à se concentrer sur les endroits du corps qui procurent des sensations particulières (agréables, désagréables, douloureuses, réconfortantes...)
- Présenter le matériel à disposition et mise en place de la musique entraînante
- Proposer à chacun de montrer un mouvement ou une série de mouvements avec ou sans objets
- Reprise des mouvements proposés
- Mise bout-à-bout des mouvements avec jeu de memory
- Passes du ballon de baudruche
- Verbalisation sur les sensations de chacun, ce qu'elles ont aimé et moins aimé
- Raccompagne ment des personnes le nécessitant

Séance 3 :

Objectif : Utiliser ses sensations corporelles pour élaborer de l'artistique

Nombre de participants : 3

Durée : 30 minutes

Matériel :

- Poste de musique
- Musique douce puis orientale
- 1 ballon de baudruche

Déroulement :

- Accueil des résidentes
- Présentations des résidentes et des animatrices
- Verbalisation sur son état actuel
- Présentation de l'atelier et déroulement
- Mise en place de la musique
- Mouvements basiques allant de la tête aux pieds en invitant à se concentrer sur les endroits du corps qui procurent des sensations particulières (agréables, désagréables, douloureuses, réconfortantes...)
- Proposer des mouvements en rythme sur une musique orientale
- Inviter chaque résidente à proposer un ou plusieurs mouvements à ajouter à la chorégraphie
- Assembler et réaliser la chorégraphie
- Passes du ballon de baudruche
- Verbalisation sur les sensations de chacun, ce qu'elles ont aimé et moins aimé
- Raccompagne ment des personnes le nécessitant

Bibliographie

- Académie française. (s. d.). *Dictionnaire de l'Académie française*. Consulté 5 mai 2021, à l'adresse <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9I0058>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- André, P., Benavidès, T., & Giromini, F. (2004). La psychosomatique. In *Corps et psychiatrie* (2ème édition révisée et augmentée, p. 152-155). Heures de France.
- André, P., Benavidès, T., & Giromini, F. (2004). Les thérapies à médiation corporelle. In *Corps et psychiatrie* (2ème édition révisée et augmentée, p. 169-214). Heures de France.
- Caradec, V. (2016). Le vieillissement au grand âge. In *Identité(s)* (p. 192-195). Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0192>
- Cerioni, M. (2011). Le maintien identitaire et le paradoxe du protocole institutionnel. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 87-102). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.perso.2011.01.0087>
- Ciccone, A., Guillemain, J.-B., & Sage, B. (2006). Le nourrisson : La dialectique psyché-soma. In *Psychomotricité* (2006^e éd., p. 31-66). Masson.
- Consoli, S. G. (2006). Le moi-peau. *médecine/sciences*, 22(2), 197-200. <https://doi.org/10.1051/medsci/2006222197>
- Cristini, C., & Ploton, L. (2009). Mémoire et autobiographie. *Gérontologie et société*, 32 / 130(3), 75-95. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/gs.130.0075>
- De la difficulté d'être soi-même. (2016). In *Identité(s)* (p. 126-128). Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0126>
- Desobeau, C., Gatecel, A., & Vigne, D. (2006). L'adulte : Corps, affect et représentaton. In *Psychomotricité* (p. 159-177). Masson.
- Dutems Carpentier, C. (2011). Identité et mouvements. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 61-67). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.perso.2011.01.0061>

- Golse, B. (2007). Approche conceptuelle. In *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant* (p. 212). Masson.
- Gravouil, J.-F. (2015). L'identité : Une construction relationnelle. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 35(2), 23-34. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cges.035.0023>
- Halpern, C. (2016). L'identité. Histoire d'un succès. In *Identité(s)* (p. 5-13). Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0005>
- Halpern, C., & Kaufmann, J.-C. (2016). Devenir autre. In *Identité(s)* (p. 100-104). Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0100>
- Israël, L. (2015). 6. « Verkümmerte Freiheit ». In *La parole et l'aliénation* (p. 79-93). ERES; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-parole-et-l-alienation--9782749246390-p-79.htm>
- Joulain, M. (2011). L'identité de la personne âgée : Le poids des normes d'âge, des représentations et des catégorisations sociales. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée en EHPAD* (p. 17-31). Érès. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/protoger-et-construire-l-identite-de-la-personne--9782749214733-page-17.htm>
- Kaempf, S., Romatet, D., & Truphil, A. (2011). Unifier de la tête aux pieds. Approche psychomotrice de la problématique de l'identité chez le patient atteint de la maladie de Parkinson. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 69-85). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.perso.2011.01.0069>
- Lacombe, J. (s. d.). Les principes du développement psychomoteur. In *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans. Approche théorique et activités corporelles*. De Boeck.
- Lecomte, J., & Tap, P. (2016). Marquer sa différence. In *Identité(s)* (p. 46-50). Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0046>
- Liotard, D. (2006). La personne âgée : Du comportement à l'acte imaginé. In *Psychomotricité* (p. 179-189). Masson.
- Maintier, C. (2011). Une identité à construire et à Préserver. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée en EHPAD* (p. 33-46). Érès. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/protoger-et-construire-l-identite-de-la-personne--9782749214733-page-33.htm>
- Marc, E. (2016). La construction identitaire de l'individu. In *Identité(s)* (p. 28-36). Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0028>

- Mitsopoulou-Sonta, A. (2016). La méthode à médiation Photolangage© et les processus de figurabilité. *Cliniques*, 11(1), 134-150. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/clini.011.0134>
- Oberlé, D. (2016). Vivre ensemble, le groupe en psychologie sociale. In *Identité(s)* (p. 129-141). Éditions Sciences Humaines.
- Parkinson (maladie de)*. (s. d.). Inserm - La science pour la santé. Consulté 25 avril 2021, à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/parkinson-maladie>
- Personne, M. (2011). Introduction. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 7-13). Érès; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/eres.perso.2011.01.0007>
- Péruchon, M. (2001). Du moi-peau : Applications à la gérontologie et à la ritualité. *Psychologie clinique et projective*, 7(1), 45-54. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/pcp.007.0045>
- Pyramide des besoins. (2021). In *Wikipédia*. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pyramide_des_besoins&oldid=181391321
- Robichaud, V. (2009a). *Accueillir les besoins psychiques de l'adulte vieillissant : Être en harmonie avec soi-même et les autres*. Chronique sociale.
- Robichaud, V. (2009b). Chapitre 1 : Après la retraite, l'invention de soi. In *Accueillir les besoins psychiques de l'adulte vieillissant* (p. 25-34). Chroniques sociales.
- Robichaud, V. (2009c). Chapitre 2 : Le fonctionnement du cerveau et la relation à l'adulte vieillissant. In *Accueillir les besoins psychiques de l'adulte vieillissant* (p. 35-50). Chroniques sociales.
- Robichaud, V. (2009d). Chapitre 3 : Les besoins psychiques au quotidien. In *Accueillir les besoins psychiques de l'adulte vieillissant* (p. 51-126). Chroniques sociales.
- Robichaud, V. (2009e). Introduction. In *Accueillir les besoins psychiques de l'adulte vieillissant* (p. 15-24). Chronique sociale.
- Sudres. (2006). L'adolescent : Le corps entre biologie et passion. In *Psychomotricité* (p. 131-136). Masson.
- Viellissement et santé*. (s. d.). Consulté 27 avril 2021, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Vinsonneau, G. (2016). Socialisation et identité. In *Identité(s)* (p. 51-56). Éditions Sciences Humaines; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0051>

Table des matières

Introduction.....	1
I) Comment définir la « personne âgée » ?.....	3
I.1 Le vieillissement d'un point de vue social.....	4
I.1.1 L'évolution des représentations du vieillissement dans la société.....	4
I.1.2 L'impact des normes sociétales sur la place de la personne âgée dans la société.....	4
I.1.3 L'évolution des relations sociales de la personne âgée.....	6
I.2 Les processus de vieillissement.....	7
I.2.1 <i>Le vieillissement du corps</i> physique.....	7
I.2.2 <i>Le vieillissement</i> psychique.....	9
II) L'identité.....	12
II.1 Qu'est-ce que l'identité ?.....	12
II.1.1 L'identité en quelques définitions.....	12
II.1.2 Identité, entre stabilité et instabilité.....	14
II.2 La construction de l'identité.....	16
II.2.1 Le début de la construction de l'identité.....	17
II.2.2 Poursuite de la construction identitaire de l'enfance à l'âge adulte.....	20
II.2.3 La place du développement psychomoteur dans la construction de l'identité.....	23
III) L'identité de la personne âgée résidant en EHPAD et la place de la psychomotricité.....	27
III.1 L'impact du vieillissement sur le vécu et l'expression identitaire.....	27
III.2 L'emménagement en maison de retraite.....	28
III.2.1 L'intégration au groupe.....	31
III.2.2 La mise en place du projet personnalisé et l'initiation des suivis médicaux et paramédicaux.....	33
III.2.3 Le vécu émotionnel de l'emménagement en maison de retraite.....	35
III.3 Les relations affectives en maison de retraite.....	35
III.4 La vie en maison de retraite et l'expression de soi.....	38
III.4.1 Une vie collective.....	38
III.4.2 Les soins corporels.....	40
III.4.3 La vie personnelle des adultes vieillissants au sein des maisons de retraite.....	41
III.4.4 La satisfaction des besoins fondamentaux en maison de retraite.....	42
III.4.4.i. Le besoin d'amour.....	43

III.4.4.ii. Le besoin de sécurité.....	45
III.4.4.iii. Le besoin d'écoute.....	46
III.4.4.iv. Le besoin de reconnaissance.....	47
III.4.4.v. Le besoin d'affirmation.....	48
III.4.4.vi. Le besoin de liberté.....	49
III.4.4.vii. Le besoin de créativité.....	50
III.5 Les pathologies, la désorganisation spatio-temporelle et le vécu identitaire.....	51
III.5.1 <i>Présentation de quelques</i> vieillissements pathologiques.....	51
III.5.1.i. Les désorganisations à type de démence.....	51
III.5.1.ii. <i>La maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens</i>	52
III.5.2 Les conséquences des vieillissements pathologiques sur le vécu identitaire.....	53
IV) Présentations cliniques.....	56
IV.1 Présentation de la maison de retraite.....	56
IV.2 Mme H.....	59
IV.2.1 Présentation de Mme H.....	59
IV.2.2 Le début de la relation.....	62
IV.2.3 De nombreuses adaptations.....	64
IV.2.3.i. Les séances en duo.....	64
IV.2.3.ii. Les séances individuelles.....	65
IV.2.3.iii. Réajustement du suivi au regard des évolutions.....	70
IV.2.3.iv. La participation de Madame H au groupe d'éveil corporel.....	71
IV.2.4 Conclusion.....	74
IV.3 Un exemple de groupe : l'atelier « éveil corporel ».....	75
IV.3.1 Présentation de l'atelier.....	75
IV.3.2 Présentation des participantes.....	76
IV.3.2.i. Madame H.....	76
IV.3.2.ii. Madame V.....	77
IV.3.2.iii. Madame M.....	79
V) Conclusion.....	82
VI) Annexes.....	84
VI.1 Projet d'atelier d'éveil corporel.....	84
Bibliographie.....	88