



Pour une légitimité du travail en géronto-psychomotricité – l'Examen Géronto Psychomoteur

S. Michel*, R. Soppelsa**, J.M. Albaret***

* Psychomotricienne DE, Fondation L. Bellan/Septeuil (78), Chargée d'enseignement Paris VI,
Enseignante/Formatrice pôle gériatrique ISRP, email : severinemichel@aol.com

** Psychomotricien

*** Maître de conférences, HDR, université de Toulouse

Depuis plus d'une dizaine d'années la focalisation sur les sémiologies psychomotrices liées au vieillissement de la population et aux recherches cliniques contemporaines, a confronté le psychomotricien à l'absence d'outil de référence validé concernant l'évaluation des personnes vieillissantes.

Le principe de charte de qualité des soins, les projets institutionnels et les projets de soin personnalisés, l'évaluation des pratiques professionnelles, ..., et notamment le décret du champ de compétence du psychomotricien (numéro 88-659 du 6 mai 1988),⁽⁸⁾ qui place en tête de liste le bilan comme acte professionnel prescrit par le médecin, ..., sont autant d'arguments en faveur d'un outil psychomoteur spécifique. C'est dans ce contexte et suite aux travaux de Monsieur Dupont^(4,10) que l'EGP a pris forme et s'est développé.

Le plan Alzheimer 2008-2012 fait que nous nous trouvons au cœur d'une réflexion nationale. La mesure 15 et ses sous-mesures incluent un positionnement et un rôle majeur du psychomotricien dans les équipes de soin institutionnelles mais aussi à domicile et auprès des aidants naturels⁽¹¹⁻¹³⁾. Or, ce positionnement ne peut se faire que par l'évaluation rigoureuse sur laquelle le projet thérapeutique sera basé. Le choix des médiations restant propre aux pratiques de chaque psychomotricien.

Au sein d'une équipe multidisciplinaire l'évaluation psychomotrice a une valeur capitale car elle est la seule qui prenne en considéra-

tion l'abord psychocorporel des patients atteints de Détérioration Type Alzheimer (DTA) ou de pathologies apparentées. Il est évident que cette évaluation devra être confrontée, mise en parallèle avec les évaluations des autres professionnels de sorte à établir un projet de soin personnalisé. Pour ce faire un même outil, connu des équipes permet une familiarisation avec les thèmes des items évalués. D'ailleurs en fonction de ce qui est relevé par tel ou tel professionnel le psychomotricien peut être sollicité directement. Il informera alors le médecin prescripteur qui évaluera la nécessité ou non de la passation de l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP).

L'EXAMEN GÉRONTO PSYCHOMOTEUR

Cet examen répond aux bases de la psychomotricité car il s'inscrit dans une évaluation psychomotrice alliant méthodologie rigoureuse et observations cliniques. Il comporte 17 items qui évaluent l'équilibre, différentes coordinations motrices, la connaissance des parties du corps, la vigilance, les perceptions, la mémoire, la sphère spatiale et temporelle ainsi que la communication. Les items sont notés sur six points chacun, certains avec davantage de sous-items. La passation des items peut être modifiée par rapport à l'ordre de présentation du fascicule, seulement trois items doivent être passés à la suite car le facteur mémoire est évalué (items 10, 11 et 12). Il est préconisé un arrêt de la passation (item 10.4)

en cas de fatigue, trouble de la vigilance, douleur... C'est le thérapeute qui juge si la passation peut l'être en une, deux, voire trois fois. Cependant il doit être attentif à ne pas trop étaler dans le temps ces différentes passations afin de pouvoir se trouver dans une unité temporelle garantissant une certaine cohérence de l'évaluation. Le matériel est neutre et non perturbateur, il est présenté et retiré de la vue du patient au fur et à mesure afin d'éviter une focalisation/adhésivité ou une distractibilité.

Dans la pratique clinique, l'EGP aide à poser et/ou éclairer le diagnostic, il permet d'initier ou affiner un projet thérapeutique et mesure l'efficacité, l'influence et les effets d'une prise en charge en cours. Une nouvelle évaluation peut être effectuée à intervalle de trois à six mois voire un an ou plus, en fonction des programmes de soins mis en place. Une synthèse sous forme d'étoile permet une lecture facilitée des domaines psychomoteurs dépréciés, récupérés ou maintenus. Cela vient renforcer l'impact du rapport rédigé après la passation auprès des autres professionnels.

Nous ne préconisons pas un questionnaire ou entretien type avant la passation, chaque psychomotricien possédant sa propre méthodologie. La prescription de l'EGP peut être motivée par la présence de troubles déjà préexistants ou bien comme évaluation systématique à l'entrée en institution par exemple. En fonction des lieux d'exercices et des professionnels présents, la mise en commun des informations évite des répétitions. Selon les patients, selon leur participation plus ou moins volontaire, en présence ou non de l'aidant à domicile, la répétition des informations autobiographiques peut générer une lassitude ou bien au contraire, en fonction du thérapeute, les informations relevées auront une autre valeur de communication. Une observation en situation écologique c'est-à-dire sur le lieu de vie, un entretien libre, semi-guidé, en salle de psychomotricité, en chambre, en une ou deux fois..., il n'existe pas une et une seule manière d'entrée en relation avec les patients et leurs aidants. Dans notre pratique nous ne nous informons jamais du dossier médical ni du questionnaire de vie constitué des informations

relatées par le patient ou sa famille, le conjoint, l'aidant principal au préalable, de sorte à garder un « œil clinique neuf », sans préjugés ni « étiquette médicale ». En milieu institutionnel nous attendons trois semaines voire un mois avant de proposer la passation. Passé ce laps de temps, la plupart des examens médicaux ont été réalisés, le sujet s'est familiarisé aux lieux, il est capable d'orientation spatiale. A domicile le choix d'un espace suffisamment grand pour pouvoir s'y mouvoir, calme sans intrusion, en présence ou non de l'aidant est à faire sciemment de sorte à permettre un enchaînement dans la dynamique de la passation.

En début de passation, il est conseillé de faire une présentation sommaire en guise d'introduction. Nous nous devons d'informer le patient de la prise de note et de la synthèse qui en sera réalisée ainsi que le retour au médecin prescripteur, le conjoint voire l'aidant principal. Lors de l'enchaînement des items, ne pas hésiter à créer du lien tout en interrogeant le sujet, une fois mis en confiance, la parole se libère et des informations corporelles importantes ou des éléments du vécu psychocorporel peuvent être révélés. Par ailleurs nous veillerons à respecter un temps de latence avant la réponse motrice ou verbale afin de respecter le temps propre du patient et ne pas répéter automatiquement la consigne. Si un item met le patient trop en difficulté, génère une opposition, une hostilité anxieuse, ne pas hésiter à différer l'item. Ces considérations sont d'autant plus importantes qu'elles permettent de respecter les symptômes constitutifs du vieillissement physiologique comme l'hypoacousie, un ralentissement dans la mise en jeu du corps, ...

En fin de passation nous faisons un retour immédiat au patient, de ses difficultés dans un rapport à la réalité mais surtout des domaines psychomoteurs encore efficaces sur lesquels nous nous appuyerons afin de proposer dès à présent un axe de travail. A notre sens, la participation active, l'adhésion du patient au projet thérapeutique passe par une prise de conscience de son état psychocorporel, de sa dynamique relationnelle et ses mécanismes mo-

tivationnels. C'est pourquoi nous complétons la passation par deux questions, « que s'est-il passé pour qu'aujourd'hui vous soyez présent, avec moi, pour faire cet examen ? » et « comment voyez-vous votre devenir ? ». Les réponses mêmes évasives, décalées ou absentes ont valeur de communication pour le psychomotricien aguerré. L'empathie, l'écoute attentive, le savoir être et savoir faire du thérapeute accompagneront cette relation thérapeutique, non pas dans une idée de stimulation et surtout pas de sur-stimulation, mais davantage dans la « sollicitation » qui génère de l'interaction et permettra une prise en soin thérapeutique. Nos patients sont nos premiers partenaires de soin, nous nous devons d'aller les chercher « là où ils se trouvent ». C'est l'essence même de notre philosophie professionnelle avant de pouvoir travailler en équipe interdisciplinaire afin d'élaborer avec et pour le patient un projet de soin s'intégrant dans un projet de vie personnalisé.

L'observation clinique sera tout aussi importante que l'évaluation quantitative. L'approche qualitative se focalisera sur différents points de la morphologie à la posture, la qualité des stations statiques et dynamiques spontanées, les troubles de l'équilibre et de la marche, l'hygiène et la cohérence de la tenue vestimentaire, la qualité de la poignée de main ou du mode de salutation, les réactions tonico-émotionnelles, le tonus musculaire, l'installation sur une chaise, le relevé de chaise, les paratonies, les conservations ou anticipations du mouvement, des reprises de mouvements antérieurs, la latéralité, les coordinations/dissociations des membres supérieurs et inférieurs, les syncinésies, les ralentissements, les sidérations, les tremblements, les mouvements parasites, les paroles spontanées avec des thèmes privilégiés, les interrogations, les répétitions, les hésitations, une logorrhée, ...

Les commentaires du patient sont toujours intéressants quant à son ressenti, cela donne un éclairage particulier, une tonalité individuelle à la passation. Nous mesurons l'impact de la symptomatologie en présence, la conscience que le patient a de ses difficultés ou incapacités. C'est avec lui que nous allons mener un projet thérapeutique, c'est lui qui va devoir

chercher ou rechercher en lui une énergie nouvelle, des ressources psychomotrices que le thérapeute aura mises en lumière à la faveur de la passation. Le retour oral au patient doit être réalisé comme évoqué plus haut pour pointer les domaines psychomoteurs encore efficaces sur lesquels nous nous baserons afin de palier, contourner, rééduquer ceux atteints. Il a aussi pour objectif de présenter le point de départ du travail thérapeutique qui tiendra compte si possible de ses centres d'intérêt, d'obtenir son adhésion au projet, de déterminer la fréquence de la prise en charge. Cette démarche permet de rassurer, établir ou renforcer le lien de confiance et d'anticiper les séances à venir. Nous nous trouvons face à un adulte fort de ses expériences de vie dont on va consolider les acquis, stimuler le maintien de l'autonomie et optimiser les capacités psychocorporelles et cognitivo-motrices latentes.

Pour cela un des préalables indispensables est la connaissance des tableaux moteurs et cognitifs propres à la population vieillissante et aux différentes pathologies neurodégénératives ou non⁽¹⁻³⁾. En effet le psychomotricien ne pourra comprendre la psychomotricité de son patient s'il ne peut dépasser les signes cliniques rattachés à la pathologie en présence et, par la suite, s'en extraire et identifier qu'elle est la « personnalité pathologique », l'identité propre du patient à laquelle viennent se greffer des signes nouveaux. C'est par la connaissance du fonctionnement cognitif théorique de la pathologie type Alzheimer par exemple que le professionnel pourra lors de la rédaction du compte-rendu de l'EGP axer son projet thérapeutique dans la bonne direction et non pas se contenter de faire une énumération des incapacités, des difficultés, des pertes de son patient^(5,7). La lecture psychomotrice apportera un éclairage spécifique et complètera des évaluations psychologique, kinésithérapeutique, ergothérapeutique, etc. Ce qui nous importe c'est comment le patient intègre dans son quotidien les difficultés que lui imposent des capacités d'adaptation toujours croissantes. Le psychomotricien pourra alors orienter les équipes médicales, paramédicales, animatives et les aidants ou la famille dans la

compréhension de la symptomatologie en présence et leur donner des stratégies de comportement, d'écoute, de sollicitation au quotidien.

CONCLUSION

Suite à l'annonce du plan Alzheimer et la focalisation des médias sur le sujet, passée une période d'inquiétude et de mise à distance, tout un chacun a réalisé que la prévention pouvait être vécue comme rassurante, le diagnostic posé pouvant ainsi apporter une explication quant aux troubles préexistants. A l'heure actuelle, bon nombre de personnes avançant en âge avouent hésiter quant au choix d'être informé ou non du diagnostic neurologique ou somatique. Le sujet vieillissant adopte parfois une attitude proche du déni et à l'extrême, dirions-nous, certains séniors pratiquent des activités physiques, sportives, artistiques, ..., à outrance dans une idée d'autoprotection, de conservation à tout prix des capacités physiques et intellectuelles⁽⁶⁾.

Dans le champ géronto-psychomoteur, nous sommes au cœur de l'idée du projet de vie de nos patients, sujets à part entière à qui nous devons le plus grand respect de leur dignité, de ce qu'il ont été, de ce qu'ils sont et de ce qu'ils vont devenir, dans une idée d'accompagnement afin d'avoir la meilleure qualité de fin de vie possible.

La passation de l'EGP légitime notre action psychomotrice car notre évaluation guide le projet thérapeutique et permet de proposer la médiation adaptée⁽⁹⁾. Cette pratique professionnelle évite les actions non ciblées et spécifie bien l'approche psychomotrice comme étant thérapeutique et non animative ou occupationnelle. Aujourd'hui le psychomotricien est référencé comme ayant également un rôle informatif et formatif auprès de l'ensemble des équipes soignantes et animatives mais aussi auprès des aidants non professionnels. Le champ de compétence s'élargit et il est légitime que soient reconnues les expériences de terrain menées par des précurseurs qui ont su identifier les besoins en thérapie psychomotrice dans le champ gériatrique.

RÉFÉRENCES

- 1 - Albaret, J-M., & Aubert, E. (Eds.). (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Marseille : Solal.
- 2 - Albaret, J-M., Aubert, E., & Sallagoity, I. (2001). Evaluation psychomotrice du sujet âgé. In J-M. Albaret & E. Aubert (Eds.), *Vieillesse et psychomotricité* (pp. 155-180). Marseille : Solal.
- 3 - Collège National des Enseignants de Gériatrie (2000). *Corpus de Gériatrie* (t. 1). Montmorency : 2M2, Edition et Communication.
- 4 - Dupont, R. (2001). Bilan psychomoteur. In *Premières journées de psychomotricité en gérontologie*. Paris : Vernazobres-Gréco.
- 5 - Ferrey, G., & Le Gouès, G. (1993, 2^e éd.). *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris : Masson.
- 6 - Le Deun, P., & Gentric, A. (2007). Vieillesse réussie. *Médecine Thérapeutique*, 13, 3-16.
- 7 - Le Gouès, G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir*. Paris : Dunod.
- 8 - Légifrance : le service public de la diffusion du droit. Code de la Santé publique, partie réglementaire, partie IV, Livre III, Titre III, Chapitre II, Section I, article R 4332-1 [en ligne]. Direction des journaux officiels [réf. du 30 octobre 2009]. Disponible sur internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>
- 9 - Lehmans, J.M. (1980). La psychomotricité en gérontologie. *La Psychomotricité*, 4, 105-117.
- 10 - Michel, S. (2002). *Un bilan géronto-psychomoteur, élaboration et passation*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme universitaire d'initiation à la recherche clinique en psychomotricité, U.F.R. Pitié Salpêtrière, Paris.
Mesure 15 du Plan Alzheimer.
- 11 - Élaboration de recommandations de pratique clinique sur les modalités de sédation des troubles du comportement dans les situations difficiles, et sur la prise en charge des troubles du comportement. [Réf. du 07 mai 2010]. Disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819667/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs.
- 12 - Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : interventions médicamenteuses - Mars 2008. [Réf. du 07 mai 2010]. Disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/maladie_dalzheimer_synthese_-_interventions_medicamenteuses.
- 13 - Recommandations professionnelles - Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.