



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

=====

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

« *Depuis ça c'est plus pareil !* »

Réflexions sur la pratique psychomotrice auprès de
personnes âgées chuteuses

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

par

BERNDT Sara

Juin 2015

N° 1254

Directeur du Département Psychomotricité
Eric PIREYRE

1. Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon
(EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de Lyon
M. GUIDERDONI Bruno

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord ma maîtresse de mémoire Laure pour le temps et les précieux conseils qu'elle a su me donner.

Je souhaite aussi remercier ma super maîtresse de stage Laetitia, pour sa disponibilité, sa bienveillance et la confiance qu'elle m'a accordée dans la construction de ce projet.

Merci aux patients de l'EHPAD et de l'Accueil de jour qui m'ont accueillie chaleureusement.

Merci à mes formidables amies de promo, qui ont permis que ces trois années d'études riment avec rires et bonheur, avec une mention spéciale pour Adeline, ma colloc de choc !

Et merci à mes parents et à Charly, qui m'ont soutenue et toujours encouragée.

SOMMAIRE

Introduction	1
Partie théorique	3
I. Le vieillissement normal	3
1) Définitions.....	3
2) Au niveau perceptif.....	4
3) Au niveau moteur et psychomoteur.....	5
a) Généralités.....	5
b) L'équilibre.....	5
c) La marche.....	6
d) La verticalité.....	7
e) L'espace, le temps et le corps vécu.....	7
4) Au niveau cognitif.....	8
5) Au niveau social.....	8
6) Au niveau psychologique et psychanalytique.....	9
a) Les différentes crises ou temps de la vieillesse	10
b) La nécessité d'un travail de deuil.....	12
c) Vers un vieillissement réussi.....	12
7) Le vieillissement pathologique.....	13
a) Généralités.....	13
b) La démence.....	13
c) La maladie d'Alzheimer.....	14
d) La démence vasculaire.....	15
e) La démence à corps de Lewy	15
II. Les chutes	15
1) Définition et chiffres.....	15
2) Causes ou facteurs de risques.....	16
3) Les types de chutes et leur interprétation.....	17
4) Conséquences.....	18

a) Les conséquences physiques et psychomotrices.....	18
b) Les conséquences psychologiques de la chute.....	19
c) Le syndrome post-chute, une conséquence à part.....	20
d) Les conséquences pour l'entourage.....	21
e) Le vécu des soignants.....	22
5) La prise en compte des chutes en EHPAD.....	22
III. Conclusion de la partie théorique.....	24
<u>Partie clinique</u>.....	25
I. Présentation de l'institution.....	25
1) Description de l'institution.....	25
2) La place de la psychomotricité dans cette institution et ma place en tant que stagiaire .	26
3) La prise en charge des chutes dans cet EHPAD.....	27
II. Présentation du projet de groupe.....	28
1) Le projet.....	28
2) Les séances prévues.....	29
3) La préparation du groupe et la rencontre des patients en amont.....	30
4) Les membres du groupe.....	30
III. Cas de Mme L.....	32
1) Rencontre.....	33
2) Anamnèse.....	33
3) Le bilan géronto-psychomoteur.....	35
4) Les séances de groupe.....	36
Les quatre premières séances : entre implication, désir de bien faire et traces du traumatisme :	37
Les cinquième, sixième et septième séances : entre contrôle et agrippement :	41
Huitième et neuvième séances : une peur, non de l'espace avant, mais de ne pas réussir à se relever :	46
5) Les interactions avec les autres membres du groupe pendant les séances.....	48
6) La poursuite du lien.....	48
IV. Conclusion de la partie clinique.....	49

Partie théorico-clinique	50
I. De quoi nous parle la chute ?	50
1) De pertes pouvant entraîner un manque de confiance en soi et de sécurité.....	50
2) D'un besoin d'appuis et d'étayage.....	51
II. Un sentiment de sécurité retrouvable par la verticalité	53
1) L'importance de la verticalité.....	53
2) Les cinq déterminants dans la construction d'un sentiment de sécurité.....	54
III. La place du psychomotricien	56
1) Son positionnement.....	56
2) Son étayage.....	57
3) Ses propositions.....	59
4) L'importance du cadre thérapeutique.....	61
IV. Conclusion de la partie théorico-clinique	63
Conclusion	64
Références bibliographiques	66
Annexe	68
Résumé - Mots-clés	69

INTRODUCTION

Lors de mon stage court de deuxième année en gériatrie, j'ai été amenée à lire un article sur les chutes : *Des chutes en abîme, une chute en cache une autre...*, de Catherine Roos. Ce texte m'a interpellé et m'a donné envie de m'intéresser à la problématique des chutes chez les sujets âgés, problématique qui m'est apparue très psycho-motrice de par ses significations et ses conséquences.

À mon arrivée en stage en EHPAD cette année, ma maître de stage m'a demandé si je souhaitais mettre en place un projet, ou travailler sur une thématique particulière. Je lui ai donc parlé de mon intérêt pour les chutes et nous avons décidé de créer un groupe psychomoteur de prévention et de prise en charge des chutes, auprès des résidents de l'EHPAD. Pendant quelques mois nous avons pensé et préparé ce projet, en regrettant parfois le manque de coopération de la part des soignants de l'établissement.

Au fil de mes lectures sur le sujet et des discussions avec des professionnels de gériatrie, concernant le moment où se produisent les chutes et le sens qu'elles peuvent avoir, deux questions me sont venues à l'esprit : qu'est-ce qui se joue derrière une chute et comment prendre en charge les personnes âgées chuteuses ?

Une des patientes de l'EHPAD ayant chuté plusieurs fois m'a dit un jour : « *Depuis ça c'est plus pareil !* », en parlant de sa chute. Cela m'a fait comprendre à quel point une chute pouvait déstabiliser corporellement et psychiquement la personne, au point qu'elle ne se sente plus comme avant, voire plus la même.

Je me suis ensuite renseignée sur les soins qui étaient préconisés après la chute d'un sujet âgé (au niveau national notamment). La psychomotricité n'y était pas mentionnée.

J'ai alors réalisé qu'au delà des nombreuses significations que pouvaient avoir une ou des chutes, le psychomotricien pouvait avoir un rôle à jouer pour aider les patients à dépasser ce traumatisme et à retrouver une confiance dans leur corps. Dans ce mémoire, je vais donc chercher de quoi nous parle la chute et quelle place le psychomotricien peut-il avoir dans la prise en charge des personnes âgées chuteuses ?

Dans une première partie je décrirai les effets du vieillissement, afin de pouvoir saisir ce qui se joue tant au niveau physique que psychique chez des patients âgés, puis je traiterai des chutes et de leurs conséquences. Dans une seconde partie j'exposerai un exemple de prise en charge groupale proposée à des patients chuteurs, illustré par le cas de Mme L. Pour finir, je tenterai de lier des éléments cliniques à des concepts théoriques, afin de développer mes hypothèses et de répondre à la problématique.

PARTIE THÉORIQUE

I. Le vieillissement normal

1) Définitions

Le dictionnaire Larousse donne la définition suivante du vieillissement : « *Affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge.* »¹ Il y a donc ici la notion de diminution, de perte.

Selon le Collège national des enseignants de gériatrie, le vieillissement « *correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr.* »² On parle ici de modification, de changement. Les auteurs rajoutent qu'il est « *la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des effets des maladies* »³. Ils soulignent donc que le vieillissement n'est pas synonyme de maladie.

Jack Messy distingue quant à lui la vieillesse du vieillissement. Le vieillissement est pour lui un processus qui commence dès la conception et se termine à la mort de l'individu. Il est fait d'une succession de pertes et d'acquisitions. Cet auteur insiste sur le fait qu'il est essentiel de définir le vieillissement non seulement en terme de pertes, de dégradation, mais également en terme d'acquisitions (de sagesse, d'expérience etc.).

La vieillesse est quand à elle un état, qui se situe au bout de la vie et qui survient brusquement à la suite d'un événement vécu comme une perte et non suivi d'une acquisition (cet événement pouvant-être le départ à la retraite, la mort du conjoint, une

1 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81927>

2 COLLÈGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GÉRIATRIE, (2000), *Corpus de Gériatrie - Tome 1*, p. 9 : http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/01_vieillesse.pdf

3 Ibid. p.9

maladie...).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'entrée dans la vieillesse correspond à l'âge de 65 ans. Pour d'autres elle se situe au moment du départ à la retraite, soit vers 55-65 ans, ou encore à l'arrivée des premiers signes de dépendance. Les résidents accueillis en EHPAD ont quant à eux 85 ans en moyenne.

Pour C. Herfray, il est difficile de définir un âge d'entrée dans la vieillesse, mais elle désigne ce passage comme le « *moment où le renversement de la tension dialectique entre la vie et la mort va accuser l'emprise croissante de la pulsion de mort.* »⁴

2) Au niveau perceptif

L'acuité visuelle est moins performante avec l'âge. Le cristallin perd en transparence ce qui entraîne une difficulté pour le sujet âgé à discerner les couleurs et une moins bonne perception du contraste. On observe également une perte de puissance d'accommodation, c'est à dire des difficultés à focaliser sur des objets placés à différentes distances. Le vieillissement du cristallin et la diminution naturelle avec l'âge de la capacité d'accommodation conduisent à la presbytie, aux alentours de 50 ans.

Avec l'âge, les modifications de l'audition vont dans le sens d'une moins bonne discrimination. Il apparaît une presbycusie, c'est à dire une perte progressive de l'audition liée à l'âge, davantage portée sur les hautes fréquences (sons aigus). De plus, le sujet âgé a des difficultés à localiser un bruit dans l'espace.

Au niveau tactile, « *Le seuil de sensibilité tactile et digitale s'élève de 2,2 fois en moyenne avec l'avancée en âge* »⁵, du fait d'une diminution du nombre de récepteurs. Au niveau cutané on observe aussi une diminution de la perception des vibrations.

Au niveau proprioceptif, on note une diminution du nombre de récepteurs ligamentaires et capsulaires induisant un manque de justesse dans la discrimination proprioceptive. Il y a également une altération de la sensibilité des récepteurs de la plante des pieds, qui a comme conséquence une mauvaise perception du relief et de la consistance

4 HERFRAY C., (2007), *La vieillesse en analyse*, p.20

5 AUBERT E., ALBARET J-M., (2009), *Vieillesse et psychomotricité*, p.18

du sol.

Au niveau vestibulaire, on observe une dégradation des récepteurs (diminution du nombre de cellules ciliées), ce qui entraîne des changements dans la posture du sujet et participe « *secondairement au trouble de l'équilibre lors de déplacements rapides et complexes du corps et de la tête.* »⁶

On note également un amoindrissement du goût, du fait d'une diminution du nombre de papilles gustatives et de la baisse de leur efficacité, ainsi que de l'odorat, avec une diminution de la capacité à identifier les odeurs.

3) Au niveau moteur et psychomoteur

a) Généralités

D'après J-M. Albaret et E. Aubert, « *Les altérations liées au vieillissement des fonctions motrices et psychomotrices portent d'une part sur des limitations de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements.* »⁷ D'autre part, on note une réduction des capacités de traitement, de sélection et de programmation de la réponse motrice. Les temps de réaction et de mouvement des personnes âgées sont en général allongés.

b) L'équilibre

Le phénomène de perte d'équilibre est une réalité chez le sujet âgé. En vieillissant les sentiments de manque de stabilité, de vertiges, et d'insécurité lors des déplacements augmentent. On observe ainsi un nombre croissant de chute en vieillissant, cependant on estime seulement « *entre 2,7 et 19 % les chutes chez les personnes âgées liées à l'instabilité posturale.* »⁸

L'étiologie du manque de stabilité posturale apparaît multifactorielle. L'ensemble de la fonction d'équilibration (récepteurs sensoriels, voies nerveuses et centres intégrateurs) semble être touchée par des processus dégénératifs liés au vieillissement, ainsi que le traitement perceptif, le temps de réaction et l'efficacité musculaire antigravitaire. Les

6 AUBERT E., ALBARET J-M., (2009), *Vieillesse et psychomotricité*, p.19

7 Ibid., p.19

8 Ibid., p.23

systèmes d'anticipation et de pare-chutes deviennent alors défaillants. Toutes ces modifications, associées à une perte de la mobilité articulaire, peuvent mettre le sujet âgé en difficulté pour corriger ou répondre à une perte d'équilibre.

L'équilibre statique, c'est à dire la faculté de contrôler les oscillations posturales du corps pendant la station verticale sans déplacement des points d'appuis, devient moins performant en vieillissant. La performance liée au maintien en équilibre unipodal semble diminuer dès l'âge de 50 ans. Concernant la position immobile bipodale, les sujets âgés présentent des oscillations antéro-postérieures plus marquées. De plus, une bonne stabilité posturale demande plus d'attention chez le sujet âgé.

c) La marche

Au niveau de la marche, l'avancée en âge provoque diverses modifications de son aspect. Elle semble plus lente et moins sûre, les réponses aux stimuli de l'environnement sont moins rapides et elle demande plus d'attention au sujet âgé. Selon J-M. ALBARET et E. AUBERT, on observe lors des déplacements :

- une réduction de la vitesse de marche liée à une diminution de la longueur du pas sans modification de la cadence.
- une diminution de la hauteur du pas, favorisant les chutes par accrochage du pied.
- une réduction de la durée de phase d'appui unipodal et une augmentation de la phase d'appui bipodal.
- une réduction d'amplitude des mouvements des chevilles, des genoux et des hanches.
- une posture en légère flexion du tronc avec les bras collés au corps.
- un besoin d'attention à la marche avec le regard fixé au sol.

« Les anomalies de la marche sont observées à peu près chez un quart des sujets autonomes de plus de 60 ans, ce qui conjointement au vieillissement de l'équilibration, favorisent la survenue des chutes. »⁹

9 AUBERT E., ALBARET J-M., (2009), *Vieillesse et psychomotricité*, p.28

d) La verticalité

Dès la jeune enfance, un dialogue avec le sol se crée, permettant d'organiser notre tonus musculaire (en enracinant la force autour du centre du corps et des racines des membres) et de libérer la main de sa fonction d'appui. En se redressant, l'enfant s'émancipe de la relation à la gravitation (et à l'objet maternel) et se construit simultanément une structure interne autonome. La construction d'un axe vertical participe donc à l'individuation de l'enfant, à sa construction en tant qu'être. Il devient un être libre et affirme son identité de sujet.

Geneviève Ponton nous dit que « *quand le vieillard s'abandonne à la force de la pesanteur, il perd l'aplomb qui le dressait vers demain : il chute.* »¹⁰ La personne âgée qui ne peut plus tenir debout ou qui tombe au sol, perdrait-elle alors une partie de son identité ? La question peut être posée. Quoi qu'il en soit, pour G. Ponton, lorsque la relation à la terre est rompue, le projet de devenir de l'individu est brisé.

e) L'espace, le temps et le corps vécu

En vieillissant, l'individu restreint souvent son champ d'action et son occupation de l'espace. L'espace affectif de la personne âgée se restreint également. La visualisation, l'orientation spatiale, la vitesse et la flexibilité d'intégrations des capacités spatiales, seraient sensibles au vieillissement. Ainsi on observerait une perte progressive des capacités spatiales en vieillissant et des problèmes d'orientation spatio-temporelle, surtout après 75 ans.

La perte des notions spatiales succède souvent à un trouble du schéma corporel, le corps étant notre premier repère dans l'espace. C'est à travers le corps que s'inscrivent les multiples modifications amenées par le processus du vieillissement. Par exemple, le vieillissement de la peau modifie l'apparence corporelle, ce qui modifie l'image corporelle de la personne âgée. L'image corporelle fait référence aux perceptions et aux sentiments qu'éprouve une personne face à l'image de son corps. Nous verrons dans les paragraphes suivants qu'avec l'âge, l'image de soi et l'estime de soi, étroitement liée à l'image corporelle, risquent beaucoup d'être endommagées.

10 PONTON G., (1998), *Une approche psychomotrice de la chute du sujet âgé*, p.2

La notion de temps est abstraite, elle est surtout perceptible par les rythmes. Souvent, en vieillissant, les activités des personnes décroissent, le rythme des journées diminue. La personne âgée peut se vivre en désaccord avec le temps social, sa lenteur ne correspond pas au rythme accéléré de la société. Le temps physique peut s'effacer au profit du temps affectif et psychique et la conscience du temps se modifier.

La maîtrise de l'organisation spatio-temporelle va également de pair avec les facultés cognitives comme la mémoire et l'attention.

4) Au niveau cognitif

En vieillissant, des micro-lésions cérébrales apparaissent (plaques séniles, dégénérescence neurofibrillaire) et on constate une diminution modérée du nombre de neurones. On observe une diminution de l'attention et de la vitesse de l'influx nerveux à partir de 50 ans. On note également une baisse de la vitesse de traitement de l'information. Le temps de réaction est plus long et la concentration pour accomplir deux tâches simultanées est plus difficile.

On remarque avec l'âge un certain déclin de la mémoire immédiate, nécessaire à l'association et à l'interprétation des messages sensoriels, ce qui amène une diminution de la vitesse des réactions d'associations. Il y a également une plus grande difficulté à retrouver l'information. De plus, on observe un ralentissement des fonctions assurées par le lobe frontal, comme la planification, le jugement, la prise de décision, etc.

Pour autant, la diminution de certaines capacités cognitives n'empêche pas la majorité d'entre elles de bien fonctionner si la personne âgée se trouve dans un environnement stable et s'adonne à des tâches familières.

5) Au niveau social

Le vieillissement paraît lié au regard de la société, aux normes qu'elle se donne. La notion d'âge est fortement liée à l'environnement socio-culturel. Par exemple, on constate que l'on est « vieux » dès 50 ans en entreprise, alors que pour le grand public, la vieillesse débute aux alentours de 70 ans.

Dans nos sociétés l'avancée en âge a de nombreuses conséquences sociales : la mise à la retraite, qui s'accompagne d'une réduction des ressources pour beaucoup, la diminution des réseaux sociaux du fait du veuvage fréquent pour les femmes ou de la perte des amis du même âge, l'éloignement des enfants.

Ainsi, le fait de ne plus travailler, ni de devoir s'occuper des enfants, peut amener l'idée que la personne âgée n'a plus de rôle social à jouer. Or toute société repose sur l'interaction de rôles sociaux. Ceux-ci constituent le lien entre l'individu et son environnement. On peut alors penser que nos sociétés occidentales ont produit une représentation de la vieillesse comme un temps d'inactivité et d'exclusion.

De plus, les problèmes de mobilité, ou de déficit sensoriel, peuvent freiner les capacités de rencontres et de maintien de liens sociaux. La participation sociale subit alors un rétrécissement important.

Il paraît donc important que la personne âgée conserve des activités qui lui tiennent à coeur, des liens sociaux, ou un rôle à jouer dans la société (bénévolat) ou dans sa famille (comme la garde des petits enfants), afin de garder des relations. En effet, ce sont les relations qui permettent à chacun de se situer dans son environnement, en tant que sujet.

6) Au niveau psychologique et psychanalytique

Au cours du vieillissement psychique de l'individu, la génitalité corporelle va diminuer avant la génitalité psychique. Cela va créer un écart dans le Moi du sujet, pouvant ébranler son narcissisme jusqu'à provoquer des troubles de l'identité. En effet, pendant cette période, les capacités du sujet à s'auto-conserver sont soumises à rude épreuve, du fait d'une dévalorisation du Moi (se jugeant moins séduisant, moins performant) devant l'Idéal du Moi. Le vieillissement psychique peut se définir comme un processus, lent et progressif *« de décroissance au cours duquel le sujet est soumis à un mouvement pulsionnel inverse à celui qu'il avait rencontré au cours de l'adolescence. »*¹¹ Le Moi sénescence est soumis à des pulsions qui vont en diminuant et peut s'y opposer, fort des acquisitions faites lors de son développement adulte.

Les auteurs qui se sont penchés sur le vieillissement des individus, ont constaté que l'appareil psychique évoluait selon des crises successives. Nous allons à présent les

11 FERREY G., LE GOUËS G., (2008), *Psychopathologie du sujet âgé*, p2

développer brièvement.

a) Les différentes crises ou temps de la vieillesse

– E. Jacques fut le premier à décrire la crise du milieu de la vie, en constatant chez des grands créateurs un arrêt ou une reprise fulgurante des facultés créatrices vers le milieu de la vie (qu'il situait aux alentours de 37 ans).

G. Le Gouès a repris ce concept, pour décrire à cette période le début du vieillissement psychique. Cette entrée dans la crise du milieu de vie (qu'il situe lui, aux alentours de 40 ou 50 ans) serait due à la découverte par le sujet de sa finitude, c'est à dire de la perspective de la mort à venir. Il y a un conflit entre deux instances psychiques freudiennes : le Moi et le Ça. En effet le Moi reconnaît au moins partiellement son vieillissement et sa mort annoncée, alors que le Ça est installé par essence dans l'intemporalité. Le fantasme d'éternité rencontre alors une limite (révélée par une baisse de la séduction chez la femme ou une diminution de la puissance chez l'homme), qui était jusque là ignorée par la libido. Le sujet prend conscience de la réalité de la temporalité, laissée à l'écart jusqu'alors. Il y a à cette période, pour l'auteur, une ré-élaboration de la position dépressive, avec un risque pour les sujets de développer une dépression, ou bien des défenses maniques, obsessionnelles, ou hypocondriaques, contre cette angoisse dépressive.

C'est souvent l'extérieur social qui va corriger cette immortalité psychique à laquelle l'individu tient tant. En effet, notre société, par les marqueurs temporels qu'elle installe se charge de rappeler à notre appareil psychique la réalité du passage du temps : la question de la retraite, les cartes seniors, le statut privilégié dans les transports en commun, etc. C'est aussi l'enveloppe corporelle qui va se charger de marquer les stigmates du temps qui passe. Le corps devient vieillissant à partir du moment où ses altérations, ses défaillances obligent le sujet à revisiter l'image de soi. En altérant l'image de soi, le vieillissement oblige l'appareil psychique à réaliser un nouvel ajustement ou remaniement identitaire. Le corps vieillissant perd sa capacité à être objet d'admiration. Il se produit donc un important déficit narcissique en lien avec l'état du corps.

– Danielle Quinodoz parle elle, de « crise existentielle du milieu de la vie », au moment où le sujet prend conscience qu'il n'a qu'une seule vie à vivre et que la fin de cette vie se rapproche inéluctablement. Pour cette auteure, elle peut se situer à des âges très

variés. Le moyen de dépasser cette crise réside selon elle dans la prise de conscience d'avoir une vie propre, ce qui diminuera l'angoisse de devoir la quitter. De plus, pour D. Quinodoz, « *le moment où le plaisir d'être soi-même l'emporte sur l'envie ou sur l'angoisse d'affronter la solitude, correspond à une première phase dans l'élaboration de leur crise du milieu de la vie.* »¹²

– Pour C. Herfray, la vieillesse est une épreuve, composée de plusieurs crises. Ces crises sont des moments d'intense travail psychique, où le désir s'affronte aux insuffisances. Le sujet se trouve confronté à des interrogations relatives à son identité qui vacille. La cohésion de son Moi est menacée, notamment par une diminution des satisfactions narcissiques venant de l'extérieur. De plus, en avançant en âge, le sujet se retrouve confronté à l'angoisse de castration du fait de la perte de sa puissance, signifiée par des déficits organiques et des défaillances sexuelles possibles chez l'homme ou une impossibilité de procréer s'imposant à la femme. L'appareil psychique du sujet vieillissant doit alors relancer l'élaboration de son complexe de castration. Pour elle, les diverses étapes de la vieillesse sont autant d'épreuves à franchir. Elle distingue en plus de la crise du milieu de la vie, une autre crise, ultérieure, celle du temps de la retraite. L'individu qui part à la retraite change de statut et perd ainsi une certaine « utilité » sociale. Cette perte peut aussi s'accompagner par une perte (matérielle) de pouvoir d'achat si ses revenus diminuent, ce qui pourra alimenter une crainte du manque. La modification de la répartition du temps mettra aussi le sujet face à la possibilité ou non, de pouvoir réaliser ce qu'il n'avait pas pu faire jusque là.

– Pour J. Messy, comme nous l'avons vu au début de notre partie théorique, l'entrée dans la vieillesse serait due à une perte non suivie d'une acquisition. Seulement des pertes non suivies d'acquisition, nous pouvons en subir tout au long de notre vie. L'auteur explique alors qu'il y aurait une période autour de 50 à 60 ans, qu'il nomme « le temps du miroir brisé », pendant laquelle la personne anticipe dans le miroir l'image de son corps qui « fout le camp ». Le sujet voit le temps qui passe et la mort qui s'approche. À cette période, une perte nouvelle peut, sous certaines conditions, précipiter le sujet dans un état de vieillesse.

12 QUINODOZ D., (2005), *La crise existentielle du " Milieu de la vie ? : la porte étroite*, p. 1073

b) La nécessité d'un travail de deuil

Les différentes crises ou différents temps de la vieillesse, réactivent la problématique de la perte, en partant de celle que notre propre corps nous fait subir. Toute notre vie, des processus de deuil se sont mis en route et ont permis ou non une élaboration de la perte. Mais si en phase de croissance, les gains compensaient les pertes, petit à petit ces dernières vont dominer sans espoir de retour dans la période de la vieillesse.

La seule issue possible à ces crises sera de passer par un travail de deuil. Selon Freud, le travail de deuil est inconscient, il s'agit d'un long travail de renoncement à l'objet investi. Il est alors nécessaire de faire le deuil de ses illusions d'immortalité, de ses rôles familiaux ou sociaux, de certaines de ses capacités physiques, de proches et également de ce que l'on n'a pas été et que l'on aurait voulu être. C'est seulement en faisant ces deuils que le sujet pourra continuer à exister malgré les pertes qui le transforment. Le bénéfice de ces deuils sera de pouvoir récupérer du désir et de l'investir dans d'autres objets. Ainsi le travail de deuil consiste pour C. Herfray en un travail de séparation et de restauration du désir.

L'impossibilité de faire un travail de deuil, « *ou une trop forte dose de culpabilité inconsciente vis-à-vis de l'objet, conduit au deuil pathologique : le sujet veut garder l'objet, ne pouvant se résoudre à en introjecter les traces.* »¹³ L'individu ne peut alors pas se séparer de l'objet, ni se résoudre à aller le rejoindre. Cela se traduira au niveau clinique par une mélancolie. Quand le deuil est impossible, il peut aussi arriver que l'individu lâche tout et soit dans une « *mort subjective anticipée* »¹⁴. Afin d'éviter une ultime castration ou d'épargner au sujet le tourment de la mort, C. Herfray fait l'hypothèse de la démence comme réponse au réel.

c) Vers un vieillissement réussi

La difficulté pour le sujet âgé va alors être de pouvoir élaborer ces différents deuils et les transformer en enrichissement psychique. Pour D. Quinodoz, si le monde externe s'appauvrit il est nécessaire de s'intéresser à son monde interne et de redécouvrir son originalité : revisiter son parcours de vie, ses choix, ses engagements, l'enfant ou l'adolescent que l'on a été, afin de redonner à ces différents aspects de l'existence du sujet, une place dans le présent.

13 HERFRAY C., (2007), *La vieillesse en analyse*, p.104

14 Ibid., p.145

Le vieillissement psychique demande donc, en reprenant les termes de G. Le Gouès, une « *capacité du Moi à supporter la perte de la jeunesse et la peur de la mort sans en être mentalement paralysé* »¹⁵. Le patient âgé qui va pouvoir maintenir un intérêt pour l'extérieur, pour une passion par exemple, maintiendra plus facilement un décentrement de soi et une possibilité de trouver un nouvel équilibre. En effet, l'existence d'une passion détourne le psychisme de la confrontation à la perte et permet l'investissement dans la transmission. Toujours selon cet auteur, le bon vieillir dépend également « *de l'aptitude du sujet vieillissant à réélaborer un complexe de castration mis à mal par les crises tardives [...]* »¹⁶ et réactivé par la réalité du déclin et de la mort.

7) Le vieillissement pathologique

a) Généralités

Avec l'avancée en âge, certaines pathologies ou syndromes deviennent plus fréquents. C'est le cas par exemple des démences, de la maladie de Parkinson, de la dépression, de l'insuffisance cardiaque, de l'ostéoporose, de l'incontinence vésicale, de l'arthrose...

Ces troubles sont en rapport avec des processus pathologiques, très fréquents chez les personnes âgées, mais non obligatoires. L'augmentation de leur fréquence chez les sujets âgés peut s'expliquer de différentes manières : l'augmentation de la durée d'exposition à certains facteurs de risque de maladies, des modifications induites par le vieillissement pouvant dans certains cas favoriser la survenue de maladies, les progrès dans le traitement de certaines pathologies contribuant à allonger l'espérance de vie et à augmenter la prévalence de certaines maladies.

b) La démence

La démence est la première cause de maladie neurologique chez le sujet âgé et la première cause de dépendance. Entre 10 et 20% de la population âgée de plus de 65 ans serait atteint de démences, dont 6% de la maladie d'Alzheimer.

15 FERREY G., LE GOUÈS G., (2008), *Psychopathologie du sujet âgé*, p.6

16 Ibid., p.7

Dans la dixième version de sa classification internationale des maladies, l'OMS définit la démence comme « une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou une modification de la personnalité. »

Il existe plusieurs types de démences : la démence Alzheimer, la démence vasculaire, la démence due à d'autres infections médicales générales (comme la maladie de Parkinson, le VIH), la démence persistante induite par une substance (syndrome de Korsakov), la démence fronto-temporale, la démence à corps de Lewy, la démence sous cortico-frontale, la démence sémantique, ainsi que d'autres démences à étiologie multiple. Une grande partie des démences sont dégénératives et d'apparition progressive. Le diagnostic de ces pathologies est souvent compliqué et n'est pas toujours posé.

J'ai choisi de développer plus en détails trois types de démences, car j'ai été amenée à rencontrer, dans ma clinique en EHPAD, des personnes atteintes de ces pathologies là.

c) La maladie d'Alzheimer

La démence la plus courante, la maladie d'Alzheimer, se caractérise en premier lieu par une atteinte de la mémoire (amnésie), avec l'impossibilité pour la personne d'enregistrer des éléments nouveaux. Puis des troubles du langage apparaissent (aphasie), avec notamment le manque du mot, rendant la communication difficile. On observe également des difficultés de jugement et de raisonnement. Une maladresse et des troubles gestuels (apraxie) ainsi que des difficultés de reconnaissance des images, objets ou visages (agnosie) surviennent ensuite. Des troubles psycho-comportementaux variés vont apparaître et s'accroître au fur et à mesure de la maladie. Au début de la maladie, le patient peut présenter des manifestations dépressives et anxieuses, une apathie, un ralentissement ou un repli et à un stade plus évolué, de l'agressivité, de la colère et des hallucinations visuelles. Au stade très avancé de la maladie, la personne est dans un état de profonde confusion mentale associé à une perte totale d'autonomie et un état grabataire. Le patient décède en moyenne 8 à 12 ans après le début de la maladie.

d) La démence vasculaire

Elle représente environ 10% des démences et survient soit brutalement à la suite de plusieurs infarctus cérébraux, soit progressivement par l'accumulation de lésions diffuses de petites artères cérébrales. Les troubles cognitifs et comportementaux sont souvent liés à la localisation des lésions vasculaires.

Elle est caractérisée par des troubles attentionnels, un ralentissement, des fluctuations, un trouble de la parole et de l'orientation spatiale, des difficultés de jugement et une perte de mémoire (moins importante que dans la maladie d'Alzheimer).

Dans les faits il s'agit souvent de démences mixtes, c'est à dire dégénératives et vasculaires.

e) La démence à corps de Lewy

Elle représente environ 15% des démences et est due à la présence de corpuscules, appelés corps de Lewy, dans les neurones.

Elle est caractérisée par des troubles attentionnels et visuo-spatiaux, des hallucinations visuelles fréquentes, une fluctuation des performances intellectuelles, un syndrome parkinsonien (avec une lenteur, une raideur et de nombreuses chutes) et des troubles du sommeil. La mémoire n'est pas trop altérée initialement.

L'évolution de cette démence est plus rapide que celle de la maladie d'Alzheimer.

II. Les chutes

1) Définition et chiffres

Selon l'OMS, la chute est « *un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment.* »¹⁷

Si l'on s'intéresse à l'étymologie du mot, « Cheute » en ancien français est le participe passé du verbe choir. Il désigne le fait de tomber, de perdre l'équilibre, d'être entraîné vers le sol. Il s'agit d'un acte subi, d'une perte. Le mot « chute » signifie également

¹⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>

baïsser, diminuer de valeur, mais aussi se détacher de son support naturel (la chute des cheveux ou des feuilles). En littérature il désigne la fin, la chute d'une phrase, d'une histoire. Toutes ces définitions de « chuter », souvent remplacé par le verbe « tomber », faisant référence ici à la tombe donc à la mort, montrent que la chute est riche de sens.

La chute est un véritable problème de santé publique, notamment au sein des institutions pour personnes âgées. L'OMS fait de la chute la première cause de décès accidentels après 65 ans et ce pour les deux sexes, avec 2/3 des accidents chez les femmes et 1/3 chez les hommes. Selon les derniers chiffres de l'HAS (la Haute Autorité de Santé), 30% des sujets de plus de 65 ans sont concernés par les chutes et 50% des sujets de plus de 80 ans. Les chutes sont 3 fois plus fréquentes en institution et plus de 50% des chuteurs rechutent dans l'année.

2) Causes ou facteurs de risques

La chute est rarement due à une cause précise et unique, mais souvent due à une conjonction de différents facteurs :

- des facteurs liés aux conséquences du vieillissement : déficits visuels et labyrinthiques, diminution de la sensibilité tactile et proprioceptive, moindre vitesse de réactions induisant une diminution des capacités d'adaptation aux changements de situations.

- des facteurs dus à certaines pathologies : troubles cardio-vasculaires (hypotension orthostatique, rétrécissement aortique), affections neurologiques (accidents vasculaires cérébraux, épilepsie, maladie de Parkinson), neuromusculaires, ostéo-articulaires, visuelles.

- des facteurs médicamenteux : anti-hypertenseurs, psychotropes, anti-parkinsonien, corticoïdes.

- des facteurs environnementaux : vêtements trop longs ou trop étroits, chaussures inadaptées, mobilier roulant, obstacles au sol (tapis, fils électriques), mauvais éclairage, trottoirs glissants...

- et des facteurs psychologiques : liés à l'état mental comme la démence, la confusion, l'alcoolisme, ou la dépression. L'appréhension de réitérer une chute est ensuite le principal facteur psychologique de risque de chute. L'individu a vécu une expérience

traumatique qu'il craint et cela peut entraîner chez lui de l'inquiétude ou de l'angoisse. De plus, sa peur peut-être entretenue par l'entourage.

3) Les types de chutes et leur interprétation

Dans son article, Virginie Chaumont reprend les 5 types de chutes décrits par Cerisier en 1989. La chute suicide : elle est présente chez certaines personnes âgées fatiguées et atteintes de pathologies lourdes.

La chute stress : elle proviendrait des sentiments d'angoisse et des désorganisations spatio-temporelles provoqués lors d'une hospitalisation, d'une institutionnalisation, ou lorsqu'un nouveau transfert est envisagé.

La chute appel : elle peut être interprétée comme un chantage affectif, une recherche consciente ou inconsciente de bénéfices secondaires. Elle serait une manière de retrouver une "certaine opacité dans le regard de l'autre". Cet appel de mobilisation autour du patient n'est pas lancé à n'importe quel moment, la rupture affective ou sociale est souvent présente.

La chute refus : est un accident lié à l'inacceptation de la diminution de ses capacités physiques et fonctionnelles. Elle est la résultante d'un surinvestissement de ses possibilités.

La chute symbole ou chute symptôme : est définie comme l'expression d'une demande non verbalisée. A travers la chute, le sujet transforme une souffrance morale confuse en souffrance physique. Il faut savoir que la tendance dépressive a été retrouvée significativement chez des personnes âgées ayant chuté. La chute pourrait être alors une mesure défensive du moi. Il est donc indispensable, pour chaque patient, de cerner l'impact de la chute dans la trajectoire de vie du patient.

G. Ponton rajoute un autre type de chute, la chute accidentelle : elle serait due à un défaut d'attention, de vigilance, ou à une inadaptation de l'environnement aux limites liées au vieillissement.

Toujours selon G. Ponton, quelque soit la signification ou la problématique de la chute, cette dernière doit être appréhendée comme une situation complexe, souvent multifactorielle et l'accompagnement doit s'organiser de manière urgente et cohérente. De plus, la singularité du contexte de la chute doit être recherché et reconnu, car selon elle :

« La chute prend toujours sens dans l'histoire du sujet »¹⁸.

4) Conséquences

a) Les conséquences physiques et psychomotrices

En France, chaque année environ 9000 décès de sujets de plus de 65 ans sont imputables à des chutes, selon la Haute Autorité de Santé.

17,5 % des chutes nécessitent une intervention médicale et 6 à 8 % des chutes sont responsables de fractures, dont une fois sur trois de l'extrémité supérieure du fémur. Les autres fractures pouvant être causées par des chutes sont des fractures du bras, de la cheville, des côtes ou du crâne. Des traumatismes autres que des fractures peuvent se produire, comme des hématomes, des plaies, ou une rhabdomyolyse (destruction des fibres musculaires squelettiques). Il peut aussi apparaître des complications liées à l'immobilisation comme une déshydratation, une bronchopneumopathie, des escarres et une confusion.

Il est à noter que 50% des personnes âgées immobilisées plus de 1 heure décèdent dans les 6 mois.

La chute peut ne pas avoir de graves répercussions physiques mais elle n'est, dans tous les cas, pas à banaliser. Une des principales conséquences psychomotrices liées à la chute est la réduction des activités, avec une prudence excessive. Certaines personnes âgées ont une appréhension au déplacement par la suite, un ralentissement psychomoteur, voire des désadaptations posturales. D'autres sont comme agrippées, elles se tiennent à tout pour marcher. L'appel au soutien et la quête d'étayage, sont à prendre en considération dans la rééducation. A l'inverse, certaines personnes âgées peuvent réagir par un surcroît d'activité et ignorer les limites de leur corps.

La chute provoquera dans tous les cas une probabilité de rechute plus importante, en effet le chuteur a 20 fois plus de risque de tomber qu'un non-chuteur. Le vécu traumatique sera exacerbé plus le temps passé au sol est long.

18 PONTON G., LAPORTE D., (2004), *Comment le psychomotricien s'appuie-t-il sur la conscience corporelle pour lever les signes du syndrome post-chute*, p.1

b) Les conséquences psychologiques de la chute

Outre les conséquences physiques, une chute peut entraîner de graves conséquences sur le plan psychologique. Ces dernières sont dépendantes de la personne elle-même, de sa solidité, de son état de santé antérieur, de son histoire de vie, etc.

La chute est un évènement associé à un sentiment d'échec, un sentiment d'incapacité, d'impuissance, d'autant plus important que le sujet âgé n'aura pas pu se relever tout seul. En effet, l'impossibilité de se relever entraîne le sentiment d'impuissance et de dépendance. Le sujet âgé pourra également ressentir de la honte, accompagnée d'un sentiment de dévalorisation.

La brutalité et la rapidité de la chute « *introduisent deux notions : la non maîtrise de son corps donc de soi, de l'évènement et aussi le vécu d'inertie. La chute vient révéler ou amplifier l'impression que le corps ne répond plus aux attentes.* »¹⁹

De plus, comme le dit C. Roos : « *un corps qui tombe c'est un être touché dans son narcissisme* ». ²⁰ On peut donc dire que la chute constitue une véritable blessure narcissique pour le sujet. L'image du corps en tant que lieu d'investissement psychique subit des dommages. L'estime de soi peut aussi être altérée du fait de cette chute et de l'impossibilité de se relever seul.

La chute peut également représenter une rupture dans la vie de la personne et bouleverser son équilibre affectif. Elle serait alors assimilée à une perte, « *une de plus, une de trop* »²¹, comme le souligne J. Messy. Elle peut aussi réactiver des pertes plus anciennes, ainsi que les tous premiers investissements, comme le souligne C. Roos. La chute peut venir révéler une perte d'autonomie déjà existante, mais qui préoccupait peu. « *La chute est un évènement parmi une succession d'éléments négatifs dus à l'avancée en âge. La chute devient alors inséparable et vient même amplifier les nombreuses modifications psychologiques latentes liées à l'âge (sentiment de solitude, d'angoisse et d'abandon, désinvestissement, phénomène de pertes, ébranlement du narcissisme et de l'identité...)* »²². En effet les appels non entendus, énoncés une fois au sol, peuvent venir refléter le sentiment de solitude et l'angoisse d'abandon.

19 MODANGE L., CHAUMONT V., (2009), *Vieillesse et psychomotricité*, p.220

20 ROOS C., (2008), *Des chutes en abîme, une chute en cache une autre...*, p.100

21 MESSY J., (2002), *La personne âgée n'existe pas*, p.44

22 MODANGE L., CHAUMONT V., (2009), *Vieillesse et psychomotricité*, p.219

Tomber peut également générer une perte de confiance en soi, qui va faire le lit de l'angoisse. Chuter puis rester allongé au sol sans bouger, peut engendrer chez la personne une importante angoisse de mort. Virginie Chaumont cite dans son article J. Messy : « *mais n'y a-t-il pas à repérer derrière la peur de tomber, par exemple la métaphore de l'angoisse de mort inscrite dans l'échelle symbolique qui va de la chute à la tombe ?* »²³ La chute pourrait donc rappeler au sujet qu'il est mortel.

La chute peut aussi être envisagée comme une manifestation brutale exprimée sur le plan du comportement face à un conflit, qui permettrait au sujet d'échapper à l'étape de mentalisation. Elle a toutes les caractéristiques du traumatisme, c'est à dire une effraction du système de pare-excitation. Ce traumatisme pourrait être lié à une perte d'objet ou un deuil impossible à faire, avec l'incapacité de symboliser et le passage par l'acte comme moyen de décharge. Elle pourrait alors empêcher le sujet âgé de se confronter réellement à une perte ou aux multiples pertes liées au vieillissement par exemple.

Tous ces sentiments, conscients et inconscients, véhiculés par la chute, peuvent également se répercuter sous la forme d'un déclin cognitif et/ou de conduites de retrait social. Ils doivent dans tous les cas être pris en compte et gardés en tête lorsque nous prenons en charge des personnes âgées ayant chuté.

c) Le syndrome post-chute, une conséquence à part

Le syndrome post-chute, autrement appelé syndrome de régression psychomotrice, désigne une sidération des automatismes posturaux entraînant une perte des réactions d'adaptation posturale. Il peut survenir dans les heures ou les jours qui suivent une chute. Il constitue une urgence gériatrique, car en l'absence de prise en charge, il peut amener le patient à une perte définitive de verticalisation et de mobilité.

Les symptômes le caractérisant peuvent être divisés en trois composantes : une motrice, une neurologique et une psychologique.

Dans la composante motrice, on repère une rétropulsion, c'est à dire un déjettement du tronc en arrière, en position assise et une tendance à la chute arrière, en position debout. En position debout, certains compensent cette anomalie en inclinant le tronc en avant, en fléchissant les genoux, ou les deux simultanément.

23 CHAUMONT V., (1997), *Le sujet âgé et la chute : Approche psychomotrice*, p.12

Lors du transfert assis à debout, la projection du tronc en avant, nécessaire pour la réalisation d'un lever harmonieux, est insuffisante ou inexistante. La rétropulsion est majorée quand une aide est apportée par traction sur les membres supérieurs. Le retour en position assise s'effectue lui aussi avec peu ou pas de flexion antérieure du tronc et se caractérise par une arrivée brutale dans le fauteuil.

Lors de la marche on observe des difficultés d'initiation au démarrage, également appelé « freezing ». Quand la marche est possible, elle s'effectue à petits pas, sans déroulement du pied au sol, avec une augmentation du temps du double appui, toujours à la limite du déséquilibre arrière. Les difficultés sont majorées au demi-tour et à l'approche d'un obstacle.

Dans la composante neurologique, on observe une hypertonie qualifiée d'oppositionnelle, qui augmente au fur et à mesure de la traction exercée sur le segment corporel intéressé. Cette hypertonie diminue sous l'effet de la mise en confiance et de la détente.

On note également une altération, voire une disparition des réactions d'adaptation posturale et des réactions de protection. Il n'existe plus, chez ces personnes, de possibilité de répondre au déséquilibre. Le risque de chute devient alors imminent.

La composante psychologique est marquée par une anxiété parfois majeure lors du passage à la station debout, responsable d'une inhibition psychomotrice intense. Dans les formes sévères, on peut observer une véritable phobie de la verticalité. Associé à cela il y a souvent une perte de confiance en soi, un sentiment d'insécurité et de dévalorisation. Ce tableau d'inhibition psychomotrice pourra évoluer par la suite vers un syndrome dépressif.

d) Les conséquences pour l'entourage

Les réactions de l'entourage par rapport à la chute peuvent être une banalisation de l'évènement ou une exagération du danger encouru. Il pourra réagir soit par une surprotection due à la crainte, soit par une sur-sollicitation pour ne pas le voir chuter encore plus bas. De plus, l'angoisse de l'entourage se manifeste souvent par un bouleversement pour la vie du sujet âgé, pouvant toucher son cadre de vie et aller jusqu'à l'entrée en institution.

e) Le vécu des soignants

Les soignants peuvent porter en eux la culpabilité des chutes. Ils peuvent penser que si la personne a chuté c'est parce qu'ils n'étaient pas là, ou parce qu'ils n'avaient pas mis la personne en sécurité. Cela vient peut-être du fait qu'en gériatrie, les soignants ne pouvant pas rendre la santé aux patients, prennent soin de ces derniers et ont tendance à les surprotéger. « *L'entrée dans le grand âge et l'état de dépendance favorisent l'émergence de réflexes sécuritaires* »²⁴. Cependant, les soignants ne peuvent pas être toujours présents auprès des patients et peuvent en conséquence formuler ou mettre en place des interdictions, des contentions. Selon V. Chaumont et L. Modange, « *Nous mettons frein à leur désir. L'idée qu'il faut accepter un certain risque pour leur liberté, leur autonomie n'est pas facile.* »²⁵

5) La prise en compte des chutes en EHPAD

En 2009, La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations concernant l'« *Evaluation et [la] prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées* » (c'est à dire au moins 2 chutes au cours d'une période de 12 mois). Ces recommandations sont découpées en trois étapes.

La première consiste à rechercher les signes de gravité : les conséquences de la chute, les pathologies responsables de la chute et le caractère répétitif de la chute. L'HAS recommande également de réévaluer la personne dans un délai d'une semaine afin de rechercher les signes de gravité apparus à distance (comme la peur de chuter, la restriction des activités de la vie quotidienne et le syndrome post-chute).

La deuxième étape consiste à rechercher les facteurs de risque : les facteurs prédisposants (l'âge, le sexe féminin, les antécédents de fractures traumatiques, la polymédication, un syndrome dépressif...) et les facteurs précipitants (cardio-vasculaires et vestibulaires avec la notion de malaise et de vertiges, neurologiques, métaboliques et environnementaux). Elle recommande pour cette étape de réaliser des examens para-cliniques.

La troisième et dernière étape consiste à proposer les interventions capables de

24 MODANGE L., CHAUMONT V., (2009), *Vieillesse et psychomotricité*, p.223

25 Ibid. p.223

prévenir la récurrence des chutes et leurs complications. Cela implique la révision de l'ordonnance du patient, la correction des facteurs de risque modifiables, le port de chaussures adaptées, la pratique régulière de la marche ou d'une activité physique, un apport calcique et en vitamine D suffisant, un traitement anti-ostéoporotique en cas d'ostéoporose avérée et l'utilisation d'une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs. L'HAS précise également qu'en cas de trouble de la marche et/ou de l'équilibre, il est recommandé de prescrire des séances de kinésithérapie, incluant un travail autour de l'équilibre postural statique et dynamique et du renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs.

Le rôle du psychomotricien dans la prise en charge de personnes âgées ayant chutées n'est donc pas particulièrement mentionné dans les recommandations de l'HAS. De plus, la prise en compte des circonstances en lien avec l'état psychique lors de la chute et la possible influence de l'état psychologique sur l'état corporel et réciproquement, ne sont que peu voire pas évoquées ici.

C. Roos dans son article, insiste quant à elle sur la nécessité de réaliser deux approches cliniques différentes et complémentaires : une médicale, qui prend en compte le corps fonctionnel et une psychologique, prenant en compte le corps « *comme lieu de jouissance et de souffrance, où les symptômes sont des signes langagiers [...]* ». ²⁶
Elle affirme donc qu'il faut mettre en place pour les sujets ayant chuté « *un espace où se porte l'intérêt pour l'historicité des patients* ». ²⁷

Le psychomotricien, par son approche globale du sujet, pourrait alors jouer un rôle dans la prise en charge des personnes ayant chuté et offrir à ces patients une écoute attentive des vécus et affects engendrés par la chute. En effet, pour V. Chaumont et L. Modange, la chute représente souvent une cassure dans la trajectoire de vie du sujet, qui doit être reconnue et écoutée. « *Le discours permet de donner un sens à l'évènement dans son histoire de vie.* » ²⁸

26 ROOS C., (2008), « *Des chutes en abîme, une chute en cache une autre...* », p.98

27 Ibid, p.98

28 MODANGE L., CHAUMONT V., (2009), *Vieillesse et psychomotricité*, p.224

III. Conclusion de la partie théorique

Comme nous venons de le voir, le vieillissement est un processus complexe et multifactoriel, un temps de remaniements physiques et psychiques, qui pourra être bien différent en fonction des individus.

La chute est un événement très fréquent chez les sujets âgés, mais qui peut avoir de lourdes conséquences et ne doit pas être banalisée. Elle peut venir signifier ou amplifier le vieillissement de l'individu, ses pertes et constituer une blessure narcissique nouvelle ou supplémentaire, en lien avec l'état du corps. Elle peut aussi être synonyme de rupture dans la vie du sujet si elle conduit à une entrée en institution par exemple.

Quel rôle peut alors avoir le psychomotricien dans la prise en charge de cet événement aux significations et conséquences souvent psycho-corporelles ?

Nous allons voir maintenant, à travers ma pratique clinique en EHPAD, un exemple de travail en psychomotricité auprès de personnes âgées ayant chutés.

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation de l'institution

1) Description de l'institution

Tous les lundis j'ai eu le plaisir de me rendre en stage dans un EHPAD, situé près d'une grande ville. Les EHPAD sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ils accueillent des personnes ayant plus de 60 ans en séjour définitif. Celui dans lequel j'ai fait mon stage dispose d'une capacité d'accueil de 82 lits, en chambres individuelles ou doubles, répartis sur 4 étages. Le deuxième étage est une Unité Protégée (d'une capacité de 20 lits), dédiée à des personnes présentant des troubles de l'orientation et/ou du comportement, bénéficiant d'un encadrement adapté et de soins individualisés. Les trois autres étages sont des étages d'hébergement médicalisé.

L'organisation de l'EHPAD peut être divisée en deux pôles. Un pôle hébergement, composé : de la responsable hébergement, de l'animatrice, des secrétaires, du personnel de cuisine, du responsable de l'entretien, des agents hôteliers et une lingère. Un pôle soins, composé : d'un médecin coordonnateur, d'un cadre de santé, de cinq infirmiers, de quinze aides-soignants, de sept auxiliaires de vie, d'une psychologue, d'une psychomotricienne et trois kinésithérapeutes libéraux. La directrice de l'établissement coordonne ces deux pôles.

Le rez-de-chaussée de l'EHPAD est constitué d'une salle de kinésithérapie, d'un grand salon et d'une salle de restauration pour accueillir les familles, d'un espace beauté, d'une petite boutique, d'une bibliothèque et d'une grande salle fermée où ont lieu les projections de films, les offices religieux et certains groupes psychomoteurs, notamment celui que j'anime avec ma maître de stage.

Cet EHPAD compte également au rez-de-chaussée (mais avec une entrée séparée) un Accueil de jour, dans lequel je me suis rendue avec la psychomotricienne tous les lundis matins. Ce dernier a une capacité de 12 places et accueille à la journée ou à la demi-

journée un petit groupe de personnes âgées de plus de 60 ans, atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Différentes activités thérapeutiques sont proposées, afin de préserver l'autonomie des accueillis, dans le cadre d'un projet de maintien à domicile. Deux Aides Médico-Psychologiques sont toujours présentes à l'Accueil de jour.

Dans le projet d'établissement, plusieurs objectifs institutionnels sont spécifiés et font l'objet d'une attention particulière : les troubles du comportement, l'accompagnement de la fin de vie, le « prendre soin », les animations, la nutrition et la prise en charge des chutes.

2) La place de la psychomotricité dans cette institution et ma place en tant que stagiaire

La psychomotricienne est présente dans la structure depuis 2 ans et demi, trois jours par semaine, dont deux matinées à l'Accueil de jour. Il s'agit d'une création de poste. Elle ne participe pas aux relèves, ni aux Projets Personnalisés d'Accompagnement et il n'y a pas de salle dédiée à la psychomotricité, ce qui je pense peut freiner son intégration et sa visibilité auprès des autres personnels soignants.

La demande de soin en psychomotricité, ponctuelle ou sur du long terme, peut être faite par n'importe quel personnel du pôle soignant, il n'y a pas de prescription médicale dûment établie.

Selon ma maître de stage, la psychomotricité en EHPAD contribue au maintien des capacités motrices et intellectuelles du sujet âgé, ainsi qu'à l'apaisement des troubles du comportement liés à l'âge, la démence, la capacité d'adaptation de la personne à son lieu de vie et à son entourage.

Les prises en charge peuvent être individuelles et axées notamment sur : des troubles du schéma corporel et de l'image du corps, des troubles du geste, des difficultés de repérage spatio-temporel, la prévention des chutes et l'intervention post-chutes, les stimulations psychomotrices et la verticalisation, le déclin cognitif, etc. Des prises en charge groupales peuvent également être proposées autour : des stimulations psychomotrices, cognitives ou mnésiques, du maintien du lien social, etc. Des interventions ponctuelles autour des toilettes, du temps de repas, de l'aménagement de l'espace, peuvent aussi être mises en place par la psychomotricienne.

Lors de ce stage, j'ai eu pendant les deux premiers mois une place d'observatrice, du fonctionnement de l'institution et de la vie des résidents. Puis à partir du mois de décembre, avec ma maître de stage nous avons commencé à mettre en place un projet de groupe axé sur la prévention des chutes. J'ai également fait passer un bilan géronto-psychomoteur à une des résidentes, qui pouvait être susceptible d'intégrer ce groupe. J'ai donc eu petit à petit, plus une place d'actrice dans cet EHPAD. À partir de janvier (date du début de la prise en charge groupale), cette place s'est renforcée par le fait que je préparais et animais les séances de groupe, avec le soutien de ma maître de stage.

3) La prise en charge des chutes dans cet EHPAD

Afin de savoir plus particulièrement ce qui était mis en place dans cet établissement par l'équipe soignante après la chute d'un résident, je me suis entretenue avec la médecin coordinatrice, récemment arrivée dans la maison de retraite.

Lorsqu'un résident tombe, un des soignants doit remplir un constat de chute, dans lequel sont répertoriées les circonstances précises de la chute, l'évaluation clinique ainsi que le certificat du médecin ayant examiné le patient. En **Annexe 1** se trouve un de ces constats.

Suite à cette chute, la médecin coordinatrice consulte le dossier médical du patient et recherche les antécédents de chute et leur fréquence. Elle étudie également le traitement médicamenteux du résident, les circonstances de la chute et ses conséquences.

En fonction de ces différents éléments, elle décide des éventuelles suites à donner à la chute, comme par exemple une adaptation du traitement, ou une modification de l'organisation de la chambre. Si la chute est conséquente à l'aggravation de la pathologie du patient, il sera décidé en équipe de la mise en place d'une contention (barrière de lit, ceinture au fauteuil) ou d'une évaluation par le kinésithérapeute. Le médecin ne fait pas référence au rôle du psychomotricien ici.

Je lui ai ensuite demandé si une prise en charge en psychothérapie pouvait aussi être envisagée, lorsqu'une chute semblait traduire un appel à l'aide. Elle m'a répondu positivement, mais a souligné que ce type de chute n'était quasiment jamais retrouvé et qu'il s'agissait davantage de « chute par maladresse ».

La médecin coordinatrice réalise ensuite tous les mois différentes statistiques en lien avec les chutes ayant eu lieu dans l'institution :

- La synthèse par étage des chutes par résident.
- Les types de chutes (majoritairement « au cours de la marche » et « en se rendant ou en revenant des toilettes »).
- Le lieu de la chute (principalement dans la chambre et dans la salle de bain des résidents).
- L'environnement ayant pu causer la chute (principalement lié aux freins de fauteuil roulant manuel non bloqués).
- La gravité de la chute (le plus souvent « pas de signe de gravité apparent »).

II. Présentation du projet de groupe

1) Le projet

Depuis le début de mon stage, je souhaitais travailler avec des patients autour de la problématique des chutes. En accord avec ma maître de stage et avec le projet d'établissement de l'EHPAD, nous avons mis en place un travail de groupe, basé sur l'équilibre et la prise de conscience des possibilités et des limites, pour des personnes ayant chuté et/ou à risque de chutes. Nous avons choisi une prise en charge groupale pour plusieurs raisons. Tout d'abord, notre temps de présence sur l'institution n'aurait pas permis de prendre en charge individuellement toutes les personnes concernées par cette problématique. De plus, le lien social, le sentiment d'appartenance et les relations qu'un groupe peut créer, sont importants à encourager chez la personne âgée (comme nous l'avons vu dans notre partie théorique). Pour finir, la dynamique de groupe nous semblait intéressante, car elle permet une circulation émotionnelle et peut favoriser des phénomènes d'identification, de différenciation et d'étayage narcissique.

Ce groupe fermé, intitulé « Équilibre et prévention des chutes » se déroule sur neuf lundis après-midi, de 14h30 à 16h00 dans une salle de l'EHPAD. Cinq résidents (quatre femmes et un homme), ayant tous déjà fait une ou plusieurs chute(s), y participent.

Comme je l'ai dit plus haut, j'anime ce groupe avec l'aide de ma maître de stage. C'est donc moi qui prépare et présente la majorité des exercices aux résidents, quant aux temps de paroles, nous les initions et les accompagnons toutes les deux. Je suis donc particulièrement impliquée dans ce projet qui me tient à coeur et qui représente également la première prise en charge (groupale de surcroît) que je prépare et que j'anime en tant que stagiaire en psychomotricité.

Les objectifs principaux de ce groupe sont :

- travailler sur le corps et ses limites, afin de mieux le connaître et le maîtriser, en travaillant notamment l'équilibre, l'axe, la posture et les appuis.
- retrouver une confiance en soi et en ses capacités, afin de ne pas être gagné par l'appréhension (facteur de chute), et ne pas basculer dans l'immobilité ou l'inhibition psychomotrice.
- apprendre à s'adapter à des situations diverses (obstacles) et en cas de chute apprendre à se relever de façon sécurisée.

2) Les séances prévues

Initialement, j'ai créé une trame, afin de guider les séances et d'organiser les différentes thématiques que je souhaitais aborder avec les patients. Elle s'inspire des 5 déterminants dans la construction du sentiment de sécurité lors du redressement, de G. Ponton : le flux de la respiration, le rassemblement dans l'enroulement et le dépliement dans l'ouverture, le retournement par l'assise du bassin, le repoussé par les appuis dans le sol et l'appui visuel.

Séance 1 : Présentation de chacun et verbalisations concernant sa/ses chute(s) ou les vécus associés. Éveil corporel global, avec les mains et avec les balles à picots. Expérimentations du passage assis à debout (décomposition, différents transferts de poids).

Séance 2 : Travail sur les appuis (assis et debout) et sur l'ancrage (équilibres assis et debout derrière une chaise).

Séance 3 : Travail sur l'enroulement (avec le ramassé assis et debout avec appuis) et sur l'ouverture (expérimentations de différentes manières de passer d'assis à debout).

Séance 4 et séance 5 : Travail sur le retournement, la mobilité de l'axe (avec ou sans objet) et sur le regard (marches en regardant dans différentes directions).

Séance 6 : Travail sur le schéma corporel et sur le contrôle tonique (exercices de poussées, de prise de postures les yeux fermés).

Séance 7 : Travail sur la marche : en avant, en arrière, sur le côté, en variant les rythmes, la taille des pas et avec obstacles et trajectoires.

Séance 8 et séance 9 : Travail sur le passage au sol et sur le relevé.

3) La préparation du groupe et la rencontre des patients en amont.

Afin de savoir à quels résidents ce projet thérapeutique serait bénéfique, nous sommes allées consulter le tableau des chutes, disponible sur les ordinateurs de l'EHPAD. Ce dernier répertorie toutes les chutes des résidents avec leurs contextes (la date précise, le lieu et l'action que la personne effectuait lorsqu'elle est tombée). En s'appuyant sur ce tableau et en discutant avec le personnel soignant, nous avons choisi de proposer à cinq résidents concernés par la problématique des chutes, de participer au groupe.

Nous les avons ensuite rencontrés afin de leur présenter ce projet, de recueillir leurs souhaits et d'obtenir leur accord, indispensable à l'implication dans le groupe et à la création d'une alliance thérapeutique. Cette ou ces premières rencontres ont aussi eu pour but de créer un premier lien de confiance, confiance en soi et en ses capacités souvent mise à mal par la chute. Elles ont également permis d'effectuer des bilans d'observations psychomotrices des résidents, hormis pour Mme L. à qui nous avons fait passer un Examen Géronto-Psychomoteur complet (dans le cadre de ma formation aux bilans psychomoteurs).

4) Les membres du groupe

Afin de donner au lecteur une idée globale des participants au groupe, je vais les décrire brièvement, présenter leur problématique et ce qui a été préférentiellement travaillé ou recherché pour chacun d'entre eux.

– Mme S. :

C'est une dame de 91 ans, souffrant de séquelles d'accidents vasculaires cérébelleux. Elle a

fait une dépression anxieuse il y a quelques années. Elle présente actuellement une dystonie cérébelleuse, un trouble des coordinations et de l'équilibre. Sa compréhension est préservée, elle s'exprime de manière très lente et cherche ses mots. Son mari (plus jeune qu'elle, resté à leur domicile) la stimule beaucoup. Elle est suivie en kinésithérapie depuis octobre 2013 deux à trois fois par semaine.

Avec elle, nous avons surtout travaillé la posture, car elle a tendance à être penchée en avant et à « courir derrière son déambulateur », le schéma corporel, l'estime d'elle-même et les limites de son corps, qu'elle connaît peu.

– Mme B. :

C'est une petite dame de 83 ans, qui présente une importante cyphose dorsale, ainsi qu'une antépulsion lorsqu'elle marche et un regard très souvent orienté vers le sol. Elle est arrivée en mars 2013 dans l'EHPAD et présente une démence à corps de Léwy, avec une désorientation spatio-temporelle importante et des hallucinations visuelles très fréquentes. Elle a été suivie individuellement en psychomotricité par ma maître de stage de juillet à décembre 2014 pour des troubles du comportement de type agitation ou repli sur soi et des difficultés de séparation et de différenciation avec sa fille. Sa compréhension est préservée, mais la communication avec elle est parfois difficile lors des moments d'agitation ou d'hallucination.

Elle est désorientée et veut souvent partir de la séance de groupe vers 15h45, car elle dit devoir aller retrouver sa fille ou avoir des choses à faire (comme aller « faire à manger aux gosses »). Nous travaillons davantage avec elle autour de l'axe et du redressement, du regard et de la détente du cou et des trapèzes (car elle est douloureuse à cet endroit).

– Mme J. :

C'est une femme de 84 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle réside à l'EHPAD depuis juillet 2013. Elle montre d'importants signes d'angoisse et cherche très souvent à partir de la maison de retraite pour aller retrouver son fils. Elle est sous neuroleptique (Risperdal). Elle est apathique et asthénique, souvent recroquevillée. Elle a fait beaucoup de chutes et continue à en faire actuellement. L'état psychique de cette dame semble réellement se répercuter sur son corps.

Nous avons cherché à travailler avec elle autour de l'axe, du redressement, de l'ancrage et

du plaisir d'agir.

– M. C. :

C'est un homme de 84 ans, ayant des antécédents de diabète, d'hypertension artérielle et de syndrome pyramidal. Avant que nous commencions le groupe en décembre, il était tombé dans l'établissement et marchait avec une canne (il avait peu d'appui sur sa jambe gauche et présentait une triple flexion des membres inférieurs et un report du poids vers l'avant, augmentant le risque de chute). Pendant les vacances de Noël, il a eu un Accident Vasculaire Cérébral ischémique au niveau sylvien et frontal gauche. Il présente depuis une importante perte de force musculaire, une lenteur au niveau moteur et verbal, un appui des pieds essentiellement vers l'arrière et un trouble des coordinations. Il est suivi en kinésithérapie deux à trois fois par semaine depuis octobre 2013.

Avec le soutien du kinésithérapeute, nous avons quand même décidé de garder M. C dans le groupe. Nous avons travaillé avec lui essentiellement sur la connaissance de ses capacités et de ses limites corporelles et sur l'ancrage au sol. C'est un monsieur volontaire, qui peut parfois se mettre en danger et qui est très réceptif à tout ce qui est médiatisé (par exemple à l'aide d'un ballon).

– Et Mme L. : à laquelle je vais maintenant consacrer une étude de cas détaillée.

III. Cas de Mme L.

J'ai choisi de présenter le cas de Mme L. car j'ai vite été interpellée par son discours souvent « très fort » et touchant concernant les chutes qu'elle avait faites. Je l'ai trouvée attachante et elle m'a donné envie de l'aider à apaiser les angoisses laissées par ce véritable traumatisme de chute et lui permettre de retrouver confiance en elle. Il m'a semblé aussi que le travail avec cette dame pouvait m'apporter des réponses aux questions soulevées par ma problématique.

Cette patiente nous a également montré beaucoup de choses pendant le bilan et les séances de groupe. Je suis cependant consciente que tous les patients en EHPAD ne montrent pas une telle évolution et de manière aussi rapide, mais j'ai tout de même souhaité rapporter et

réfléchir autour de « ce cas », très riche.

1) Rencontre

Je rencontre pour la première fois Mme L. dans la salle commune de son étage afin de faire connaissance avec elle. Ayant déjà chuté, cette dame pourrait être une candidate au groupe de prévention des chutes que je souhaite mettre en place avec ma maître de stage. Elle est tranquillement assise sur un fauteuil, ne parle pas et me sourit quand je viens lui parler. C'est une femme assez grande, mince, avec des cheveux courts et gris. Elle est élégante et je trouve qu'elle fait beaucoup plus jeune que son âge. Dès le début de notre conversation, qui n'est pourtant pas orientée sur ce sujet, elle me parle spontanément de sa chute, qu'elle nomme comme « une bêtise ». Je trouve la communication facile et agréable avec elle, lors de cette première rencontre elle ne m'apparaît pas du tout comme étant une dame démente, son discours est clair et organisé.

2) Anamnèse

J'ai pu trouver des éléments d'anamnèse dans le dossier médical de la patiente. Spontanément, elle ne parle pas tellement de son histoire, ou alors seulement de ses chutes, mais avec peu de détails et parfois en contradiction avec les éléments du dossier.

Mme L. est une dame âgée de 92 ans. Elle est veuve par deux fois et a cinq enfants : trois filles qu'elle voit, et deux fils qu'elle ne voit plus du tout, ce qui lui manque. Ses filles se voient entre elles mais n'ont plus de nouvelles des garçons. Mme L. me dira que son fils a déménagé sans donner sa nouvelle adresse.

Mme L. a pratiqué le métier de coiffeuse. Elle a vécu dans une grande maison pour élever ses enfants, puis l'a vendue à la mort de son premier mari. Son second mari est décédé également. Elle est alors venue habiter chez sa fille aînée. Elle me dira un jour, d'un ton plutôt rieur, en regardant une photo de son deuxième mari : « Je n'ai jamais eu de chance avec les hommes ! ».

Ses antécédents médicaux sont entre autres de l'hypertension artérielle, une embolie pulmonaire sur phlébite ainsi qu'une thyroïdectomie en 1994, une névralgie faciale et une hypoacousie appareillée.

Elle est institutionnalisée en EHPAD depuis mars 2012, pour perte d'autonomie au domicile et suite à une chute au lever sans malaise. Après cette première chute, un bilan neurocognitif sera réalisé en janvier 2012. Il ne révélera pas d'hypotension orthostatique, mais un scanner cérébral soulignera une suspicion de démence vasculaire et sur le plan cognitif un syndrome dysexécutif en lien avec une pathologie vasculaire cérébrale.

Elle a ensuite été hospitalisée deux fois suite à des chutes au sein de l'EHPAD. La première fois en avril 2013, pour chute simple avec perte de connaissance et une plaie du scalp, mais sans signes déficitaires. Puis une seconde fois en septembre 2014 pour une fracture du col fémoral gauche après une chute par maladresse. Il sera posé en conséquence une prothèse intermédiaire de hanche gauche. Elle a présenté également une pneumopathie basale droite nécessitant un traitement.

Suite à ces deux hospitalisations, Mme L. présente une appréhension de la chute et une fragilisation au niveau pulmonaire, avec un essoufflement. Elle a également changé d'étage pour aller dans l'unité protégée, car elle a été désorientée après cela. Elle y est encore à ce jour. Elle marche depuis à l'aide d'un déambulateur (l'appui complet sur sa jambe gauche a été autorisé sous couvert de ce déambulateur) et a bénéficié de vingt séances de kinésithérapie pour de la rééducation des membres inférieurs.

Mme L. s'est bien adaptée à l'EHPAD, elle participe aux activités et s'entend bien avec les autres résidents. Elle est autonome pour sa toilette, une aide est cependant nécessaire pour la douche. Elle s'habille seule et est toujours coquette. Elle est actuellement dans une chambre double.

La psychologue de l'EHPAD a fait passer à Mme L. des tests MMS (mini-mental state) en avril 2012 et en février 2014, dont les résultats ont été respectivement de 18/30 et de 17/30. Il faut savoir qu'un score inférieur ou égal à 24 points permet d'évoquer un état de conscience altéré et d'orienter vers un possible diagnostic de démence. Ces résultats m'ont beaucoup étonnée et questionnée par leur faiblesse. En effet, ils ne correspondaient pas à l'idée que je me faisais de cette dame et de son « état mental ».

3) Le bilan géronto-psychomoteur

Afin d'évaluer les capacités de Mme L avant le début du groupe, je lui ai fait passer un Examen Géronto-Psychomoteur, en novembre et décembre 2014. Ce bilan a été réalisé en trois séances.

Lors de cette passation, Mme L est un peu en difficulté dans la compréhension des consignes, en particulier lorsqu'il faut faire appel à des représentations. Une reformulation fréquente est nécessaire. Elle est très attentive, tout en ayant de l'humour, mais l'inhibition de la parole est parfois difficile. Son discours est le plus souvent adapté, mais a été quelque fois envahi par des pensées incohérentes face à la situation. Ses chutes sont très présentes dans son discours et semblent l'avoir réellement marquée. Elle me raconte qu'elle était au sol et qu'elle criait : « Au secours ! Au secours ! ». Elle dit également que : « Depuis ça c'est plus pareil » et lorsqu'on lui demande si c'est depuis sa chute, elle répond : « Oui. Je perds la tête. »

Mme L décide de réaliser toutes les épreuves de coordinations statiques et dynamiques en prenant appui sur son déambulateur. Ainsi son équilibre est correct et sa motricité globale assez bonne mais cela lui demande de l'énergie et l'essouffle. Au vu de son besoin d'appui, je ne lui proposerais pas de les refaire sans appui. Lorsqu'elle est fatiguée (lors de la 1ère séance essentiellement) on observe un défaut d'anticipation des jambes et son poids du corps est surtout réparti vers l'avant, ce qui peut entraîner un risque de chute.

Lors des mobilisations articulaires, elle a beaucoup de mal à se détendre. De plus, les articulations des chevilles ont très peu d'amplitude. Elle se relâche un peu mieux les yeux fermés, mais cela a provoqué un léger malaise, qui a mis fin à la première partie des épreuves. On observe donc une hypertonie réactionnelle (ou oppositionnelle qui est un signe clinique du syndrome post-chute) chez cette patiente, qui peut traduire l'état anxigène lié à la remise en mouvement et au traumatisme de chute.

Les praxies idéatoires et idéomotrices sont réalisées sans grande difficulté. En revanche les gestes sans signification (déliement digital) sont très compliqués pour elle, lui demandent beaucoup de concentration et l'essoufflent. Cela peut faire penser à une apraxie réflexive. La motricité fine des membres inférieurs est correcte mais la demande de

précision semble provoquer de l'appréhension et la désorganiser un peu.

Les perceptions visuelle et auditive sont bonnes chez Madame L, malgré quelques confusions entre des mots d'orthographe proche lors de la lecture. La mémoire de perception est cependant troublée, notamment sur le plan kinesthésique.

Mme L montre une connaissance très approximative des différentes parties de son corps. Cependant, elle est capable de reproduire dans l'immédiateté, avec puis sans modèle, les gestes d'une autre personne. Le schéma corporel de la patiente pourrait être altéré du fait de ses troubles mnésiques et de langage.

Mme L montre des difficultés temporelles et un trouble de l'orientation spatiale, qui semblent en lien avec sa capacité de mémorisation. En effet seules les suites rythmiques simples sont réalisées et le repérage spatial ne se fait que sur de petites distances. Les termes spatiaux et temporels de base ne sont pas toujours connus (elle connaît sa date de naissance, mais pas son âge ni la date du jour et elle ne repère pas le haut et le bas sur des objets).

Les difficultés mnésiques, attentionnelles ainsi que les troubles de l'orientation spatiale et de la parole peuvent aller dans le sens de la suspicion de démence vasculaire. L'anxiété, l'appréhension, ainsi que les troubles posturaux lorsqu'elle est fatiguée, peuvent eux être mis en lien avec le traumatisme de chute et la peur de tomber à nouveau. Le bilan confirme donc qu'une prise en charge en psychomotricité est conseillée pour Mme L., afin de travailler sur la prévention de la détérioration au niveau psychomoteur et cognitif, l'équilibre et la peur de tomber.

4) Les séances de groupe

Suite au bilan géro-psycomoteur, un suivi groupal en psychomotricité sur la prévention des chutes est proposé à Mme L. Elle accepte en nous disant, à ma maître de stage et à moi-même, que son souhait serait de marcher à nouveau sans déambulateur. Elle participe donc au groupe « Équilibre et prévention des chutes », pendant 9 lundis après-midi.

L'une d'entre nous deux va chercher Mme L. pour participer au groupe. Elle est

toujours dans la salle commune de l'étage, assise sur un fauteuil ou sur le canapé, entourée d'autres dames. Souvent lorsque j'arrive, personne ne parle, du fait essentiellement de l'état de démence avancé des autres résidentes mais aussi de l'heure, nous sommes en début d'après-midi, à l'heure de la sieste. Cet étage de la maison de retraite me donne l'impression qu'il y a peu de vie et qu'une sorte d'apathie générale règne chez ces résidents. Mme L. a parfois les yeux fermés, ou ouverts et regarde un peu dans le vide. Lorsque je lui propose de nous accompagner dans la salle du rez-de-chaussée pour participer au groupe, elle accepte toujours, mais parfois après un court instant d'hésitation où elle m'explique qu'elle est fatiguée, ou alors qu'elle ne sait pas si elle va venir car elle ne connaît pas « ça » et a peur de ne pas savoir faire (j'ai à ce moment là des plots de couleurs dans les bras). Après lui avoir rappelé son engagement de départ et le regain d'énergie qu'elle a toujours pendant et à la fin de la séance, elle accepte et me suit sans montrer d'agacement ou d'ennui.

Les quatre premières séances : entre implication, désir de bien faire et traces du traumatisme :

Lors de la **première séance** de groupe, les participants ont commencé par se présenter et s'exprimer au sujet de leur(s) chute(s). Mme L. nous raconte qu'elle a fait 2 chutes, à chaque fois pour ramasser quelque chose (ce qui n'est pas exact). Elle dira : « J'appelle, mais personne ne vient, vous vous rendez compte toute seule dans le noir au sol, c'est la mort ! » Elle dira également qu'elle a maintenant peur de retomber. À la question : « Vous vous immobilisez alors ? », elle répond « Oui un peu ».

Mme L. me paraît donc avoir été très marquée par ses chutes. Ces dernières auraient-elles activé ou réactivé des angoisses de mort ? Ou bien des angoisses d'abandon, avec le fait d'être seule au sol et que personne ne vienne la secourir ?

Ensuite pendant un temps de perception de la voûte plantaire avec des balles à picots, elle arrive bien à faire bouger ses chevilles et à verbaliser les différences entre les diverses balles. Elle exprime de manière assez exagérée la gêne ou les chatouilles provoquées par les picots, en lien peut-être avec une hypersensibilité de la plante des pieds.

Lors de cette séance, elle rit beaucoup, je ressens un plaisir d'agir chez elle. Elle semble très impliquée, émotionnellement (autant sur le versant négatif avec le récit de ses

chutes et ses éprouvés très forts, que sur le positif avec l'exagération de certains ressentis et sa bonne humeur apparente) et également corporellement, car de sa propre initiative elle se lèvera deux fois assez rapidement pour aller ramasser le ballon sans aucune aide.

Lors de la **deuxième séance**, pendant les exercices assis (par exemple soulever une jambe et faire des cercles avec son genou) Mme L s'essouffle vite, il faut lui rappeler qu'elle doit bien respirer et s'arrêter quand elle le souhaite, faire à son propre rythme. En percevant ses essoufflements et son envie de bien faire, je ressens le besoin de lui parler des limites de son corps qu'elle doit apprendre à connaître, afin de ne pas se mettre en danger. Cette dame montre parfois de la précipitation et peu d'écoute de ses ressentis corporels (notamment par son essoufflement). Je me demande alors si une telle envie de bien faire, ainsi qu'une faible conscience de ses capacités et de ses limites, pourraient la mettre en danger ?

En situation d'équilibre debout derrière une chaise, je remarque que ses bras sont un peu crispés sur le dossier, comme si elle s'y agrippait. De manière générale, il y a souvent chez cette patiente une hypertonie du haut du corps.

Durant la **troisième séance**, Mme L. nous reparle, avec un visage préoccupé, « des barrières pour se tenir, qui sont une aide pour marcher quand elles sont fines, mais pas quand elles sont grosses. » Elle nous avait déjà parlé de cela lors de la première séance mais nous n'avions pas compris et n'avions pas pu en savoir plus. Nous avons pensé, avec ma maître de stage, qu'il s'agissait peut-être des rampes en bois assez épaisses placées le long des couloirs de l'EHPAD, ou alors des rampes de l'escalier qu'elle a pu emprunter avec le kinésithérapeute... Cela semble en tout cas vraiment la perturber et l'inquiéter.

Ensuite, pendant un mouvement de balancement du buste sur les côtés, que lui fait réaliser ma maître de stage, elle a l'air d'avoir peur. Elle a les yeux grands ouverts, sa respiration s'accélère et elle est très crispée. À ce moment elle n'est alors plus actrice du mouvement, elle ne le contrôle plus.

Je pense que cette observation peut être mise en lien avec l'épreuve de mobilisation passive effectuée lors du bilan, qui a provoqué une hypertonie réactionnelle et un léger malaise chez la patiente. Serait-elle particulièrement angoissée lorsqu'elle ne contrôle plus son

mouvement ? Revivrait-elle quelque chose du traumatisme de chute, dans lequel la personne tombe au sol dans un mouvement d'impuissance ? Ou alors est-ce la proximité corporelle, le toucher, qui la mettent mal à l'aise ? Mais je ne pense pas que ce soit le cas pour cette dame.

Par la suite, assise, Mme L. peut bien enrouler son corps en direction du sol et a également une bonne capacité de redressement axial, accompagné par des synchronies de diffusion tonique (ses yeux s'ouvrent grands). Au fur et à mesure de la séance, elle a l'envie de se lever plusieurs fois toute seule. Elle semble prendre de plus en plus confiance en elle, elle sourit et ses gestes sont organisés. Elle prend l'initiative de marcher vers moi sans appui, elle est droite mais regarde beaucoup ses pieds ou l'espace très proche. Le demi-tour est réalisé sans problème. Elle a l'air très heureuse et fière de me montrer cela. Je dois dire qu'à ce moment là, je suis moi aussi heureuse et fière pour elle.

À la fin de la séance elle nous dit : « Je remarque seule, c'est grâce à vous », puis « Ce qu'on fait ici c'est bon ! » et repart en marchant debout sans aide, à côté de la psychomotricienne.

Lors de la **quatrième séance**, Mme L arrive en marchant à côté de ma maître de stage. Sa tête est un peu penchée en avant mais hormis cela, elle a une posture plutôt correcte, avec une longueur de pas adaptée. Au début du groupe elle déclare : « Moi ça va mieux. Avant j'avais peur de tomber mais plus maintenant. » Et elle rajoute : « J'ai été étonnée de voir que je pouvais marcher sans déambulateur ! »

Debout derrière une chaise, elle réalise des quarts de tour de manière fluide, avec ou sans appui. Ses pas sont adaptés et son buste ainsi que sa tête suivent le mouvement. Lorsque je lui demande de revenir face au dossier de la chaise, elle ne saisit d'abord pas bien comment faire, malgré ma démonstration simultanée. En effet, elle se place à côté de la chaise et non derrière celle-ci. Puis avec une aide plus proche d'elle, plus lente et décomposée, elle réalise bien le mouvement. Ceci me questionne sur sa capacité d'orientation et d'adaptation de son corps dans l'espace, en lien avec la perception du corps de l'autre.

Lors d'une autre séance elle sera de nouveau en difficulté pour réaliser cette consigne, du

fait peut-être, de devoir réaliser différents gestes en même temps. En proposant une consigne plus simple et moins abstraite (se tourner vers ma maîtresse de stage ou vers moi), elle réussira bien plus rapidement et facilement.

Pour finir, lors d'un petit parcours de marche avec des changements de direction, son équilibre, sans appui, est stable, mais sa posture reste penchée vers l'avant car elle regarde beaucoup les objets au sol. Cela augmente sa cyphose dorsale et amène une certaine hypertonie des épaules.

Mme L. semble avoir retrouvé un certain élan vital moteur et confiance en elle. Je me demande si le fait de lui proposer un espace d'écoute bienveillant et une mise en mouvement de manière sécurisée, lui a permis de diminuer son anxiété et de retrouver une confiance en elle-même, lui redonnant ainsi le goût de se déplacer seule. Le fait d'être en groupe lui a peut-être aussi donné l'envie de bien faire et l'a « re-narcissisée ».

Elle semble cependant encore peu sûre d'elle lors de déplacements avec des objets au sol par exemple, ce qui se manifeste par une hypertonie du haut du corps et un regard fixé au sol (pouvant augmenter le risque de chute). En effet, elle me donne l'impression de souvent se tenir, s'accrocher avec son regard. Je me demande donc si cet ensemble : hypertonie du haut du corps et regard très présent, lui sert à se tenir physiquement et psychiquement et à contenir ses éventuelles angoisses.

Pendant ces premières séances, j'ai éprouvé pour ma part un mélange d'appréhension et de satisfaction. De l'appréhension due au fait de devoir présenter les séances aux résidents, car c'est la première fois que je « dirigeais » un groupe et je ne savais pas si j'allais être suffisamment claire dans mes consignes et s'ils allaient être réceptifs à ce que je leur proposais. Puis j'ai ressenti une certaine satisfaction en voyant les progrès que faisait Mme L. et son implication dans le groupe. Cela m'a certainement permis, en parallèle, de gagner moi aussi en confiance (en tant que stagiaire et future professionnelle).

Les cinquième, sixième et septième séances : entre contrôle et agrippement :

Durant la **cinquième séance**, nous travaillons autour de la mobilité du cou et je trouve que Mme L. (comme certains autres participants du groupe) a peu de mobilité dans cette zone. Je lui fais alors un massage du cou et des trapèzes. Ces derniers sont très hypertoniques. Je ressens également peu de détente tonique pendant ce moment, elle me donne l'impression de garder le contrôle, elle garde les yeux ouverts et un tonus assez élevé. Ce petit temps n'a pas l'air de vraiment la détendre, en comparaison avec d'autres participants, qui peuvent davantage verbaliser des ressentis de détente.

Pour ramasser un objet au sol (un paquet de mouchoirs), Mme L. se baisse peu. Elle plie ses genoux, mais garde une main en appui sur sa cuisse. Ainsi elle me donne l'impression de se tenir. Je dois alors l'aider en surélevant un peu le paquet de mouchoirs du sol, pour qu'elle l'attrape. Recherche-t-elle un appui, une solidité, face au sol qui se rapproche d'elle ? A-t-elle peur de cet espace avant ?

Ensuite, lors d'un parcours avec des empreintes de pas au sol, elle a le regard dirigé à terre et ses pieds se collent à l'emplacement des empreintes. Cette précision qu'elle s'impose à elle-même (car la consigne n'est pas de placer les pieds sur les empreintes, simplement de suivre les directions qu'elles indiquent), semble l'inquiéter et la désorganiser. J'observe un recrutement tonique, elle est crispée et ses épaules sont hautes.

Pendant le temps d'installation de la **sixième séance**, Mme L. me dit qu'elle n'entend pas bien et qu'il faudrait peut-être changer les piles de son appareil auditif. Cela la gêne et lui donne envie de ne rien faire, mais elle n'a pas osé demander à un soignant de son étage, de peur de déranger. Par peur d'incommoder ou d'être mal perçue peut-être, elle préfère alors ne rien dire, quitte à se « couper du monde » et s'empêcher de faire des choses.

Je propose un temps de détente et de prise de conscience de la respiration. Mme L. me donne l'impression d'être peu à l'écoute de sa respiration et de ses ressentis. Puis, avec les mains posées sur le ventre, je suggère d'accompagner la respiration en gonflant puis en rentrant son ventre au rythme de cette dernière. Mme L. accélère le rythme de sa respiration plutôt que son amplitude et est à la limite de l'hyperventilation. Elle a les yeux

grands ouverts et n'a pas l'air rassurée. Ma maître de stage vient alors près d'elle et par une proximité corporelle et des paroles rassurantes, l'invite à se calmer et à reprendre une respiration plus naturelle, ce qu'elle fait assez rapidement. Cela mettra fin à cet exercice. Pendant ce moment, j'ai pour ma part eu un peu peur et je n'ai pas compris ce qu'il se passait et surtout pourquoi. J'ai été un peu sidérée, ne sachant pas tellement quoi dire et proposer à Mme L.

Je présente ensuite un exercice de résistance à la poussée, assis puis debout. Assise tout d'abord, elle peut recruter son tonus, sur les côtés et dans son dos, un peu moins vers l'avant et elle a tendance à bloquer sa respiration pour résister. Je lui propose alors de recommencer une seconde fois, en essayant de bien respirer et de souffler plutôt que de bloquer sa respiration, mais cela est tout de même difficile pour elle.

Debout ensuite, toujours en bloquant un peu sa respiration elle résiste bien à ma poussée, sauf quand je la pousse vers le devant (en plaçant mes mains en dessous de ses clavicules), où il lui est un peu plus difficile de recruter son tonus. Je me demande donc si elle a peur d'aller vers l'espace avant. Mais je me souviens aussi, de par mes expériences de Travaux Pratiques, que pour beaucoup de personnes il est plus difficile de résister à une poussée venant du devant.

Mme L repart de la séance bien droite, elle marche seule sans aide. Son regard est orienté au loin. Je remarque cependant qu'elle tient fermement son gilet de la main droite. Je me demande si cela a une signification ou une visée. Cela me fait penser à un agrippement, comme pour se tenir, ou se sentir plus solide peut-être.

Pendant la **septième séance** du groupe, lorsque ma maître de stage parlera (en lien avec une autre participante) du risque de chute si l'on ne lève pas suffisamment les pieds, Mme L dit : « Aïe ! » et rigole. Ses yeux sont rieurs et elle me donne l'impression de pouvoir se détacher un peu du traumatisme laissé par la chute, de pouvoir évoquer ou entendre parler de chute sans être autant impliquée émotionnellement et touchée qu'avant.

Nous faisons pendant cette séance un exercice debout avec un petit sac lesté sur la tête. Le but est de soulever une jambe, la reposer, puis soulever l'autre, en restant bien droit pour ne pas faire tomber le sac lesté. Mme L se lève, positionne bien ses pieds et se redresse. Puis, quand je lui dis de lever un pied et qu'elle peut me donner ses mains si elle

le souhaite, elle inspire très fort, part un peu vers l'arrière et s'agrippe très fortement à mes mains. Je pense qu'elle a eu peur et qu'elle a comme anticipé le fait de tomber. Je la rassure alors et lui affirme qu'elle n'est pas obligée d'essayer, mais elle veut le faire. Elle parvient ensuite à bien lever une jambe puis l'autre tout en restant droite, mais elle s'agrippe très fort à mes mains, me faisant presque mal. Elle est très hypertonique et crispée pour se tenir.

Par la suite pendant un temps de marche dans la pièce, en faisant soit des petits pas, soit des grands pas, elle regarde loin devant elle et est bien droite. Le ballant des bras est présent et elle me paraît moins crispée et tonique. Ma maître de stage marche à côté d'elle. Elle sourit, à l'air rassurée et fière d'elle lorsqu'on la félicite.

Puis je propose un exercice de marche avec des obstacles, constitués de deux plots reliés par une barre. Mme L. réalise une première fois ce parcours en étant tenue d'une main par la psychomotricienne. Elle franchit facilement les obstacles et lève les pieds bien hauts. Elle anticipe l'obstacle et appréhende bien l'espace, elle n'est pas penchée vers l'avant, ni en rétroimpulsion lorsqu'elle approche de l'obstacle.

Elle le refait une seconde fois en n'étant plus tenue, ma maître de stage a juste la main posée derrière son dos. Je trouve alors qu'elle vacille beaucoup plus et elle est plus déséquilibrée lorsqu'elle est en appui unipodal. Elle me paraît également moins rassurée.

Le fait de ne plus être tenue semble donc influencer sur l'équilibre de Mme L., lors de situations où elle est plus en difficulté et/ou plus anxiogènes pour elle.

Lors de cette séance et également de la neuvième, Mme L. parle parfois des bas de contention qu'elle doit mettre depuis quelque temps. Elle nous dit que cela l'embête car elle n'arrive pas à les mettre ni à les enlever toute seule. Cela l'oblige donc à demander à un soignant et parfois elle doit attendre un certain temps que quelqu'un vienne.

Derrière cette « plainte » qu'elle nous livre, je fais l'hypothèse que Mme L. n'aime peut-être pas avoir l'impression de dépendre de quelqu'un et qu'elle recherche une certaine maîtrise de son corps et de son environnement (en lien aussi avec ce qu'elle m'a dit au sujet de son appareil auditif).

Mme L. montre donc dans ces séances peu de capacité de relâchement et un certain

contrôle (de son corps, de sa respiration et de son environnement), ou une précision qu'elle s'impose à elle-même. Elle me paraît ne pas souhaiter de dépendance à l'autre. Elle semble cependant avoir souvent besoin d'appuis : internes, en utilisant son corps, par exemple sa cuisse ou sa respiration qui lui permettrait peut-être de se sentir plus solide ; ou externes, par le biais d'un agrippement à un objet (une chaise, son gilet) ou à une personne.

Pendant ces séances, j'ai été plus à l'aise pour animer le groupe, moins stressée et peut-être alors plus disponible à ce qui se passait pour les résidents. J'ai été touchée par les difficultés de Mme L., son hyperventilation, son agrippement à mes mains et n'ai pas toujours su trouver les mots ou la « réponse adéquate », mais je pense avoir été dans la bienveillance avec cette dame. J'ai souvent voulu l'aider (pour ramasser le paquet de mouchoir au sol par exemple) alors que parfois cela n'était peut-être pas nécessaire. Il faut donc que je garde en tête les ressentis d'affection éprouvés vis à vis d'elle, afin d'avoir un positionnement juste : offrir mon aide quand cela me paraît approprié, tout en la laissant expérimenter ses capacités et ses limites mais sans risquer une levée massive d'angoisse ou de mécanismes de défense.

Huitième et neuvième séances : une peur, non de l'espace avant, mais de ne pas réussir à se relever :

Lors de la **huitième séance**, nous travaillons autour de la descente à genoux sur un matelas. Ce matelas, posé à même le sol, a une épaisseur d'environ 15 centimètres. Mme L., debout devant ce dernier n'a pas l'air très en confiance, je suis à côté d'elle essayant de la rassurer. Je lui montre puis fais les gestes en même temps qu'elle.

Elle se penche doucement vers l'avant en pliant ses genoux, pose ses mains sur le matelas, puis ses genoux. Elle est déséquilibrée, car ses mains sont posées trop près de ses genoux et elle se jette alors en avant à plat ventre sur le matelas, en rigolant. Elle sourit en étant allongée ainsi et semble s'amuser. Je me dis alors qu'elle n'a pas l'air d'appréhender l'espace avant, ni d'avoir peur du sol, qui est pourtant très proche.

Le relevé du sol posera plus de problème à Mme L. Elle dit qu'elle ne va pas réussir à se relever, que cela est trop difficile. Elle parvient en poussant sur ses bras à se remettre

accroupie au bord du matelas, avec les pieds en dehors de celui-ci. Cependant une fois accroupie, elle a seulement le bout de ses orteils en contact avec le sol, ses chaussons ne sont pas souples et le matelas est trop mou, ce qui l'empêche de pouvoir se redresser en poussant bien sur ses bras et en posant les pieds à plat sur le sol. Elle dit assez vite qu'elle n'y arrive pas. Ma maître de stage lui montre alors une autre façon de se relever, pour ne pas la mettre trop en difficulté (de la position allongée, passer sur un côté, se mettre assise en s'aidant d'un bras, puis se relever en s'aidant d'une chaise). Mme L. se rallonge alors et parvient bien à se positionner sur son côté gauche, puis à s'asseoir sur le matelas. Nous l'aidons ensuite à se mettre debout, car nous avons senti qu'il ne fallait pas trop en demander à Mme L. lors de cette première séance consacrée au passage au sol. Nous la félicitons ensuite pour les efforts qu'elle a fourni et elle répond qu'elle est contente d'avoir réussi, mais que seule elle ne pourrait pas se relever.

Lors de la **neuvième et dernière séance**, je reste dans la salle où a lieu le groupe pour attendre avec les résidents déjà présents que tout le monde soit arrivé. Pendant ce petit moment, Mme L. me demande la date du jour et me dit qu'il y a quelques jours c'était son anniversaire. Je lui réponds alors qu'elle a en effet fêté ses 93 ans il me semble. Elle me répond qu'elle ne sait pas son âge, puis se justifie en disant d'un ton rieur : « J'ai arrêté de compter mon âge depuis longtemps, comme ça je ne vois pas que je vieillis et forcément, que je me rapproche de la mort ! »

À travers ses propos, Mme L. communique ici une certaine angoisse de mort. Elle peut la verbaliser, mais elle semble s'en protéger et s'en défendre en utilisant des stratégies (comme ne plus savoir l'âge qu'elle a).

Après avoir présenté aux résidents les étapes en images pour se relever du sol, ma maître de stage s'allonge sur un petit tapis de gymnastique et je lui donne des indications (les même que celles présentées en images) nécessaires pour qu'elle se relève seule.

Deux participantes expérimentent la mise au sol et le relevé, puis l'on proposera à Mme L., au vu de ses angoisses et de son appréhension, de commencer si elle le souhaite, par se mettre à genoux et d'essayer de se relever à l'aide d'une chaise. Elle accepte. Mme L. commence par fléchir légèrement les genoux, nous la soutenons un peu par le dessous des bras, puis elle pose assez fortement ses genoux au sol et ses mains seulement ensuite. Elle n'a pas ici de réflexe parachute, qui consisterait à poser ses mains plus tôt sur le tapis. Elle

a un peu peur, respire fortement et est crispée. Nous la rassurons beaucoup et lui disons de bien prendre son temps, qu'elle ne risque rien. Elle est sur les genoux et se tient ensuite à la chaise que j'ai amenée près d'elle. Elle a du mal à utiliser la force de ses bras pour s'aider à poser un pied au sol et dit qu'elle ne va pas réussir. Elle y parvient tout de même et se retrouve dans la position du chevalier servant. Puis avec une aide corporelle, davantage de l'ordre de l'étagage, elle réussit non sans effort à poser son pied gauche au sol et à se relever. Elle est essoufflée, ce moment a l'air d'avoir été éprouvant pour elle. Elle nous dit qu'elle a eu peur, non pas d'aller au sol, mais de ne pas réussir à se relever.

Après s'être un peu reposée et qu'un autre participant ait expérimenté le relevé du sol, Mme L. accepte de s'allonger sur le tapis pour essayer de se relever avec notre aide. Elle se met plus délicatement à genoux puis s'allonge sur son côté gauche. Sa main droite se pose automatiquement au sol, puis selon mes consignes, elle y pose sa jambe droite (genou plié). Il faut ensuite l'encourager et l'aider verbalement surtout pour qu'elle pousse sur son bras droit, afin de dégager et poser sa main gauche sur le tapis. Après quelques secondes où sa tête est très proche du coussin (par défaut de force), elle tend ses bras puis lève et pivote son bassin. Elle se retrouve donc à quatre-pattes, elle est essoufflée, mais n'a pas l'air paniquée. Ma maître de stage et moi l'encourageons et lui disons qu'elle a fait plus de la moitié du « travail ». Elle se déplace ensuite à quatre-pattes jusqu'à la chaise, s'y accroche, puis en s'aidant de ses bras, lève un genou pour poser son pied en chevalier servant. Avant de poser son deuxième pied, elle dit encore qu'elle ne va pas réussir, puis avec beaucoup d'encouragement et une main que je pose sous son aisselle, mais simplement en guise de réassurance, elle parvient à le poser et à se redresser. Elle est un peu essoufflée mais à l'air très fière d'elle. Nous la félicitons.

À la fin de la séance, nous faisons un petit temps de bilan, où chacun peut s'exprimer au sujet du groupe et de ce qui s'y est passé. Mme L. ne dit rien de particulier au sujet du groupe ni du fait qu'elle remarque mieux depuis qu'elle y participe, mais elle nous raconte un souvenir, avec beaucoup de détails (comparé à d'habitude), qui dit-elle l'a énormément marqué. Il s'agit de sa mère, qui lorsque Mme L. était petite, est tombée d'un grand escalier extérieur et l'a dévalé sur les fesses. Elle ajoute qu'il avait gelé ce jour là et que sa mère avait une lessiveuse dans les mains, elle a donc glissé en haut de l'escalier et a tenté de se rattraper à la barrière, mais celle-ci était trop grosse et elle n'a pas pu s'y

accrocher. Sa mère (dont le prénom lui revient) ne s'est pas fait très mal, mais Mme L. affirme garder parfaitement ce souvenir et cette image en tête.

Il nous est alors apparu à ma maître de stage et moi (presque comme une révélation je dois l'avouer), que cette barrière à laquelle sa mère n'a pas pu se rattraper, faisait peut-être écho aux barrières dont elle nous parlait souvent lors des premières séances et qui l'inquiétaient tant. Quoi qu'il en soit le fait d'être « retournée » au sol a remémoré à Mme L. un souvenir de chute.

Dans ces deux dernières séances, Mme L. montre ou exprime beaucoup de choses. Elle dévoile implicitement une certaine crainte de la mort et une tentative de ne pas penser à cela. Elle verbalise aussi un souvenir, en lien avec la chute d'un être aimé et disparu, sa mère. Je me dis alors que le fait de bouger son corps, de le remobiliser, lui a peut-être permis de libérer sa parole et également de sortir en quelque sorte du traumatisme de la chute, toujours présent, mais un peu moins envahissant et paralysant. En effet, on voit bien que lorsque Mme L. est au sol elle a très peur et exprime d'emblée son impuissance et son incapacité à pouvoir se relever. Elle a donc besoin de beaucoup d'étayage et d'une présence qui la rassure et l'encourage. Cet étayage semble lui apporter un soutien nécessaire pour qu'elle ose et réussisse à se relever et soit ensuite fière d'elle.

Pendant ces deux dernières séances, j'ai été un peu moins à l'aise et sûre de moi, car je ne savais pas comment amener ce passage et ce relevé du sol sans trop inquiéter les participants (en particulier Mme L.). J'avais également été mise en garde des affects que cela pouvait mobiliser chez certains patients. Au niveau purement technique, je me sentais aussi moins à l'aise (concernant les étapes du relevé surtout). Je me suis alors documentée et j'ai cherché comment amener cela de la manière la plus rassurante possible (utiliser des images, me mettre d'abord au sol et demander aux résidents de me donner les consignes...). J'ai également demandé à ma maître de stage d'avoir un rôle un peu plus important dans le guidage des consignes et l'accompagnement au plus proche des résidents (surtout lors de la dernière séance). Tout s'est très bien passé et je pense que tous les résidents ont « bien supportés » ces séances.

Concernant Mme L., j'ai essayé d'avoir un accompagnement au plus proche d'elle, car j'ai

ressenti que cela était nécessaire lors de ces séances. J'ai également cherché parfois, à ne lui fournir que le degré d'aide nécessaire, afin de la laisser faire seule et lui prouver ainsi qu'elle le pouvait.

5) Les interactions avec les autres membres du groupe pendant les séances

Lors des séances, il a y eu peu d'interactions verbales entre les membres du groupe. Cependant l'expression des participants a été parfois favorisée par le groupe, en effet l'un d'entre eux a pu rebondir sur ce qui était exprimé par un autre et prendre ainsi la parole. J'ai pu néanmoins observer des échanges de regard, une écoute attentive et une bienveillance des uns envers les autres.

Concernant Mme L. elle paraissait souvent fière d'elle et avait le sourire lorsqu'elle venait de réussir à réaliser un exercice, devant le reste du groupe. Je pense donc que le regard des autres sur elle l'a peut-être valorisée et portée.

J'ai pour ma part essayé d'avoir le même positionnement et la même attention portée à chacun des membres du groupe, et je pense avoir réussi à le faire, même si ma prise de note en fin de séance a été plus importante pour Mme L.

6) La poursuite du lien

Une fois les séances de groupe terminées, j'ai voulu continuer à aller voir Mme L. les lundis après-midi, afin de maintenir un lien avec elle et l'aider à conserver les acquisitions faites au niveau de la posture, de la marche et de la confiance en elle. J'ai au départ souhaité mettre en place une prise en charge individuelle avec elle, pour continuer à travailler certains aspects, comme la respiration, la détente et la recherche d'appuis plus internes. Puis j'ai pris conscience que cela n'était pas absolument nécessaire et que d'autres résidents du groupe auraient également besoin de continuer à être pris en charge. En effet les autres participants n'ont pas montré une évolution aussi importante et manifeste que Mme L. De plus, avec ma maître de stage nous souhaitions proposer à d'autres résidents un second groupe, différent par son mode d'approche mais ayant des objectifs similaires au premier. Ainsi je vais simplement passer un petit moment avec Mme L. (dans le salon de son étage) avant le début des séances du nouveau groupe, toutes les semaines puis peut-

être tous les quinze jours afin d'anticiper la fin de mon stage.

La poursuite du lien peut aussi s'envisager avec l'équipe soignante. En effet il est important que les soignants continuent à encourager les progrès de Mme L. et soutiennent son autonomie à la marche (sans déambulateur).

IV. Conclusion de la partie clinique

Je me suis beaucoup investie dans ce projet de groupe et il a été un peu difficile pour moi de l'arrêter. Le fait que les séances soient prévues à l'avance m'a aidé je pense à préparer la fin. À la fin du groupe nous sommes allées (avec ma maîtresse de stage) à une réunion hebdomadaire de type « relève », en présence de la cadre de santé et de la médecin coordinatrice. Nous avons expliqué aux soignants le travail effectué en séance et avons fait le point résident par résident, grâce notamment à des photographies de ces derniers en situation. Il s'agissait de transmettre des informations sur les patients, leurs évolutions et de faire le lien avec les autres soignants.

Mme L., avant et pendant les séances a montré ou a exprimé beaucoup de choses : des peurs, des angoisses, un état de tension important et une respiration qu'elle a eu du mal à réguler. Elle a également évolué très rapidement sur le plan moteur et s'est remise à marcher sans déambulateur dans l'EHPAD. Même s'il resterait des aspects à travailler avec cette dame, la peur de la chute semble être bien moins présente chez elle et la prise en charge va s'arrêter.

Je vais maintenant tenter de mettre en lien des éléments de clinique avec des concepts théoriques et avec les outils dont dispose le psychomotricien pour penser et organiser le suivi des personnes âgées ayant chuté.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

I. De quoi nous parle la chute ?

1) De pertes pouvant entraîner un manque de confiance en soi et de sécurité

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, en vieillissant le sujet est confronté à de multiples pertes : corporelles, sociales ou familiales. Une chute peut venir réactiver ces pertes, notamment celles liées à l'état antérieur du corps, ainsi que des pertes de proches qui ne sont plus là pour prendre soin de la personne âgée par exemple. La personne doit alors ré-entreprendre un travail de deuil, en commençant par le deuil de son corps d'autrefois.

Cependant, « *Le deuil chez la personne âgée a ceci de particulier qu'il peut réactiver la peur d'être seul ou abandonné, de ne pas être entouré lors des derniers moments de sa vie [...]* »²⁹ La chute peut également réactiver et amplifier les sentiments de solitude et d'abandon vécus par la personne âgée. Le sujet aura alors besoin de soutien et d'étayage, offert par exemple par sa famille, un proche, ou encore un animal de compagnie. Dans le cas de Mme L., on peut se demander si ses chutes n'ont pas ré-ouvert une blessure laissée par les nombreux deuils de proches qu'elle a dû faire et l'ont confrontée à un sentiment de solitude. Mais en tout cas cela n'est pas ressorti clairement à travers son discours avant ou pendant les séances de groupe.

La perte de confiance et de sécurité dans son corps est une des conséquences engendrées par la chute. Si la personne possède peu d'étayages, internes ou externes, réels ou fantasmatiques, le manque de confiance et de sécurité pourra alors être d'autant plus important, pouvant aller jusqu'à ne plus se reconnaître.

Mme L. a montré pendant les séances (à travers ses angoisses, ses inquiétudes, ses

²⁹ HECQUET K., (2013), *Accompagner le deuil chez la personne âgée*, p.33

agrippements) peu de sécurité dans son corps, dès lors qu'elle n'était plus actrice du mouvement ou bien lorsqu'un nouveau matériel ou exercice était proposé. De plus, elle nous a fait part de son impression de changement à l'intérieur d'elle-même depuis sa chute, comme si elle n'était plus la même.

Une chute peut également faire effraction dans le psychisme et déstabiliser la personne. Elle peut perdre ses repères, comme dans le cas de Mme L. qui, à la suite de sa dernière chute, a été désorientée et a intégré en conséquence l'unité protégée.

Pour dépasser le traumatisme de chute et la perte de sécurité et de confiance dans son corps, le sujet peut se réfugier « *dans l'inhibition de l'action pour restaurer les ancrages de la sécurité.* »³⁰ C'est ce que nous dit avoir fait Mme L. juste après sa dernière chute. Le sujet peut également se défendre en exerçant un contrôle important de son corps et de son environnement. Mme L. nous a montré ce type de défense, en exerçant une maîtrise sur son corps (dans les moments de détente surtout) et sur sa respiration. Cependant elle n'a pas manifesté de maîtrise de son environnement, mais plutôt un certain contrôle de sa vie et de son corps (son appareillage auditif par exemple, ou ses bas de contention) pour ne pas déranger et donc dépendre du personnel soignant. En effet elle me reparlera plus tard de ses bas de contention en disant que cela l'embête de déranger les soignants.

2) D'un besoin d'appuis et d'étayage

La chute d'un sujet âgé va pouvoir réactiver la problématique de la perte liée à la vieillesse et venir également signifier la rupture de l'appui sur la terre. Cela pourra alors le pousser à rechercher un étayage et des appuis internes ou externes. Selon C. Robineau, « *les mouvement d'étayage, de désétayage et de ré-étayage sont les marques de moments de crise, de rupture et de recherche de nouveaux équilibres* ». ³¹ Ce moment de crise ou de rupture peut tout à fait survenir après une chute chez un individu âgé. Une chute pourra également faire écho aux crises liées au vieillissement de l'appareil psychique du sujet, qu'il aura ou non dépassées.

Cette recherche d'appuis s'est manifestée chez Mme L., qui une fois les séances de

30 PONTON G., (2012), *Debout*, p.54

31 ROBINEAU C., (2012), « *Oedipe, tiens-toi droit !* » *Verticalisation, étayage et anticipation*, p.24

rééducation liées à la pose de sa prothèse de hanche effectuées, aurait sans doute pu remarquer sans aide. Son déambulateur, au début des séances, semblait la rassurer et lui offrir un appui davantage psychique que physique. Pour « abandonner » son déambulateur peut-être a-t-elle eu besoin d'un étayage plus proche et humain, que la psychomotricienne et moi-même avons pu lui offrir ?

Dans les moments angoissants pour Mme L. ce besoin d'appuis s'est retrouvé. Les appuis dont elle se servait étaient internes, en utilisant sa cuisse pour se rapprocher du sol, ou bien sa respiration qu'elle a pu bloquer pour lui donner une sensation de force et de solidité pour résister à des poussées extérieures. En effet les personnes ayant chuté décrivent souvent une sensation de vide, de corps qui n'aurait plus d'appuis. La fonction de la respiration pourrait alors permettre de faire ressentir moins de vide à l'intérieur du corps de Mme L.

Les appuis pouvaient aussi être externes, constituant un véritable agrippement à un objet (comme une chaise ou son gilet) ou à une personne, en se tenant fermement à mes mains aux moments où elle anticipait le déséquilibre. Les agrippements de Mme L. viennent certainement témoigner d'angoisses de chute et d'être lâchée, soulignant peut-être ce manque d'étayage interne. Ainsi, son blocage respiratoire, son tonus souvent élevé dans le haut du corps et ses agrippements, nous montreraient la recherche d'un contenant solide et d'étayage pour lutter face à ces angoisses.

J'ai souvent offert un appui dans le dos de Mme L., lorsque je sentais qu'elle était en difficulté ou avait peur. Il ne s'agissait pas de l'agripper ou de la soulever, mais de lui faire simplement ressentir ma présence, mon soutien. « *En offrant un appui [plutôt que de saisir ou de prendre], nous invitons l'enfant ou l'adulte à choisir de se différencier, plutôt que de dépendre de nous en s'agrippant.* »³²

Le fait de fournir un appui à cette dame lors des situations où elle était plus en difficulté ou qui étaient anxiogènes pour elle, lui a je pense servi d'étayage lui permettant de calmer ses angoisses et de se faire plus confiance, d'oser plus de choses. À l'inverse, j'ai remarqué que le fait de ne plus être tenue pouvait influencer sur son équilibre et sa réussite lors de situations plus complexes pour elle.

32 PONTON G., (2012), *Debout*, p.56

II. Un sentiment de sécurité retrouvable par la verticalité

1) L'importance de la verticalité

Dans la partie théorique nous avons vu combien la verticalité est importante chez l'être humain et permet au sujet d'affirmer son identité. En tant que psychomotricien, il me paraît important de tenir compte des dimensions identitaire, relationnelle et émancipatrice de la verticalité. De plus, selon G. Ponton « *La relation au sol, à la terre, à nos appuis est le marqueur somatique le plus puissant de notre mémoire d'Homme.* »³³ Ainsi l'émotion des aînés apparaît toujours intacte lorsqu'ils nous racontent les chutes qu'ils ont subies, à l'image de Mme L. dont les récits de ses chutes ou de la chute de sa mère pendant son enfance, ont gardé toutes leurs forces.

Pour Emeline Gillan, « *L'histoire d'une personne se tisse dans ce vécu du processus de verticalisation. Cela s'inscrit dans son corps, dans sa posture, dans son tonus musculaire.* »³⁴ Un traumatisme tel qu'une chute peut alors tout autant laisser des marques dans le corps de la personne âgée : des états de tension, comme dans le haut du corps de Mme L., une posture particulière en anté -ou rétro- pulsion, ou encore un regard dirigé vers le sol. L'auteure poursuit en disant qu'une « *approche corporelle peut offrir un espace pour réinvestir, s'autoriser à ressentir et peut-être à intégrer différemment ce vécu.* »³⁵ C'est ce que nous avons essayé de faire à travers l'approche psychomotrice proposée au groupe « Équilibre et prévention des chutes » : expérimenter les appuis, l'enroulement et l'ouverture, les retournements, pour apprivoiser et réintégrer positivement le rapport à la verticalité.

D'après Yves Gineste et Rosette Marescotti (les créateurs de la méthode de soin « humanité »), la gériatrie doit être une médecine debout. Selon eux les personnes âgées conservent suffisamment d'énergie et de capacités physiques pour effectuer (si besoin avec

33 PONTON G., (2012), *Debout*, p.48

34 GILLAN E., (2012), *Accompagner la verticalisation dans ses dimensions symboliques et corporelles*, p.80

35 Ibid., p.80

une aide) de courts déplacements. Ces derniers, associés à une verticalisation ont alors « un rôle majeur sur plusieurs fonctions de l'organisme : sensorielle, musculaire, retour veineux, ossification ; mais aussi image de soi, narcissisme... »³⁶ L'aide à la marche et la verticalisation des personnes âgées constituent pour ces auteurs un véritable soin préventif et curatif à ne pas négliger. Plus loin dans leur article, ils insistent également sur la prise de risque nécessaire liée à la station debout, qui constitue une composante de la vie. De plus, selon eux « *Le risque de chute est augmenté si la personne ne marche pas tous les jours.* »³⁷ Ces différents éléments soulignent donc l'importance pour les personnes âgées d'avoir accès à la verticalité et de pouvoir l'expérimenter.

2) Les cinq déterminants dans la construction d'un sentiment de sécurité

Geneviève Ponton distingue cinq déterminants permettant la construction d'un sentiment de sécurité lors du redressement : le flux de la respiration, le rassemblement dans l'enroulement, le retournement par le bassin et l'épaule, le repoussé par les appuis dans le sol et l'appui visuel. J'ai choisi d'en développer deux d'entre eux : la respiration et le repoussé, car ils se sont davantage révélés dans ma pratique clinique auprès de Mme L.

– La respiration :

G. Ponton a constaté que beaucoup de sujets âgés ont, après une chute, une sangle abdominale totalement bloquée, comme si plus rien ne pouvait circuler. « *L'amplitude diaphragmatique se réduit de plus en plus, la respiration n'est plus maîtrisée, ne peut plus s'amplifier ou se ralentir.* »³⁸ Chez Mme L., on peut penser que ce phénomène était présent. En effet, elle ne parvenait pas à contrôler sa respiration pendant les efforts et ne pouvait pas non plus la moduler ni en augmenter l'amplitude lors des temps de détente.

Toujours selon cette auteure, la respiration est l'harmonisateur du tonus musculaire (influencé par nos émotions) et son rythme suit pas à pas nos affects et nos émotions.

36 GINESTE Y., MARESCOTTI R., MIAS L., *Lève toi et marche ! Pour le grand âge : une médecine de la personne debout*, <http://papidoc.chic-cm.fr/16levetoimarche.html>

37 Ibid., <http://papidoc.chic-cm.fr/16levejudo.html>

38 PONTON G., LAPORTE D., (2004), *Comment le psychomotricien s'appuie-t-il sur la conscience corporelle pour lever les signes de syndrome post-chute ?*, p.3

Ainsi, « *Un état d'inquiétude isolera des tensions musculaires dans certaines régions corporelles et diminuera notre amplitude respiratoire* ». ³⁹ On peut donc penser qu'un état d'inquiétude envahissait Mme L. lors de certaines mises en situation et pouvait se répercuter sur sa capacité respiratoire, ainsi que sur certaines zones corporelles comme ses épaules et ses trapèzes, qui étaient souvent tendues.

Je pense qu'un travail plus approfondi autour de la respiration, afin qu'elle puisse davantage la maîtriser et la moduler aurait été bénéfique pour cette dame. Cela lui aurait peut-être permis d'apaiser certains vécus angoissants ainsi que certaines tensions musculaires. De plus selon G. Ponton, le développement de la conscience diaphragmatique va permettre au sujet de percevoir l'appui du diaphragme sur les viscères et « *va réveiller la conscience de l'appui en soi-même et au delà [...]* »⁴⁰. Au regard de la recherche d'appuis de Mme L., cette prise de conscience de ses appuis internes aurait pu lui être favorable. Néanmoins je pense qu'elle a tout de même réussi à en trouver ou en retrouver certains, pour affronter sa peur et marcher à nouveau sans aide.

– Le repoussé par les appuis dans le sol :

En offrant stabilité et résistance le sol va devenir un élément organisateur de la motricité de l'enfant. Lors de ses premiers mouvements, dans une dynamique de repliement-déploiement, l'agrippement lui fait d'abord ressentir et expérimenter la force de ses extrémités. Le réflexe du grasping, présent à la naissance et jusqu'à environ trois mois, peut réapparaître chez certains sujets âgés, qui s'accrochent ou s'agrippent à des personnes ou des objets, en particulier si ils ont peur. Cet agrippement s'est manifesté chez Mme L. lorsqu'une situation semblait l'angoisser. Il est alors important (comme l'a souligné G. Ponton) d'inviter la personne à s'appuyer le plus possible, pour ressentir la solidité de son corps et de ses appuis, plutôt que de s'accrocher.

Ensuite repousser le sol ou tout autre support pour se redresser, fera ressentir à l'enfant la solidité et la résistance de ce dernier et « *est indispensable à la construction de la sensation de solidité en soi, de laquelle naît l'affirmation de soi.* »⁴¹ Ressentir la solidité du sol par le repoussé sera tout aussi important pour la personne âgée et lui permettra de

39 PONTON G., (2008), *Maintien du sentiment de sécurité chez l'ainé*, p.1

40 PONTON G., LAPORTE D., (2004), *Comment le psychomotricien s'appuie-t-il sur la conscience corporelle pour lever les signes de syndrome post-chute ?*, p.5

41 PONTON G., (2012), *Debout*, p.61

retrouver une confiance dans ses appuis, indispensable pour oser se mettre debout. En effet selon G. Ponton, « *Le sujet âgé a besoin d'expérimenter la solidité du sol pour organiser le tonus musculaire qui gèrera son équilibre debout et lui redonnera confiance en lui.* »⁴²

Cette expérimentation du repoussé est mise en jeu lors des situations de relevé du sol. La personne doit trouver des appuis solides et recruter son tonus afin de lutter contre la gravité et s'élever. Mme L. m'est apparue en difficulté pour repousser le sol avec ses pieds mais également pour trouver des appuis dans ses mains et pousser sur ses bras. Elle doutait dès le départ d'elle-même et de la force dans ses jambes et ses bras. Avec un accompagnement corporel proche, de nombreux encouragements et un temps nécessaire d'apprivoisement du sol et de sa force disponible, elle est parvenue à trouver des appuis (externes ici) pour repousser le sol et recruter un tonus adéquat. Elle a pu dépasser une certaine peur présente à ce moment là et, une fois en position verticale, a semblé vraiment fière d'elle et de sa réussite, qu'elle n'imaginait pas. Cette expérience de reconquête de la verticalité a donc pu permettre à Mme L. de retrouver je pense un peu de sécurité et de confiance dans son corps.

III. La place du psychomotricien

1) Son positionnement

Les interventions du psychomotricien en institution pour personnes âgées peuvent être multiples. La chute et l'ensemble des conséquences qu'elle peut entraîner (troubles de l'équilibre, phobie de la marche ou de la verticalité, désorientation spatio-temporelle, désinvestissement corporel, anxiété...) est une des indications de psychomotricité en gériatrie. Nous allons essayer de voir en quoi le psychomotricien est-il qualifié pour s'occuper de personnes âgées ayant chuté et quelle est la spécificité de son approche.

Selon Maud Arrigo, la psychomotricité auprès de sujets âgés « *représente une approche globale, centrée sur la relation thérapeutique, le plaisir et le désir, elle tient compte des besoins des personnes et de leurs demandes.* »⁴³ En effet avec ces patients il est

42 PONTON G., (2008), *Maintien du sentiment de sécurité chez l'ainé*, p.2

43 ARRIGO M., (2004), *La psychomotricité en gériatrie*, p100

nécessaire de prendre en compte et de respecter leur sens profond de l'autonomie (leurs désirs, choix, volontés) pour pouvoir proposer et mettre en place un projet de soin. Il est également important de stimuler le désir plutôt que l'action donnant ainsi du sens au mouvement. Le psychomotricien ne va pas être dans une démarche uniquement fonctionnelle, mais dans une approche centrée sur l'intention et la relation avec la personne. À cet âge de la vie le soin est essentiellement centré sur le confort et la conservation des capacités et du plaisir de vivre dans un corps investi.

Le psychomotricien est dans un rapport empathique et bienveillant, basé sur une écoute attentive et authentique des vécus de la personne. Il peut être à l'écoute et accueillir les éventuelles plaintes, angoisses, ou pertes liées à la vieillesse du sujet âgé. Pour Jean-Charles Juhel, l'intervention psychomotrice a pour objectif « *de permettre aux personnes âgées de s'harmoniser le mieux et le plus longtemps possible avec les aléas de la vieillesse* ».44 Le psychomotricien est sensible aux répercussions des modifications corporelles liées à la vieillesse sur l'état psychique de la personne, mais également aux conséquences de l'état psychologique sur le corps.

Il a aussi un rôle d'invitation et de soutien de la verbalisation du sujet, il peut aider le sujet à exprimer ses inquiétudes, ses désirs. Il peut également mettre des mots sur ce qu'il voit du corps de la personne, afin de maintenir un lien entre le corps et le psychisme. J'ai essayé de faire cela en séance lorsque je voyais que Mme L. était angoissée ou essoufflée mais me semblait peu à l'écoute de ses ressentis. Il s'agissait alors de l'inviter à écouter d'avantage son corps et ses états internes, pour lui permettre d'arriver à se « réguler » seule par la suite.

En outre, même si le travail d'aide à l'élaboration du deuil est propre aux psychologues, le psychomotricien pourra être un soutien pour la personne et l'accompagner, avec empathie, durant cette épreuve.

2) Son étayage

Le besoin d'appui et d'étayage qui peut se manifester après la chute d'une personne âgée, comme cela l'a été pour Mme L., m'amène à développer plus largement cette notion

44 JUHEL J-C., (2010), *La psychomotricité au service de la personne âgée. Réfléchir, agir et mieux vivre.*, p.122

d'étayage du psychomotricien.

C. Robineau reprend dans son article une définition de l'étayage donnée par René Kaës. Selon lui l'étayage « *constitue un modèle de construction du psychisme élaboré métaphoriquement à partir du modèle de verticalisation.* »⁴⁵ Étayer quelqu'un désignerait alors le fait de l'aider à se construire psychiquement, mais également corporellement à l'image de l'acquisition du redressement. Le premier étayage va être celui apporté par la mère, qui propose des expériences corporelles et psychiques à son enfant et leurs donne du sens. Selon Magalie Bruchon, « *Par l'étayage d'un contenant externe, l'enfant intériorise progressivement un contenant interne, un bon objet, base de la confiance en soi et support du narcissisme.* »⁴⁶ Cet étayage sera ensuite amené à évoluer en fonction des circonstances de la vie. L'étayage du psychomotricien renvoie donc aux fonctions maternelles (de *holding*, de *handling* de Winnicott) et notamment à la fonction de contenance.

La contenance pour A. Ciccone est une fonction qui consiste à contenir et à transformer. Il affirme que « *Ce qui dans l'analyse et chez l'analyste soigne le patient, c'est la capacité de contenir les émotions, les pensées que le moi trop fragile du patient, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut contenir; ne peut tolérer; ne peut penser.* »⁴⁷ Cette définition peut, je pense, être transposable à d'autres types de soins et notamment à la thérapie psychomotrice. En effet, en séance le psychomotricien contient les émotions des patients qui peuvent être convoquées ou surgir lors d'une mise en mouvement ou en situation.

« *Grâce à l'intériorisation d'un objet suffisamment contenant, nous pouvons supporter plus facilement l'expérience de perte ; perte de lien, de repère, d'étayage.* »⁴⁸ Le psychomotricien, en ayant cette fonction de contenance avec ses patients et notamment avec les patients âgés, peut alors les aider à supporter les pertes en lien avec la vieillesse et/ou la perte d'étayage engendrée par la chute. Il est suffisamment contenant en tenant, en soutenant avec son corps, son tonus, sa voix, ses paroles, son rythme, son positionnement dans l'espace, son regard... Autant de repères auxquels le psychomotricien est sensible.

45 ROBINEAU C., (2012), « *Oedipe, tiens-toi droit !* » *Verticalisation, étayage et anticipation*, p.24

46 BRUCHON M., (2004), « *Quand elle me prend dans ses bras...* » ou la fonction de contenance en thérapie psychomotrice, p.19

47 CICCONE A., (2001), *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*, p. 82

48 BRUCHON M., (2004), « *Quand elle me prend dans ses bras...* » ou la fonction de contenance en thérapie psychomotrice, p.25

Cela demande une observation fine et une qualité de présence au patient et à nous-même, donc une implication corporelle et psychique de la part du thérapeute.

Pour G. Ponton, c'est « *par l'empreinte du dialogue corporel avec la personne qui nous aide à nous mobiliser, que l'on va construire l'étaillage corporel de la confiance en soi.* »⁴⁹ Je pense que par mon accompagnement psychique et surtout corporel, grâce à un toucher et une présence que j'ai voulu rassurants, Mme L. a pu retrouver un certain étaillage (externe avant d'être interne) et regagner une confiance en elle-même.

Selon M. Bruchon (qui reprend Denise Liottard), quand la thérapie psychomotrice parvient à reproduire quelque chose des premiers liens entre la mère et son enfant, « *Le corps du psychomotricien devient alors (...) un soutien, un contenant, un étaillage, un miroir pour le sujet en devenir [et en souvenir]. L'accompagnement thérapeutique se faisant au travers d'une écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mots (...).* »⁵⁰ Je pense avoir été contenante et soutenante pour Mme L. et j'ai été très attentive et parfois émue face à ce qu'elle montrait ou nous révélait. Je me demande alors si je n'ai pas été dans une certaine *Préoccupation maternelle primaire* avec cette patiente. Ce concept développé par D.W. Winnicott, désigne l'état particulier de sensibilité et d'empathie dans lequel se trouve la mère après la naissance de son enfant et qui lui permet de répondre au mieux aux besoins de ce dernier. Cette attention et cette bienveillance particulière que j'ai ressenties pour Mme L., pourrait alors contribuer à expliquer la difficulté que j'ai eu à arrêter la prise en charge et à la laisser « seule et autonome ».

Tous ces éléments constituent le « cadre interne » du psychomotricien, mais nous allons voir plus loin que le cadre externe, du soin ou des séances, peut également être contenant et constituer un étaillage pour le patient.

3) Ses propositions

Le psychomotricien va pouvoir proposer des mises en situations basées sur la conscience corporelle. Pour G. Ponton, « *se mouvoir nous donne l'occasion d'exprimer*

49 PONTON G., (2008), *Maintien du sentiment de sécurité chez l'aîné*, p.2

50 BRUCHON M., (2004), « *Quand elle me prend dans ses bras...* » ou la fonction de contenance en thérapie psychomotrice, p.67

notre rapport au monde. »⁵¹ Par la mise en mouvement le sujet pourra donc trouver un moyen d'expression et d'affirmation de son identité. Le psychomotricien par ces invitations au mouvement pourra alors comme le dit Maud Arrigo « *renvoyer à la personne âgée un sentiment d'identité et d'unité* »⁵², sentiment d'identité qui comme nous l'avons vu, peut être mis à mal par une ou des chutes chez la personne âgée.

Le psychomotricien amène également le sujet âgé à « *être à l'écoute de son corps, à en reprendre possession par une meilleure appréhension de son schéma corporel. En l'aidant à le réinstaller dans le champ de ses capacités nous voulons lui redonner confiance.* »⁵³ Pendant les séances de groupe j'ai essayé d'amener des mises en situation permettant aux participants de prendre conscience des capacités de leurs corps et de leurs limites, ce qui a pu permettre à Mme L. de retrouver une confiance dans son corps, qu'elle a appris à mieux connaître et maîtriser.

En cas de syndrome post-chute ou de chute ayant fait émerger l'idée d'un corps non maîtrisable et d'une marche angoissante, le psychomotricien va, comme nous l'avons vu, travailler sur la confiance en soi et en son corps. Il fera aussi un travail important sur la posture et le regard (la peur de tomber impliquant souvent un regard dirigé vers le sol, ce qui augmente le risque de chute), sur l'axe corporel avec des exercices mettant en jeu des mouvements d'ouverture/fermeture et de retournement, et sur la régulation tonico-émotionnelle. Il va également pouvoir proposer des mises en situations permettant de ré-appivoiser l'espace avant et le sol.

Présenter et expérimenter les schèmes psychomoteurs du redressement acquis pendant l'enfance a toute son importance dans l'accompagnement de personnes âgées chuteuses ou à risque de chute. Pour G. Ponton, en respectant les rythmes des aînés et en favorisant leur prise d'initiatives, l'actualisation des schèmes du redressement se fera de manière sécurisée et leur permettra de retrouver confiance en eux et assurance. Nous avons essayé d'être sensible au rythme de Mme L. et à ses signes d'angoisse afin de lui proposer des expérimentations du passage au sol et du redressement de manière croissante et sécurisante pour elle. Il m'a semblé qu'après avoir expérimenté (et réussi) cela, elle était

51 PONTON G., (2012), *Debout*, p.60

52 ARRIGO M., (2004), *La psychomotricité en gériatrie*, p.100

53 MODANGE L., CHAUMONT V., (2009), *Vieillesse et psychomotricité*, p.226

fière d'elle et avait gagné de l'aplomb.

4) L'importance du cadre thérapeutique

Selon C. Potel le cadre thérapeutique « *est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.* »⁵⁴ Le cadre est donc un autre élément pouvant apporter une contenance aux patients et doit être réfléchi.

L'instauration d'un cadre de séance stable est essentielle. Il est intéressant que les séances aient toujours lieu dans la même salle, dans un espace clos, à des moments prévus à l'avance et à des horaires réguliers (même jour de la semaine, même heure). Cela permet de mettre en place des repères, souvent mis à mal par le fonctionnement institutionnel et « *d'installer un sentiment de confiance, de contenance, d'enveloppement.* »⁵⁵ En effet en EHPAD les jours se ressemblent beaucoup, sont très ritualisés, ce qui peut favoriser la perte de repères temporels (mais également spatiaux).

Lorsque j'arrivais à l'étage de Mme L. afin de l'inviter à venir participer à la séance de groupe, elle était à peu près toujours à la même place et ne bougeait pas. Il me semble donc important de pouvoir proposer à cette dame un autre lieu, d'action et de paroles, donc de vie tout simplement, mais qui soit suffisamment stable pour être sécurisant et non désorganisant.

D'après René Kaes, « *le cadre joue un rôle de contenant et instaure un système de pare-excitation* »⁵⁶. Il peut donc protéger les personnes qui y sont incluses et leur permettre de s'exprimer librement et en toute sécurité. Seulement pour C. Potel « *pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs [mais aussi les peurs et angoisses] que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices [...]* »⁵⁷ En organisant la salle toujours de la même manière (en plaçant les chaises en cercle et au même endroit) nous avons pu faire en sorte que le lieu du groupe puisse accueillir et contenir les paroles comme les expérimentations proposées. De plus, en tant que garantes du cadre et par notre attitude bienveillante et nos fonctions de contenance des éprouvés et de réassurance, nous avons certainement contribué

54 POTEL C, (2012), *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, p.321

55 ARRIGO M., (2004), *La psychomotricité en gériatrie*, p.100

56 Ibid., p.100

57 POTEL C, (2012), *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, p.322

à offrir au cadre son rôle de réceptacle et d'enveloppement.

Le cadre d'un dispositif groupal peut, à mon sens, être tout aussi contenant et sécurisant qu'un dispositif de séance individuelle, si le professionnel garde à l'esprit et pense le cadre en fonction des éléments positifs (la circulation émotionnelle, le sentiment d'appartenance, les phénomènes d'identification, de projection et de valorisation) et négatifs (le manque de confiance, de contenance, le risque de débordement émotionnel) qu'il peut engendrer. Le cadre du groupe devra également respecter la place, l'espace et le rythme propre à chacun.

Le fait de prévoir à l'avance un nombre de séance et donc une fin au groupe, a peut-être permis d'envisager une fin différente de celle de la mort. En effet fréquemment dans ces établissements la fin d'une prise en charge, d'un accompagnement, est souvent synonyme de fin de vie pour la personne. Imaginer et anticiper cette fin peut permettre de redonner un rythme et une « coloration » à la vie en institution.

Pour C. Potel le cadre thérapeutique s'intègre également dans une institution. Il doit alors idéalement pouvoir s'appuyer sur le travail d'une équipe où chacun doit avoir sa place et sur une cohérence de fonctionnement et de pensée. Notre projet de soin, bien que validé par la cadre de santé n'a pas été porté et accompagné par les équipes. En effet, malgré une communication verbale et écrite par le biais d'affiches dans les salles de soins de chaque étage et dans les chambres des résidents concernés, l'information n'a pas circulé et les patients n'étaient pas « préparés » physiquement et psychiquement avant notre groupe. Avec ma maître de stage nous ne nous sommes pas senties étayées et soutenues par l'institution et les autres soignants. De plus il n'y avait pas de cohérence parfois entre nos pratiques (par exemple M. C. avec qui nous travaillions la verticalisation et les appuis, pouvait être installé avant ou après le groupe en fauteuil roulant en position arrière et les pieds ne touchant pas le sol). Un travail de lien et de continuité avec les soignants concernant les patients et leurs possibilités aurait pourtant été intéressant et bénéfique pour ces derniers...

IV. Conclusion de la partie théorico-clinique

Une chute chez une personne âgée peut donc renvoyer à la problématique de la vieillesse et engendrer une recherche d'étayage, de soutien, de la part du sujet. Le psychomotricien est sensible à ces demandes et peut y répondre en utilisant son corps et son appareil psychique pour développer et entretenir sa fonction contenante, en prenant d'abord le temps de l'observation, de la personne et de lui-même.

En réintégrant de manière positive le rapport à la verticalité et en permettant d'expérimenter la solidité des appuis et donc de soi, le professionnel contribue à améliorer la conscience corporelle et la confiance en soi. La mise en mouvement de manière sécurisée et au rythme de chacun permet aussi de renvoyer à la personne âgée un sentiment d'identité, parfois mis à mal par le vieillissement et la vie en institution.

Un cadre thérapeutique pensé et stable soutient également la création d'un climat de confiance et contenant, ainsi que la verbalisation des difficultés (motrices ou psychiques) de la personne, mais aussi ses possibles.

Le cadre institutionnel n'a cependant pas vraiment permis une continuité de soin et de prise en charge des patients, hormis notre participation à une relève qui a permis une fois le groupe terminé de faire le retour à l'équipe de nos observations sur les patients. Après une séance de groupe, le retour dans l'espace ouvert et bruyant ou alors « vide » de l'institution, a pu parfois décontenancer et désorganiser les participants, à l'image de Mme B., qui alors qu'elle était restée sans angoisse durant toute la séance avec nous, pouvait une fois arrivée à son étage devenir agitée et désorientée. Cet exemple nous montre toute l'importance du lien et du relais qui peut être fait avec l'équipe soignante, afin de créer une cohérence dans le soin et que ce passage d'un espace et d'un temps à un autre ne soit pas vécu comme une rupture par les résidents.

CONCLUSION

Dans ce mémoire, j'ai voulu rendre compte de la complexité des chutes et de leurs intrications étroites avec les processus physiques et psychiques à l'oeuvre au cours du vieillissement. J'ai souhaité m'appuyer sur celles-ci afin de justifier la place et l'intérêt de la psychomotricité dans la prise en charge des personnes âgées chuteuses.

Notre approche psychomotrice n'a pas cherché exclusivement à ce que les participants au groupe ne tombent plus, mais plutôt à leur permettre grâce à la mise en mouvement de réinvestir différemment leur corps et leur rapport à la verticalité, pour retrouver confiance en eux. À travers l'exemple de Mme L., nous avons pu également voir comment le psychomotricien peut servir d'étayage et participer à l'intériorisation ou à la restauration d'une sécurité et d'une contenance psycho-corporelle.

Tout au long de ce travail de mémoire, les apports théoriques ainsi que la richesse mais aussi la complexité des situations cliniques, m'ont fait cheminer sur le positionnement du psychomotricien auprès des patients âgés. En accordant de l'importance au vécu du corps et en soutenant la restauration du désir (qui est également un des enjeux du travail de deuil), le psychomotricien tente d'aider la personne à retrouver un certain équilibre entre confiance et maîtrise de son corps, et besoin de l'autre. Équilibre qui, à mon sens, reste actif et en recherche pendant toute notre vie...

J'ai pris conscience lors de ce stage, des difficultés que pouvaient rencontrer les psychomotriciens en poste dans des institutions gériatriques, pour mettre en place des projets et travailler avec les soignants. En effet la création de ce projet m'a confronté à un certain paradoxe, car si notre groupe a eu pour but de redonner aux résidents l'envie de se mouvoir et donc d'une certaine manière de vivre, l'institution véhiculait parfois de manière consciente ou non un interdit de la vie et du mouvement. Il m'a semblé effectivement que pour les soignants, ainsi que pour les familles, « *L'idée qu'il [faille] accepter un certain risque pour leur liberté, leur autonomie n'est pas facile.* »⁵⁸ Un travail de réflexion avec les soignants autour de l'acceptation de la chute et de l'importance de ne pas freiner le désir de

58 MODANGE L., CHAUMONT V., (2009), *Vieillesse et psychomotricité*, p.28

se mettre debout et de marcher (quand cela est possible), pourrait alors tout à fait être proposé par le psychomotricien.

Vu par la maître de mémoire Laure BISCARRAT, le 3 mai 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Laure Biscarrat', with a long horizontal stroke extending to the right.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Livres :

AUBERT E., ALBARET J-M., (2001), *Viellissement et psychomotricité*, Marseille, Solal, 2001.

FERREY G., LE GOUÈS G., (1989), *Psychopathologie du sujet âgé*, Paris, Elsevier Masson, 2008. – Chapitres 1 et 2.

HERFRAY C., (2007), *La vieillesse en analyse*, Toulouse, Éres, 2007.

JUHEL J-C., (2010), *La psychomotricité au service de la personne âgée. Réfléchir, agir et mieux vivre.*, Québec, PUL, 2010.

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

POTEL C., (2010), *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Éres, 2012. – Chapitre VI.

Articles :

ARRIGO M., 2004, La psychomotricité en gériatrie, *Évolutions psychomotrices*, N° 64, p. 96-101.

BRUCHON M., 2004, « Quand elle me prend dans ses bras... » ou la fonction de contenance en thérapie psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N° 138, p. 2-70.

CICCONI A., 2001, Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, *Cahiers de psychologie clinique*, N° 17, p. 81-102

CHAUMONT V., 1997, Le sujet âgé et la chute : approche psychomotrice, *Evolutions psychomotrices*, N°35, p. 9-15.

QUINODOZ D., 2005, La crise existentielle du milieu de la vie ? : la porte étroite, *Revue française de psychanalyse*, N° 69, p. 1071 à 1086.

GILLAN E., 2012, Accompagner la verticalisation dans ses dimensions symboliques et corporelles, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N° 172, p. 76-85.

HECQUET K., 2013, Accompagner le deuil chez la personne âgée, *Le Journal des psychologues*, N° 305, p. 33-36.

PONTON G., 2012, Debout, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N° 172, p. 46-61.

ROOS C., 2008, Des chutes en abîme, une chute en cache une autre..., *Champ psychosomatique*, N° 49, p. 95-112.

ROBINEAU C., 2012, « Oedipe, tiens-toi droit ! » Verticalisation, étayage et anticipation, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N° 172, p. 12-28.

Articles non publiés :

PONTON G., 1998, *Une approche psychomotrice de la chute du sujet âgé*, Congrès international de gérontologie francophone, Genève.

PONTON G., LAPORTE D., 2004, *Comment le psychomotricien s'appuie-t-il sur la conscience corporelle pour lever les signes du syndrome post-chute*, Journées gériatriques de Tarbes.

PONTON G., 2008, *Maintien du sentiment de sécurité chez l'aîné*, Ateliers du Cami Salié.

Sites Internet :

Dictionnaire Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillessement/81927>

Site de l'OMS – Aide-mémoire N°344, Les chutes : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>

Recommandations de l'HAS concernant la prise en charge des personnes âgées chuteuses : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees

Site internet du Docteur Mias – Article de Gineste Y., Marescotti R., et Mias L., *Lève toi et marche ! Pour le grand âge : une médecine de la personne debout*, : <http://papidoc.chic-cm.fr/16levetoimarche.html>

Site du CHU de la Pitié-Salpêtrière – COLLÈGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GÉRIATRIE, (2000), *Corpus de Gériatrie*, Tome 1 – 1) Le vieillissement humain : http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/01_vieillessement.pdf

ANNEXE

CONSTAT DE CHUTE

Date : _____ Heure (HH:MM) : _____

NOM : _____ Prénom : _____

CIRCONSTANCES DE LA CHUTE :

Cocher les informations nécessaires

Soignant ayant constaté la chute :

Autres soignants présents dans l'unité :

Infirmière présente :

Personnel présent au moment de la chute : OUI NON

Décrites par le Résident : OUI NON

Famille présente au moment de la chute : OUI NON

Lieu de la chute :

Chambre
 Salle de bains
 Autre, à préciser :

Salle de soins
 Circulations

Salle à manger
 Salon

O - Chute du lit :

Sans intention de se lever
 En voulant se lever
 En voulant se coucher

Moyen de contention (barrières) mis
 Circonstances difficiles à préciser

O - Chute d'une chaise ou fauteuil :

Sans intention de se lever
 En voulant se lever
 En voulant s'asseoir

Moyen de contention mis
 Circonstances difficiles à préciser

O - Chute au cours de la marche :

Sans aide
 Avec une canne
 Avec un déambulateur

Accompagné(e) d'une personne
 Avec une béquille

O - Pendant la toilette

O - Lors de l'habillage ou du déshabillage

O - Autres circonstances, à préciser :

O - En se rendant ou revenant des toilettes

O - Chute impliquant un tiers, préciser :

Danger identifié dans l'environnement :

Sol mouillé ou glissant
 Sol collant
 Déchets ou objet au sol
 Eclairage insuffisant
 Freins non bloqués
 Mauvais chaussage
 Autre, à préciser :

Etat du patient au moment de la chute :

Il était à jeun
 Il portait des chaussures
 Il portait des chaussons
 Il portait des chaussettes ou des bas
 Il était pieds nus
 Il n'avait pas ses lunettes alors qu'il en porte habituellement

Il a présenté un malaise
 Il était en état d'ébriété
 Il était agité

(NB) Si déchets ou objet au sol, préciser :

Aide technique habituellement : oui non (si OUI préciser : Canne - Béquille - Déambulateur - Fauteuil)

Cette aide technique était-elle utilisée au moment de la chute ? : oui non

EVALUATION CLINIQUE :

Signes de gravité :

Pas de signe de gravité
 Trouble de la conscience
 Signe de détresse respiratoire
 Plaie, hématome
 Douleur
 Déficit fonctionnel
 Décès

Localisation :
 Localisation :
 Localisation :

Un médecin a-t-il été appelé d'urgence : Oui Non
 Le résident a-t-il été transporté vers l'hôpital : oui Non

Relevé des constantes :

Pression artérielle :
 Puls :
 température * :

Glycémie capillaire * :
 Fréquence respiratoire* :

* si nécessaire selon contexte

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) docteur

Tampon du médecin

Certifie avoir examiné M., Mme, Melle

Le _____, à (heure)

Victime d'une chute dont les circonstances sont décrites ci-dessus.

La chute :
 ne semble pas avoir entraîné de lésion immédiate
 a entraîné des lésions traumatiques immédiates du type _____.

Fait le :
 Signature

RÉSUMÉ

D'importants remaniements physiques et psychiques ont lieu lors du processus de vieillissement. La survenue d'une chute peut déstabiliser la personne au même titre que ces modifications liées à l'âge et causer des conséquences psycho-corporelles parfois lourdes. En s'appuyant sur un exemple de prise en charge psychomotrice groupale en EHPAD, nous allons nous attacher à chercher de quoi nous parle la chute et quelle place le psychomotricien peut avoir dans la prise en charge des personnes âgées chuteuses. Quelle est son approche, son positionnement et les outils dont il dispose pour aider les patients âgés à dépasser ce traumatisme et à retrouver une confiance dans leur corps ?

MOTS-CLÉS

Personnes âgées – Vieillissement – Chutes – EHPAD – Pratique psychomotrice – Pertes – Verticalité – Appuis – Relevés du sol – Confiance en soi – Étayage – Contenance.