



**INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE L'APSAH - LIMOGES**

**Travail Ecrit en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute**

A.R.S du Limousin

Juin 2013

**Le vieillissement de la personne âgée :
Contribution du mouvement dansé en masso-kinésithérapie**

Cécile Lefèvre

**Sous la direction de :
Mme Ouedraogo Isabelle
Cadre Formateur de l'IFMK de l'APSAH.**

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	3
2. PROBLEMATIQUE	4
2.1. L'IMPORTANCE D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE.....	4
2.2. REDONNER DU SENS AU MOUVEMENT	5
3. LE VIEILLISSEMENT : APPROCHE PHYSIOLOGIQUE, SOCIALE ET PSYCHOLOGIQUE	6
3.1. DEFINITION GENERALE DU VIEILLISSEMENT.....	7
3.2. LA PHYSIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT.....	8
3.3. REPRESENTATIONS SOCIALES DU VIEILLISSEMENT.....	8
3.3.1. <i>Stigmatisation de la personne âgée.....</i>	<i>8</i>
3.3.2. <i>La reconnaissance d'une forme de sagesse dans la vieillesse</i>	<i>9</i>
3.3.3. <i>L'impact de l'aide d'autrui.....</i>	<i>10</i>
3.4. LE VIEILLISSEMENT PSYCHOLOGIQUE.....	10
3.4.1. <i>corps vieillissant-corps inédit.....</i>	<i>10</i>
3.4.2. <i>L'image du corps chez la personne âgée.....</i>	<i>11</i>
3.4.3. <i>Le vieillissement : cristallisation des angoisses.....</i>	<i>12</i>
4. PROBLÉMATIQUES DE LA PERSONNE AGÉE.....	12
4.1. LA CHUTE DE LA PERSONNE AGEÉ.....	12
4.1.1. <i>Généralités</i>	<i>12</i>
4.1.2. <i>Circonstances des chutes.....</i>	<i>13</i>
4.1.3. <i>Evaluation et prise en charge en kinésithérapie.....</i>	<i>13</i>
4.1.4. <i>Incapacités fonctionnelles et handicaps liés à la chute</i>	<i>14</i>
4.2. SYNDROME DE REGRESSION PSYCHOMOTRICE.....	14
4.3. DEMOTIVATION DE LA PERSONNE AGEÉ	15
4.3.1. <i>Définition de la motivation.....</i>	<i>15</i>
4.3.2. <i>Les concepts théoriques.....</i>	<i>16</i>
4.3.3. <i>Les troubles de la motivation</i>	<i>17</i>
4.3.4. <i>Les causes de la démotivation</i>	<i>18</i>
4.3.5. <i>Les conséquences de la démotivation.....</i>	<i>20</i>
4.3.6. <i>Le kinésithérapeute face à la démotivation du sujet âgé.....</i>	<i>20</i>
5. LA DANSE ET LE MOUVEMENT DANSÉ	21
5.1. GENERALITES.....	21
5.1.1. <i>Définition danse.....</i>	<i>22</i>
5.1.2. <i>Danse : activité psychocorporelle et thérapeutique</i>	<i>22</i>
5.1.3. <i>Les composantes du mouvement.....</i>	<i>23</i>
5.1.4. <i>Les principaux styles de danse</i>	<i>24</i>
5.2. EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE LA DANSE ET DU MOUVEMENT DANSE CHEZ LA PERSONNE AGEÉ	25
5.2.1. <i>Amélioration des paramètres cardio-vasculaires et de l'endurance</i>	<i>25</i>
5.2.2. <i>Vers une diminution du risque de chute.....</i>	<i>26</i>
Amélioration de la proprioception.....	26
Amélioration de l'équilibre	26
Amélioration de la force musculaire	27
Amélioration des fonctions cognitives	28
5.3. EFFETS PSYCHOLOGIQUES DE LA DANSE ET DU MOUVEMENT DANSE CHEZ LA P.A.	28
5.3.1. <i>Prévenir et traiter la démence</i>	<i>28</i>
5.3.2. <i>Lutter contre la dépression</i>	<i>29</i>
5.3.3. <i>Vers une meilleure image du corps</i>	<i>29</i>
6. COMMENT INTRODUIRE LA DANSE EN REEDUCATION	30
6.1. QUEL TYPE DE MOUVEMENT DANSE/ FORME DE DANSE PROPOSER ?	30
6.1.1. <i>Valse ou tango ?.....</i>	<i>31</i>

Le cas de Madame G.....	31
6.1.2. <i>Danse créative, danse expressive</i>	32
Le cas de Madame F.....	33
6.2. QUELLE FREQUENCE POUR DES EFFETS OPTIMAUX ?	34
6.3. MOUVEMENT DANSE PRATIQUE SOLO OU DUO ?	34
7. CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	43
ANNEXE 1.....	44
ANNEXE 2.....	48
ANNEXE 3.....	49
ANNEXE 4.....	50
ANNEXE 5.....	51
ANNEXE 6.....	52

1. INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2012, la population française compte 65,35 millions d'habitants et 17,1 % de la population française a plus de 65 ans. En dix ans, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans a connu une croissance importante de l'ordre de 22,6%. « Il semble que le Limousin ait anticipé de plus de dix ans ce vieillissement de la population » [1]. En effet, le nombre de Limousins de plus de 60 ans est d'environ 200 000, représentant donc 28% de la population régionale. Ces données placent le Limousin au rang de la région la plus âgée du pays, situation qui devrait perdurer si la tendance socio-démographique actuelle se poursuit.

Cette croissance générale du nombre de personnes âgées est liée à la conjonction de deux facteurs : l'allongement de la durée de vie, du fait des progrès sanitaires et de l'élévation du niveau de vie, ainsi que l'arrivée à l'âge de la retraite des baby boomers. Cette situation démographique soulève plusieurs problématiques et plus particulièrement celle liée au développement des maladies dues à l'allongement de la durée de vie avec les enjeux économiques, sociaux et médicaux qui en résultent.

Le regard porté sur les personnes âgées tend aujourd'hui à se modifier, elles bénéficient de plus de reconnaissance et de considération de la part du milieu médical et de la recherche. Aussi, on s'efforce de s'éloigner de la notion d'un modèle déféctologique du vieillissement pour s'orienter vers l'approche d'un vieillissement dit réussi. D'ailleurs, dans ce sens, l'organisation mondiale de la santé, depuis 1995 à travers le programme « vieillissement et santé » propose d'orienter la prise en charge non plus vers une médecine uniquement curative mais bien vers une « attitude d'auto-appropriation de la propre santé du patient » [2].

Aussi, afin de favoriser une prise en charge globale de la personne âgée, la médecine et la masso-kinésithérapie s'ouvrent progressivement à d'autres approches thérapeutiques pouvant lui être complémentaires en ce sens qu'elles peuvent inciter à un investissement autre de la part du patient vis-à-vis de son projet de soins. On retrouve parmi ces thérapies les médecines traditionnelles, l'art thérapie, l'équithérapie, certains arts martiaux, etc,... La thérapie par la danse a particulièrement suscité mon intérêt. Au regard de nombreuses études, la danse et le mouvement expressif dansé ont un impact majeur sur la réduction du stress et la qualité de vie ainsi que sur les données physiologiques spécifiques au vieillissement. Je me suis donc interrogée sur l'intérêt de la danse dans le domaine de la rééducation masso-kinésithérapique. Ce questionnement et la démarche qui en découle sont fortement liés à une double expérience. La première est celle de mon parcours de danseuse professionnelle et enseignante en danse contemporaine impliquant un regard sur le corps en mouvement spécifique au corps sain. La

deuxième est liée à certaines situations rencontrées lors d'un stage en service de soins de suite et de réadaptation (SSR) au cours de ma formation en masso-kinésithérapie.

Ainsi, ce travail, influencé par cette double expérience, a pour but de s'intéresser à l'apport d'une thérapie par le mouvement dansé au sein d'une prise en charge masso-kinésithérapique afin de proposer une rééducation originale, porteuse de sens et de motivation pour la personne âgée.

Afin d'étayer ces idées et de mettre en valeur ces expériences, nous aborderons en premier lieu les différents éléments qui déterminent l'avancée en âge. Par la suite, nous évoquerons les différentes problématiques que soulève la prise en charge gériatrique. La troisième partie s'attachera à une présentation du mouvement dansé et des ses effets sur la physiologie, la psychologie et l'aspect social qui touchent la personne âgée. Enfin, nous verrons comment intégrer la danse ou le mouvement dansé en rééducation masso-kinésithérapique en se basant sur des études et des expériences personnelles menées au cours des stages de formation.

2. PROBLEMATIQUE

L'approche de la gériatrie au cours d'un stage en SSR a permis de me confronter aux différentes problématiques liées à la personne âgée. Se sont des phrases, des mots, des comportements qui m'ont interpellés. Ces personnes âgées qui veulent qu'on les « laisse tranquille », qui pensent que la rééducation « ne sert à rien », ou encore « qu'il est trop tard » et qui préfèrent même parfois qu'on les laisse « mourir » existent et cherchent à se faire entendre. Ces différentes affirmations, à l'origine d'un questionnement sur la problématique liée à la démotivation du sujet âgé ont déterminé en grande partie le choix de cette démarche.

2.1. L'importance d'une prise en charge globale

L'OMS définit la santé comme « un état de bien-être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité. » [3] Cette définition nous amène à considérer l'importance de la mise en œuvre d'une prise en charge globale au cœur de laquelle se situe le patient avec un projet de soins lui étant adapté. Aujourd'hui la sollicitation d'une telle démarche thérapeutique cherche à se concrétiser. La promotion d'une dynamique de progrès et de collaboration avec d'autres domaines est apparue évidente, afin de contribuer à

l'amélioration de la qualité de vie de la personne âgée, au maintien de son indépendance et de son autonomie et à la préservation de sa dignité.

Les services de SSR auxquels nous nous intéressons ici ont fait l'objet de recommandations allant dans ce sens. Les objectifs déterminés par la Haute Autorité de Santé (HAS) en SSR sont de « coordonner et de mettre en œuvre tous moyens visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités. » [4] Pour ce faire, les soins techniques et d'accompagnement prodigués s'orienteront nécessairement vers une réinsertion globale des patients. En cela, l'éducation à la santé du patient tient un rôle important dans la prise en charge gériatrique car elle propose la mise en place de différents moyens pédagogiques visant à favoriser l'adoption par le patient d'un comportement concourant à sa meilleure santé. Dans ce cadre, la loi Kouchner du 4 mars 2002 ordonne l'application d'un modèle thérapeutico-éducatif adapté au soigné qu'il faudra placer comme « co-acteur et co-décideur des évaluations et des programmes de soins ». [5] Le masseur-kinésithérapeute (MK) a notamment pour rôle de guider le patient vers une meilleure connaissance et compréhension de sa maladie afin que ce dernier agisse au mieux sur sa santé.

2.2. Redonner du sens au mouvement

Lors d'un stage effectué à l'institut médico-éducatif de Bertha Roos accueillant des jeunes polyhandicapés, T. âgé de huit ans, lors d'une séance de découverte de la danse, a pu réaliser un enchaînement de mouvements complexe et de qualité par mimétisme devant une vidéo de danse Hip Hop. La danse a-t-elle pu motiver son désir de se mettre en mouvement ? Plus tard, je me suis demandé si une approche par le mouvement dansé serait transposable avec des personnes âgées afin de susciter le désir et l'envie de se mouvoir, dans le cadre d'une hospitalisation en SSR.

Dans le souci de répondre aux objectifs déterminés par l'HAS [4], mais également à ceux de l'OMS, la démarche envisagée m'est apparue sensée. L'article 30 du guide de réadaptation à base communautaire de l'OMS intitulé : « participation à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports » [6] encourage la participation des personnes handicapées à la vie culturelle et artistique d'une société afin de déployer leur potentiel créatif, « dans leur propre intérêt, mais aussi pour l'enrichissement de la société. » [6].

Aussi, dans le but de susciter leur intérêt pour la rééducation et de redonner un sens au mouvement vécu comme de plus en plus inaccessible, la danse peut être proposée comme un

moteur permettant de déclencher un nouvel élan chez le sujet âgé. Car la question que soulève un corps progressivement désinvesti est importante. Dans le cadre d'une hospitalisation, les examens, les soins, la rééducation sont quotidiens, alors que le corps échappe de plus en plus au malade « comme une chose étrangère, un habitacle impossible à habiter » [7]. Or, être humain suppose habiter le monde et par là-même habiter son corps. Comment habiter celui-ci lorsqu'il déroge à sa santé ?

Un questionnement sur l'approche de la kinésithérapie dans ce contexte, face à la démotivation, au renoncement et au désintérêt pour la rééducation s'est de ce fait imposé : comment permettre au patient, en tant que MK, de s'investir dans son projet de soins ? Quels moyens mettre en œuvre pour répondre à la fois aux objectifs déterminés par le bilan et à la nécessité d'adhérer et de participer pleinement au temps de rééducation afin de le rendre efficace ?

Si la danse fait la plupart du temps référence à des images positives du mouvement, peut-elle, dans le cadre d'une prise en charge en SSR, permettre de redonner du sens au mouvement d'une personne âgée démotivée ? Favoriser sa motivation, son adhésion et son implication dans le projet de soins qui la concerne ?

L'objet du travail présenté ici est de proposer une approche de la rééducation visant à répondre aux différentes problématiques liées au patient âgé par le biais du mouvement dansé. Par ailleurs, de contribuer à l'amélioration des mes compétences en vue d'enrichir et d'élargir ma vision et ma pratique de la masso-kinésithérapie car, les capacités d'analyse et perfectionnement sont des compétences relatives à ce métier.

Ainsi, faire la proposition dans le cadre d'une prise en charge en SSR d'impliquer le patient à travers le mouvement dansé peut-elle répondre aux objectifs kinésithérapiques, ainsi qu'à la nécessité de considérer le patient dans toutes ses dimensions : physique, sociale et psychologique ? Est-elle envisageable ?

3. LE VIEILLISSEMENT : approche physiologique, sociale et psychologique

Le vieillissement est devenu depuis la seconde moitié des années 1980 un domaine de recherche en croissance constante, faisant ainsi l'objet d'étude de multiples sciences (médecine, biologie, démographie, sociologie, économie, psychologie...). En effet, le vieillissement est une préoccupation sociétale autant qu'individuelle. D'une part parce qu'il est lié à une poussée démographique importante de la population âgée avec les enjeux sociaux et économiques que cela représente et d'autre part parce qu'il implique des modifications physiques, cognitives et

psychiques dont les représentations sociales et/ou personnelles peuvent avoir un impact plus ou moins négatif sur la personne.

3.1. Définition générale du vieillissement

Le terme « vieillesse » connaît plusieurs définitions. L'OMS considère l'âge comme point de repère objectif pour qualifier cette notion. Ainsi, une personne est âgée à partir de 65 ans, un vieillard entre 75 et 90 ans et un grand vieillard au-delà de 90 ans. D'un point de vue social, c'est la cessation d'activité professionnelle qui détermine l'entrée dans la vieillesse (entre 55 et 60 ans). Enfin, dans les institutions gériatriques, l'âge considéré d'entrée dans la vieillesse est d'environ 75 ans. [5]

Le vieillissement résulte de la combinaison de facteurs génétiques et environnementaux que subit l'organisme tout au long de la vie, entraînant surtout une diminution des performances physiques, une baisse des capacités d'adaptation de la personne en lien avec son environnement ainsi que des réactions inadaptées aux différentes situations de stress. On parle aussi de fragilisation de l'organisme favorisant la survenue d'une diminution des réserves fonctionnelles plus ou moins handicapante. Il faut savoir que cette réduction du potentiel fonctionnel liée au processus de vieillissement peut différer d'un organe à l'autre (vieillissement différentiel inter-organe) et d'un individu à l'autre pour la même fonction donnée (vieillissement inter-individuel). Cette importante hétérogénéité est caractéristique de la population âgée. Bien qu'il s'agisse d'un processus inéluctable, le vieillissement n'en reste pas moins normal et ne s'accompagne pas systématiquement d'une dégradation physique ni intellectuelle. C'est pour cela que le vieillissement normal a été différencié du vieillissement dit pathologique.

Ce sont Rowe et Kahn en 1987 qui proposent un modèle pluridimensionnel décrivant le vieillissement selon trois modes [9] :

- Le vieillissement réussi :

Ou vieillissement avec succès, comprend trois composantes inter-reliées « l'absence de maladie ou de facteur de risque, un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé et une vie active sur les plans occupationnel et social.» Il tient compte de l'état de bien-être ressenti par la personne et du retentissement direct sur sa satisfaction de vie.

- Le vieillissement normal :

Ou usuel (sénescence), correspond à une diminution des capacités fonctionnelles liée à l'âge. Ce déclin physiologique met en jeu des vitesses de réaction et d'adaptation altérées.

- Le vieillissement pathologique (sénilité) :

Il correspond au vieillissement accéléré ou aggravé par la maladie, évolutive ou compliquée et/ou le handicap.

Cependant, cette approche peut paraître restrictive, voire élitiste dans le sens où elle peut induire une sorte de discrimination ou de déconsidération pour ceux qui n'auraient pas réussi leur vieillissement d'après cette norme préétablie.

Le vieillissement comprend donc un ensemble de processus lents et progressifs, physiologiques entraînant une modification de la structure et des fonctions de l'organisme de l'individu au cours de la vie.

3.2. La physiologie du vieillissement

Les effets du vieillissement concernent les différents systèmes qui nous constituent et ont été décrits par de nombreux auteurs [10] [11] [12] [13] [14] [15]. Etant donné les exigences concernant le nombre de pages dans le cadre de cet écrit, nous préférons développer plus particulièrement le lien danse-kinésithérapie. C'est pourquoi nous synthétiserons la physiologie du vieillissement sous forme de tableau (Cf. **Annexe 1**).

Ajoutons que le vieillissement physiologique, au delà de ses conséquences fonctionnelles entraîne une évolution des rôles sociaux ainsi que des transformations au niveau de l'image soi et de l'identité considérés par les différents domaines de santé.

3.3. Représentations sociales du vieillissement

Aujourd'hui, les personnes âgées sont considérées comme un groupe social à part entière, sujettes à des représentations symboliques fortes, mais variables selon l'âge, la culture et dont l'incidence est certaine sur les compétences qu'elles possèdent ainsi que l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. En effet, une ambivalence des discours se retrouve dans plusieurs stéréotypes assignés aux personnes âgées qui persistent et s'auto-entretiennent.

3.3.1. Stigmatisation de la personne âgée

Actuellement, la considération de la vieillesse comme « un problème » est un premier aspect des discours sur le sujet. Cette crainte liée au vieillissement de la population est d'une

part économique : les retraités sont trop souvent décrits comme un fardeau en raison de leur improductivité. Car la contrainte insufflée par la société est double : elle reconnaît et valorise la réussite par l'utilité et le sens de la responsabilité, tout en stigmatisant ceux qui ne rentrent pas dans le rang. D'autre part, la conception de la vieillesse est facilement associée à la maladie et synonyme de sénilité. Ainsi, le qualificatif « âgé » prend le dessus sur le nom « personne » et les termes assimilés au vieillissement évoquent surtout la perte : perte d'autonomie, de la mémoire, de la rapidité, de contrôle, des capacités.

Une étude réalisée auprès de 75 personnes âgées de 25 à 70 ans et plus a permis de faire ressortir que les participants les plus jeunes (entre 25 et 40 ans) et d'âge moyen (entre 45 à 60 ans) « considéraient que les personnes de 76 ans et plus avaient des comportements asociaux et passifs et possédaient plus de caractères déplaisants et négatifs que séduisants ». Les participants de plus de 70 ans quant à eux en donnent une description plus positive en termes de qualités personnelles et d'implication dans les activités sociales. Aussi, cette étude a permis de révéler que les personnes de plus de 70 ans craignent plus que les jeunes la démence sénile, associée pour toutes les tranches d'âge à la dégradation physique, la déficience mentale avec perte de mémoire et d'autonomie [16].

Malgré des modifications évidentes du vécu et de l'image de la vieillesse au cours du XX^{ème} siècle, des peurs archaïques perdurent au sein de la population âgée. Un sondage publié dans l'Express [17], fait ressortir deux types de peurs essentielles de la personne âgée : la peur de la déchéance physique avec le risque de dépendance qui en résulte ainsi que l'angoisse liée au risque d'isolement social. La peur liée à la diminution des revenus, le sentiment d'être inutile et enfin l'appréhension de la mort sont secondaires mais non négligeables.

3.3.2. La reconnaissance d'une forme de sagesse dans la vieillesse

Une étude menée par Becca Levy et Ellen Langer a pu démontrer que « la considération dont bénéficiaient les personnes âgées en Chine, qui sont les dépositaires de la sagesse, les empêche de montrer des performances mnésiques qui seraient inférieures à celle des jeunes chinois. » [16] Aussi, l'avancée en âge peut être le présage d'une certaine sagesse, bien que cet aspect du vieillissement corresponde surtout à la culture orientale. Nous l'avons vu, la stigmatisation par les mots pour qualifier le sujet âgé peut être mal vécue par celui-ci qui au contraire emploie des termes plus valorisants le remplaçant « au rôle social de transmetteurs des savoirs. » [18] En effet, le rôle des personnes âgées au sein de la société, trop souvent dissimulé n'est par pour autant inexistant et ce, à différents points de vue. Ils participent souvent à la vie associative, en tant que consommateurs ils contribuent à l'économie nationale et possèdent 60%

de la richesse française. Enfin leur rôle de transmetteurs de la mémoire et des savoirs vécus à travers le rôle de grands-parents peut concourir à l'éducation des plus jeunes. Ce dernier point est essentiel car il vient suggérer que l'image familière et souvent chaleureuse attribuée aux grands-parents peut s'opposer à une vision globalement assombrie de ce qu'est la vieillesse, pondérant les propos stéréotypés généralement dépréciatifs [19]. Paul Baltes, en faisant évaluer la qualité des décisions prises chez des personnes âgées entre 60 et 80 ans a mis en avant des qualités telles que le discernement, la sagacité, une assurance et des stratégies d'adaptation décisionnelles que seules l'expérience et le vécu permettent d'acquérir [16].

3.3.3. L'impact de l'aide d'autrui.

Une attention particulière, une trop grande vigilance à l'égard de personnes dont on suppose que l'âge correspond à une vulnérabilité nécessitant notre sollicitude peut être néfaste chez le sujet âgé. Il a été démontré que de tels comportements peuvent entraîner une régression des performances concernant les gestes pour lesquels les patients sont assistés et une perte de confiance en leurs capacités [16]. Tout professionnel de santé doit donc garder à l'esprit qu'une aide démesurée peut engendrer une diminution des efforts et des déficiences pour des actes simples de la vie quotidienne. Les actes d'aide peuvent véhiculer l'idée que la personne n'est pas en capacité de réaliser de manière autonome certaines activités qu'elle finit par désapprendre. La résignation ou l'impuissance apprise que cela engendre, correspondant à la perception de non contrôle de l'environnement peut aboutir au désinvestissement de la personne âgée vis-à-vis de sa santé voire, à la dépression. De plus, l'incidence d'une hospitalisation n'est jamais banale et peut ajouter à cette résignation la déposssession de l'individualité : heures de repas et de sommeil imposées, parfois port d'une chemise pouvant être ouverte dans le dos... Tout ceci tend à dépersonnaliser l'être humain devenu patient, notamment en lui ôtant son intimité.

3.4. Le vieillissement psychologique

3.4.1. corps vieillissant-corps inédit

Le terme de corps inédit employé par Simone Korff Sausse, psychanalyste, désigne le corps vécu comme une expérience nouvelle : celle du vieillissement et des modifications qui y sont liées. Le sentiment de continuité et d'unité comme référence corporelle laisse alors place à ce que Freud nomme « l'inquiétante étrangeté ». Cette expérience inédite, inconnue face au corps changeant peut faire émerger un sentiment de trahison « par ce corps tout à coup

défaillant, souffrant, douloureux et menaçant de disparaître » [7]. De familier le corps devient étranger, incertain, incontrôlable et menaçant. La honte et le sentiment d'abandon vécus autour de ce processus conduit alors à une stratégie de détachement comme moyen de survie psychique pour échapper à l'inacceptable. Ce clivage permet entre autres « d'accepter des traitements déplaisants, douloureux, humiliants, au moyen d'un détachement, mais qui reste partiel et momentané » [7]. La relation entre intériorité et apparence devient avec le vieillissement souvent discordante car un désaccord s'installe entre l'apparence, l'image de soi, et celle renvoyée par le miroir et le regard de l'autre. Ce décalage progressif favorise le positionnement du sujet âgé en tant que victime de sa propre apparence et à laquelle il doit faire face.

3.4.2. L'image du corps chez la personne âgée

L'image du corps correspond à la représentation consciente et inconsciente que l'on a de notre propre corps agissant ou immobile, de sa position dans l'espace, de la posture respective de ses différents segments et du revêtement cutané par lequel il est en contact avec le monde. Ainsi on s'aperçoit que l'image du corps correspond au schéma corporel auquel s'ajoute la notion de représentation inconsciente que l'on a de notre corps. Cela permet d'envisager la dimension imaginaire présente dans la notion du corps, qu'elle soit individuelle à travers le fantasme (représentation imaginaire individuelle) ou collective par le biais du mythe. Ainsi, la notion d'image du corps s'alimente du regard et du désir de l'autre. Elle est fondée sur l'imaginaire et l'affectif, attributs propres à chaque individu et à son histoire personnelle. De même, elle sous-tend tout contact humain lui permettant de se construire à travers la communication des émotions vécues [7].

Comme nous venons de le voir, l'image du corps se nourrit des mythes de notre société. Le corps tel qu'il est idéalisé par les critères de beauté, de mode, la valorisation et la quête de la jeunesse confirment l'existence de stéréotypes négatifs attribués aux personnes âgées dont le retentissement sur l'image qu'ils se font d'eux-mêmes est majeur. Cette image de soi vécue comme repoussante peut aller jusqu'au « fantasme de l'horreur » [20]. La personne âgée est en effet confrontée au décalage entre le souvenir d'une image idéale et l'image de ce qu'elle est devenue, conforme aux stéréotypes entretenus. Cette chute de l'idéal est consécutive à ce que la personne âgée vit comme des failles, atteintes des capacités motrices et sensitives venant activer l'image du « moi hideur » désignée ainsi par Jack Messy, psychanalyste. Le « moi hideur » correspond à l'image renvoyée par le miroir du vieillissement perçue comme horrible. Le corps devient alors l'objet d'angoisses, de peurs souvent mal supportées.

3.4.3. Le vieillissement : cristallisation des angoisses

Certaines angoisses sont présentes tout au long de la vie, réactivées avec l'avancée en âge et d'autres, plus spécifiques à cette partie de la vie qu'est la vieillesse.

L'angoisse de dépendance ravive des angoisses infantiles comme la peur de l'abandon qu'elle sous-tend. Elle touche aussi directement le narcissisme qui s'idéalise comme autosuffisant. Simone Korff Sausse qualifie ce processus psychique par l'expression « reprise de l'infantile » [7] pour traduire ce mouvement de retour à l'enfance, de dépendance à l'autre. Cette dépendance réactualisée à la fois matériellement et psychiquement peut conduire chez la personne âgée à renforcer directement un lien de dépendance ou au contraire par réaction à refuser tout type de dépendance [21]. Les capacités d'un individu vieillissant et la maîtrise de son environnement sont remises en question dès lors que la dépendance s'installe, laissant place au sentiment d'impuissance et de détresse.

L'idée que la mort ait une localisation dans le temps de la vie entretient cette angoisse de mort associée à la dernière période de la vie. En effet, encore trop souvent, vieillir suggère le rapprochement vers la mort. Considérée comme une réalité, cette croyance est en fait une manière de nier la vieillesse. Aussi, « un regard éthique sur la vieillesse serait de regarder la personne pour ce qu'elle est maintenant et non pour ce qu'elle a été ou ce qu'elle sera. Et donc contribuer à son autonomie » [21]. Ainsi, afin d'être rendue tolérable, cette angoisse de mort est organisée en différentes petites morts dont il appartient au sujet de faire le deuil. Ces pertes, qu'elles soient corporelles, affectives, sociales ou économiques renvoient au renoncement puis à l'acceptation de ce qui n'est plus ou de ce qui n'a jamais été réalisé.

4. PROBLÉMATIQUES DE LA PERSONNE AGÉE

4.1. La chute de la personne âgée

4.1.1. Généralités

La chute constitue la problématique la plus fréquemment rencontrée en gériatrie. Ses conséquences en termes de mortalité, morbidité, baisse d'autonomie, d'institutionnalisation et en tant que facteur de démotivation sont majeures. La fréquence des chutes est croissante avec l'âge, il en va de même pour la prévalence. En effet, 30% des sujets âgés de plus de 65 ans et 50% des sujets âgés de plus de 80 ans font une, voire plusieurs chutes par an. De plus, les chutes sont responsables de 12 000 décès par an. La chute représente également un facteur important

d'entrée dans la dépendance : 40% des sujets âgés hospitalisés pour chute sont orientés ensuite vers une institution [22].

4.1.2. Circonstances des chutes

Différents facteurs peuvent concourir à l'augmentation du risque de chute mais il s'agit le plus souvent d'un évènement multifactoriel. On différencie les facteurs prédisposants (facteurs de risques et conséquences des maladies chroniques et du vieillissement) des éléments précipitants qui peuvent être intrinsèques (propres au sujet) ou extrinsèques (liés à l'environnement) [23]. Certains facteurs sont pourtant plus déterminants que d'autres dans la survenue des chutes, notamment l'altération de l'équilibre et de la posture ainsi que de la rapidité et de l'efficacité des réflexes de protection. La manifestation de l'altération de ces stratégies correspond à [24] :

- Une projection postérieure du centre de pression ;
- Une modification de l'utilisation de la vision et de la proprioception et une négligence des informations vestibulaires ;
- Une moindre utilisation de la stratégie de cheville.

La chute est alors révélatrice d'un mauvais ajustement comportemental, c'est à dire d'une difficulté de l'individu à s'adapter à son environnement.

4.1.3. Evaluation et prise en charge en kinésithérapie

La démarche du MK permet à travers le bilan et l'utilisation des tests préconisés l'élaboration d'un bilan diagnostique masso-kinésithérapique (BDMK) du profil du chuteur ainsi que d'un traitement personnalisé suivi dans le temps. Le choix des tests est primordial afin d'éviter de mettre le patient en situation d'échec ou de danger à travers des protocoles peu adaptés, ces derniers étant déjà fragilisés. Le test moteur minimum (TMM) est relativement accessible en début de prise en charge afin de mesurer les capacités posturales et motrices. Il peut être complété par un timed up and go test (TUG), un walking talking test, voire un test de Tinetti ou encore par l'utilisation de la posturographie. Cependant, il faut rester vigilant, le manque d'équilibre statique n'est pas spécifiquement révélateur d'une possibilité de récurrence [23]. La recherche de troubles de l'équilibre dynamique à travers les activités fonctionnelles et principalement la marche permettra un diagnostic plus approfondi (partie dynamique de l'échelle de Tinetti, la vitesse de marche sur dix mètres, marche en tandem) [12]. C'est l'évaluation des déficiences au cours de la marche qui met le plus en avant le risque de récurrence. La diminution de la vitesse de marche, de la longueur des pas, une difficulté dans les demi-tours

et l'allongement du temps de double appui sont des paramètres caractéristiques et prédictifs de graves perturbations de l'équilibre dynamique. Ces difficultés liées aux nombreuses modifications induites par le vieillissement sont majorées lorsque le vieillissement est dit pathologique. Le bilan ne pourra se passer non plus d'une évaluation de la sensibilité du pied, de la qualité des transferts, du relever du sol, et de la peur de tomber. Une évaluation classique des amplitudes articulaires, de la force musculaire, des capacités d'adaptation à l'effort sont également nécessaires afin d'affiner le diagnostic et de déterminer un traitement adapté.

4.1.4. Incapacités fonctionnelles et handicaps liés à la chute

Les conséquences de la chute ne doivent pas être banalisées. Les suites traumatiques sont peu fréquentes (5 à 10% sont responsables de fractures) [25]. En revanche, les répercussions psychomotrices sont bien plus fréquentes et aussi plus dramatiques. Le syndrome post-chute est la conséquence psychomotrice de la chute, il correspond à la sidération des automatismes acquis déclenchée dans les heures suivant la chute, avec perte des réactions d'adaptation posturale et difficulté à se tenir en orthostatisme. Ce syndrome constitue une urgence gériatrique car il peut conduire à un déclin fonctionnel et une réduction de la mobilité importante induisant une perte d'autonomie, déterminant elle-même l'entrée en institution et la perte de l'indépendance. D'un point de vue psychologique, la prise de conscience de l'état de fragilité représente un choc émotionnel pour la personne âgée : perte de confiance en soi, sentiment d'insécurité et de dévalorisation se retrouvent fréquemment et entraînent un repli sur soi ainsi qu'une forme de démotivation. En l'absence d'une prise en charge adaptée, le syndrome post-chute peut évoluer vers un syndrome de régression psychomotrice.

4.2. Syndrome de régression psychomotrice

L'impact d'une immobilisation passagère ou d'une réduction progressive d'activité, de cause somatique ou psychologique peut avoir des effets particulièrement délétères sur l'ensemble des automatismes moteurs et posturaux devenant alors inopérant. Des conséquences graves et vitales peuvent se manifester sur les plans moteurs, neurologiques et psychologiques. Cela correspond au syndrome de régression psychomotrice, décompensation fonctionnelle dont l'apparition peut être brutale (syndrome post-chute) ou plus insidieuse dans le cas d'une restriction d'activité ancienne [12]. La composante dite motrice correspond à une attitude en rétroimpulsion du sujet en position assise, fesses au bord de l'assise et pieds positionnés en avant, compromettant ainsi les transferts assis-debout et debout-assis par manque de projection du

tronc en avant. On retrouve à la marche des difficultés d'initiation au démarrage avec aimantation des pieds au sol. Lorsque la marche est encore possible, l'altération de l'équilibre dynamique modifie son schéma : elle est réalisée par petits pas et le déroulement des pieds au sol est inexistant. De plus, l'attitude en rétropulsion persistante majore le déséquilibre arrière souvent compensé par inclinaison du tronc en avant et/ou flexion des genoux. Les signes neurologiques caractéristiques essentiels sont de deux sortes : la présence d'une hypertonie oppositionnelle et la perte des réactions d'adaptation posturale ainsi que des réactions de protection. Dans ce contexte le risque de chute est considérablement accru. Enfin, les signes psycho-comportementaux se caractérisent souvent par une peur à la station debout pouvant évoluer vers une véritable phobie de la verticalité, d'autant plus si la chute est à l'origine du syndrome. S'accompagnent à cette angoisse de la chute une perte de confiance en soi, un sentiment d'insécurité et de dévalorisation. Dans un tel contexte, les capacités d'initiatives s'amointrissent et la démotivation s'installe.

4.3. Démotivation de la personne âgée

4.3.1. Définition de la motivation

La motivation est un concept récent et ce terme communément utilisé de nos jours n'est en fait utilisé que depuis la moitié du vingtième siècle pour décrire « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques responsables du déclenchement, de l'entretien et de la cessation d'activité d'un comportement ainsi que la valeur appétitive ou aversive conférée aux éléments du milieu sur lesquels s'exerce ce comportement. » [26] Le terme motivation vient du verbe « moveo » qui signifie mouvoir, bouger, pouvant ainsi être envisagé comme une dynamique intérieure à l'origine de l'intérêt porté à un projet et de son actualisation.

Par l'approche d'un modèle intégratif de la motivation, Fabien Fenouillet a cherché à lier entre eux les différents concepts théoriques existants. Il en a dégagé la définition générale suivante : « La motivation désigne une hypothétique force intra-individuelle protéiforme, qui peut avoir des déterminants internes et/ou externes multiples, et qui permet d'expliquer la direction, le déclenchement, la persistance et l'intensité du comportement ou de l'action. » [27] Il indique cependant que cette définition ne permet pas pour autant d'en déterminer sa nature. Ainsi, il précise que « La motivation suppose non seulement qu'il y ait un motif au

comportement de l'individu mais aussi que ce dernier soit en mesure d'anticiper les effets de ce comportement s'il se décide à agir .» [27]

4.3.2. Les concepts théoriques

Depuis les premières théories motivationnelles en 1890, de nombreuses hypothèses ont vu le jour (une centaine) et ont tenté d'expliquer cette mystérieuse force qui favorise nos choix, nos efforts ainsi que la persévérance dans nos actes. Ces théories peuvent s'appuyer sur des bases physiologiques, psychologiques ou encore sociobiologiques.

Parmi ces théories, nous retiendrons celle de Paul Diel, fondateur de la psychologie de la motivation ainsi que le modèle de Deci et Ryan pour mieux comprendre les mécanismes mis en jeu dans le concept de motivation et mieux cerner comment la démotivation peut atteindre le sujet âgé.

Modèle de Paul Diel

D'après ce modèle, la motivation et le désir sont liés. L'objet en tant qu'élément attirant suscite l'excitation, et c'est le fossé entre l'objet et la satisfaction du besoin avivé qui crée le désir et donc la sensation de manque [28]. Selon Paul Diel, «Le désir est une action en suspens, une tension énergétique vers l'action. » [29] Tous les désirs sont pour lui ramenés à un seul désir essentiel que chaque être humain chercherait à épanouir. Du désir inassouvi découle une insatisfaction à l'origine de réactions d'adaptations visant à satisfaire l'excitation suspendue. La motivation émerge de ce désir, de cet élan vital animant l'individu, nécessaire à la poursuite d'un objectif déterminé et engageant le choix total de ce dernier ainsi que tout son potentiel d'adaptation face aux situations rencontrées.

Modèle de Deci et Ryan

Edward L. Deci, professeur de psychologie et de sciences sociales et Richard Ryan, professeur de psychologie, psychiatrie et de l'éducation, tous deux chercheurs et théoriciens de la motivation humaine et de l'autodétermination ont proposé un concept de la motivation se déclinant en deux types de motivations : motivation intrinsèque et motivation extrinsèque [28]. Ainsi, dans le premier cas, la motivation est auto-déterminée car le sujet lui-même est décideur et ses choix sont dirigés par l'intérêt et la satisfaction que ce dernier trouve dans l'action sans nécessiter de récompense ou valorisation extérieure quelconque. La volonté est orientée par un objet interne comme source de l'excitation (valeurs ou désirs) qui supporte et permet la réalisation d'un besoin auto-déterminé.

Dans le deuxième cas, on parle de motivation hétéro-déterminée dans le sens où le passage à l'action est influencé par une source extérieure au sujet et dépend de contraintes sociales ou relationnelles : besoin de recevoir la reconnaissance, la gratification d'un tiers, désir de possession d'un objet extérieur, ou encore motivation utile comme stratégie d'évitement pour échapper à une situation désagréable. La motivation peut alors renvoyer à l'apprentissage et à l'intégration du système des récompenses et/ou punitions. Il est intéressant de noter qu'une personne dont les sources motivationnelles sont principalement extrinsèques sera d'autant plus vulnérable avec l'avancée en âge que les objets convoités seront de plus en plus difficiles à atteindre [29].

Ces deux théoriciens ont aussi pu mettre en avant l'existence de trois besoins psychologiques basiques qui sont : le besoin de compétence, le besoin de relation sociale, le besoin d'autodétermination [27]. Le besoin de compétence correspond à la sensation d'efficacité éprouvée par l'individu lorsqu'il agit en connexion avec son environnement et qu'il a la possibilité d'exploiter ses capacités. Le besoin de relation sociale fait référence à la sensation d'interaction avec l'autre et d'appartenance, à la fois aux autres et à un groupe d'individus, dans l'idée de partager un sentiment d'unité. Enfin, le besoin d'autodétermination fait appel au fait d'être la source de son propre comportement. Ces besoins, lorsqu'ils sont satisfaits, « permettent à l'individu d'atteindre un optimal à la fois en termes d'expérience comportementale, de développement personnel, et d'expérience dans des situations spécifiques. » [27]

Pour conclure, citons que « La motivation fait encore partie des mécanismes de renforcement des apprentissages et de consolidation des choix : les succès la renforce, les échecs la diminue. » [26] Aussi, les défaites comme les réussites ont un impact inéluctable sur le niveau, l'intensité et la qualité de la motivation.

4.3.3. Les troubles de la motivation

Les troubles de la motivation renvoient à différentes idées : démotivation, perte d'initiative, apathie, émoussement affectif, dépression, symptômes négatifs. Nous nous intéresserons ici à la démotivation qui correspond à « un mécanisme actif, acquis et appris conduisant à la perte d'effectuation, des potentialités motivationnelles et conatives. » [29] La démotivation du sujet âgé est un problème majeur qu'il est important de considérer car elle peut rendre difficile une prise en charge de soins, voire la compromettre. En effet, elle peut nuire à l'implication du malade dans son projet de soins et à sa place de co-acteur de sa santé, le soumettant à toujours plus de dépendance et de désavantages. [30]

4.3.4. Les causes de la démotivation

« La démotivation ne semble pas se majorer avec l'âge (Chantoin S et al., 2001). Elle appartient donc au registre du vieillissement pathologique. » [29] Elle ne touche pas uniquement une partie de l'existence mais concerne l'individu dans sa globalité et représente le refus du sentiment d'impermanence qui s'accroît avec l'avancée en âge. [28]

- **La Démotivation comme mécanisme de défense**

« La nature a placé l'homme sous l'autorité de deux maîtres souverains : la douleur et le plaisir. Ce sont eux seuls qui indiquent ce que nous devons faire [...] Ils nous dirigent dans toutes nos actions, dans toutes nos paroles et dans toutes nos pensées. » Jérémy Bentham [28]

En effet, la démotivation est en partie considérée comme un mécanisme psychologique de défense face à la douleur que peuvent engendrer les pertes et échecs répétés, mais aussi contre le poids institutionnel, familial et social exercé sur la personne âgée. [28] La démotivation peut être perçue aussi comme une nécessité d'échapper aux pertes et aux deuils que la situation du vieillissement pathologique impose : perte des capacités physiques et cognitives, perte d'autonomie, deuil d'un rôle familial dont l'individu estime ne plus être à la hauteur, isolement social. En lien avec la théorie de Paul Diel, nous pouvons ajouter que la démotivation peut être déclenchée par la sensation d'une perte du désir devenu inaccessible, impossible à assouvir. [29] Aussi, les besoins décrits par Deci et Ryan sont atteints puisqu'ils ne peuvent plus être comblés : le besoin de compétence et le besoin de relation sociale sont compromis par les déficiences liées au vieillissement pathologique. Et lorsque la dépendance s'installe, le besoin d'autodétermination ne peut plus être totalement satisfait. La démotivation est donc utilisée comme une solution visant à limiter, voire éviter les douleurs liées aux besoins et/ou désirs non étanchés.

D'autre part, les contraintes liées à une hospitalisation en termes de restriction sociale et familiale ne sont pas sans conséquences sur la motivation du malade. Une institutionnalisation mal acceptée, l'infantilisation, les abandons familiaux sont autant de facteurs favorisant l'apparition d'une démotivation chez le sujet âgé. De même, les charges imposées par des pressions extérieures, entre autres les normes, les attendus sociaux qui prônent de manière contradictoire de rester jeune mais également d'accepter d'être son âge peuvent avoir un impact négatif sur le comportement individuel dès lors que ce dernier est particulièrement sensible aux regards dévalorisants portés sur la vieillesse.

- **Peurs et démotivation**

L'un des moteurs essentiels de la motivation est l'anticipation. Le désir déclenche l'anticipation qui permet l'élaboration d'un projet et le passage même à l'action. La représentation de l'objectif à atteindre permet à l'individu d'anticiper la satisfaction liée au résultat. De ce fait, lorsque ce mécanisme est perturbé, l'incapacité de se projeter dans l'avenir et d'anticiper la récompense diminue l'intérêt porté à la réalisation de l'action conduisant alors à une forme de démotivation. Différentes peurs sous-tendent la survenue d'une incapacité à anticiper. Tout d'abord la peur de l'avenir, étroitement imbriquée avec la peur du changement, est liée au risque que représente pour la personne âgée la projection de sa propre image dans le futur étant donné l'aspect inéluctable du vieillissement. D'autre part, la peur de la solitude intervient également dans les troubles de la motivation. L'impression d'être rejeté socialement, la désafférentation sociale représentent des craintes importantes pouvant immobiliser l'individu dans un présent sans perspectives d'avenir. C'est pourquoi un trouble motivationnel s'accompagne très souvent de repli sur soi et d'une démission caractéristique de la démotivation. Le manque de perspective d'avenir débouche alors sur une absence totale de projet de vie.

Nous l'avons évoqué, la peur de la chute peut contribuer à un syndrome psychomoteur favorisant la survenue d'une hypoactivité. [12] De même, la peur de souffrir, lorsqu'une douleur chronique, trop importante, amoindrit l'envie de se mouvoir et peut encourager l'installation de démotivation liée au mouvement et aux activités quotidiennes impliquant l'autonomie. [31]

- **Autres causes de la démotivation**

Il est important de comprendre que la motivation est une interaction entre cognition, conation et émotions. La cognition permet la compréhension du contexte présent et la détection de l'intérêt et des possibilités concernant une situation particulière. La conation représente la détermination et la persévérance dans l'action. Enfin, l'émotion fait référence à l'identification et l'anticipation des différentes envies, du plaisir. [28] Ainsi, interviennent dans l'élaboration de la motivation des facteurs à la fois psychologiques et neurologiques. Les conséquences d'un état de démotivation auront donc inévitablement un impact sur chacune de ces trois composantes. Les traits caractéristiques de la démotivation peuvent souvent être confondus avec ceux de la dépression. Si la dépression entraîne souvent une démotivation, il est important de distinguer les éléments qui les différencient (**Annexe 2**).

On retrouve, à l'origine d'une démotivation, ou fréquemment associés les traitements et troubles suivants [28] :

- Certains neuroleptiques, la consommation chronique de benzodiazépine ;
- Un syndrome de transfert ;
- L'hyponatrémie, la déshydratation, la perte de plus de dix kilos par rapport au poids idéal ;
- La dysthyroïde, l'hyperparathyroïdie ;
- Les déformations articulaires, rhumatismes inflammatoires chroniques et les douleurs chroniques,
- La paralysie ;
- Les déficits cognitifs, l'hypofrontalité, la dépression.

4.3.5. Les conséquences de la démotivation

De manière générale, la démotivation chez le sujet âgé se traduit par une hypoactivité ayant pour conséquence une aggravation des déficits moteurs, déclenchant une accélération du déclin fonctionnel. [12] A cela se rajoute la fatigue, les troubles de la vigilance et de l'attention causés par l'état de démotivation qui, on le sait, peuvent avoir des conséquences dramatiques chez le sujet âgé [29] : risque de chute accru et survenue d'un syndrome post-chute voire de régression psychomotrice, de déclenchement d'un syndrome de glissement.

Les répercussions de la démotivation sur l'individu ont elles-mêmes un impact non négligeable sur son environnement, notamment sur les possibilités et l'efficacité de la prise en charge du sujet. Si l'isolement social peut entraîner une démotivation chez le sujet âgé, la démotivation elle-même intensifie davantage ce retrait et de ce fait, renforce le désengagement vis-à-vis de soi et de l'autre. La démotivation est donc responsable d'un processus de désapprentissage de l'indépendance associée à un risque important de régression. Le patient se soumet de lui-même aux « agir » de l'environnement sans émettre d'avis sur ce qui lui arrive. Le prolongement de ces conséquences correspond à la déresponsabilisation de l'individu voire à son opposition à tout changement, ceci rendant plus difficile la prise en charge relative au projet de soins. [29] Le désinvestissement de la personne accroît alors la charge de travail du personnel pour un patient démotivé.

4.3.6. Le kinésithérapeute face à la démotivation du sujet âgé

La problématique que soulève la démotivation du sujet âgé doit être au cœur des préoccupations en rééducation gériatrique. Surtout en présence d'une fragilité, d'une dépression ou de démence, souvent associées à une démotivation. [29] En effet, l'absence de motivation peut entraîner un refus de coopération dans la rééducation voire une opposition totale. La fatigabilité présente, les douleurs limitant l'activité, ou encore les troubles d'afférentation sont des facteurs pouvant interférer avec la réalisation du projet de soins dans lequel s'inscrit le sujet. Ainsi, ils ne doivent pas faire l'objet que d'une simple constatation de la part du kinésithérapeute. [31] Pour cela, l'échelle d'évaluation de la démotivation chez la personne âgée de Philippe Thomas et Cyril Hazif-Thomas a été mise au point pour permettre de dépister la démotivation d'une personne âgée tout en tenant compte de l'état de « fatigabilité, des difficultés de concentration, et du désintérêt du sujet âgé. » [31] (**Annexe 3**) Cette évaluation s'effectue en équipe, en vue d'une meilleure adaptation du cadre de vie de la personne âgée.

Aussi, la prise en compte de cette problématique doit constituer pour le MK la première étape d'exploration d'un programme de rééducation visant une implication consentie du patient dans un projet commun de réhabilitation au mouvement. La connaissance de ces différents facteurs permettra une prise en considération réelle du vécu du patient à travers son corps et son mouvement. Une telle approche implique donc une évolution des objectifs qui devront se redéfinir à mesure que l'investissement de l'individu pris en charge progressera. Ainsi, considérer le niveau d'activité générale et le contexte psycho-social du patient pour rendre plus efficace notre intervention en tant que rééducateur du mouvement perturbé paraît essentiel. Car finalement, la démotivation ne correspond-t-elle pas, elle aussi, à la perturbation d'un mouvement, entendu ici comme mouvement de désir intérieur essentiel à l'action ?

5. LA DANSE et LE MOUVEMENT DANSÉ

5.1. Généralités

« Si la danse n'est pas thérapeutique en elle-même, pas plus que l'art ou la parole, elle peut le devenir grâce au dispositif dans lequel elle s'inscrit. Ainsi, au delà des enjeux thérapeutiques, la « danse thérapie » hérite de la danse en elle-même [...]. Elle demande aussi la faculté essentielle de convier les hommes à partager le rythme, la prise de l'espace, la conscience de ce qui est dans l'espace, le plaisir sensoriel et sensuel, en utilisant la mémoire culturelle, les rituels et les souvenirs de l'enfance. » Diane Jean-Sloninski [32]

5.1.1. Définition danse

La thérapie abordée par le biais de la danse ou du mouvement dansé se réfère à la fois au corps et à l'art. Donner une définition de la danse paraît complexe tant les expériences dansées sont propres à chacun et à la façon dont le mouvement est vécu. Nous pouvons en revanche évoquer certains points signifiants relevés par Benoit Lesage, médecin, docteur en sciences humaines et formateur en danse-thérapie : « Danser, c'est bouger, se mouvoir... même si l'immobilité est une figure de danse, mais alors une immobilité pleine, habitée et habitante. [...] Danser c'est mettre en œuvre le mouvement en dehors d'une finalité instrumentale. [...] Danser, c'est aussi mettre en forme le corps [...] Danser, c'est encore mettre en jeu le geste dans ses qualités spécifiques [...] : espace, temps, énergie.» [33]

5.1.2. Danse : activité psychocorporelle et thérapeutique

La danse ou le geste dansé, en tant qu'activité psychocorporelle, cherche à privilégier un mode d'expression autre que le langage verbal afin d'aider l'individu dans son expression et sa relation à autrui. [32] Elle peut intervenir à ce titre comme médiateur dans un processus thérapeutique afin d'accompagner la démarche du thérapeute et venir compléter d'autres méthodes. La danse en tant que pratique rituelle est présente dès la préhistoire, pour soigner, célébrer la nature et les événements qui s'y rattachent. [32] Plusieurs formes d'approches thérapeutiques par la danse ont vu le jour depuis et ont fait l'objet de théories. Ces formes sont nées dans les années 1930 et 1940, on les retrouve sous l'appellation de « Dance movement therapy » (DTM), « Thérapie par la danse et le mouvement » ou « danse thérapie » (DT). Pour la société française de DT, « La danse thérapie reprend une fonction universelle et traditionnellement courante de la danse qui s'appuie sur la dynamique corporelle et symbolique de la danse, pour aider l'Homme à intégrer harmonieusement les différents registres qui le constituent : physique, psychique, mental et social. » [34] Sa quête tend à établir, ou rétablir l'investissement et la relation de l'individu avec le monde, par l'intermédiaire d'un corps en mouvement et sensible. La base de cette démarche, d'après Benoit Lesage, fait intervenir au moins deux niveaux d'intégrations reliés entre eux : la sphère somatique, qui correspond à l'intervention du corps dans son aspect anatomo-fonctionnel et la sphère psychique, qui correspond à l'aspect affectif, imaginaire, symbolique, en référence à la créativité, pour une expression poétique du mouvement. Cependant, un travail corporel n'induit pas forcément un

travail psychique, il faut donc réunir les conditions nécessaires permettant de faire résonner entre elles ces deux sphères. [33] Les buts recherchés ne sont ni la performance, ni l'esthétique et il n'est pas nécessaire d'avoir des notions en terme de technique de danse. C'est ce qui se produit pour l'individu en termes d'expression, de vécu, de ressenti qui importe.

5.1.3. Les composantes du mouvement

Selon Rudolf Laban, pionnier de la danse moderne, « si le mouvement utilitaire est motivé par une intention - l'esprit dirige le mouvement -, dans la danse, c'est le contraire, le mouvement stimule l'activité de l'esprit. La danse est donc un langage d'émotion, certes, mais avant tout un langage d'action, dans lequel les intentions variées et les efforts corporels et mentaux de l'homme sont organisés dans un ordre cohérent.» [33] Rudolf Laban base son analyse du mouvement sur une systématique à quatre composantes : l'espace, le temps, le flux, le poids. Ces facteurs permettent d'apporter des nuances en termes de qualité du geste et de présence physique, et ce de manière intentionnelle. Depuis, ces notions ont évoluées vers des propositions plus élargies et on en dénombre cinq : le corps, l'espace, le temps, l'énergie, la relation aux autres.

La notion de Corps :

Elle renvoie à la conscience du corps en tant qu'unité ainsi qu'à la dissociation des différentes parties que le constitue. Elle fait appel au développement de la proprioception permettant de définir les attitudes et postures adoptées, à toutes les actions possibles à réaliser. La notion de poids entre dans celle du corps. Cette notion de gravité fait référence à l'éprouvé : sentir, utiliser la loi de la pesanteur qui nous travaille et nous organise. Elle implique la reconnaissance de la qualité d'ancrage des appuis au sol : comment sont-ils gérés, utilisés, et enfin, comment influencent-ils la qualité du mouvement de tout le corps.

La notion d'espace :

Ou plutôt spatialité. L'espace offre une multitude de points de repères permettant au corps en mouvement de s'y inscrire, de s'y déployer et à l'individu de s'y investir. Parmi ces points de repères on retrouve : l'orientation, la direction, la trajectoire, les niveaux. L'espace permet au sujet dansant de créer des formes, des tracés, de jouer avec les distances dans sa relation à l'espace lui-même et à l'autre.

La notion de temps :

Elle correspond à la conscience du temps en termes de durée, vitesse, accents, pulsations, sons, atmosphère musicale, structure musicale. La notion de phrasé musical est primordiale dans l'approche du temps, elle comprend un « élan, qui a à voir avec l'appui, un développement, une fin, une ponctuation, c'est à dire un temps de récupération qui n'est en rien un temps mort. » [33] La conscience du phrasé permet de déterminer les impulsions et le développement du mouvement : soudain ou continu, rapide ou lent...

La notion d'énergie (ou flux pour R. Laban) :

Le facteur énergie est la combinaison des 3 facteurs : poids, espace et temps, conférant au geste dansé ses qualités. Il permet de faire varier les états de corps de façon consciente et maîtrisée. On retrouve la diversité de ce qu'est l'énergie à travers huit verbes d'actions déterminés par R. Laban. Ces verbes d'action permettent d'explorer et d'éprouver différentes formes d'expression, différentes sensations et émotions. Les variations d'énergie sont le fait de variations toniques liées à l'alternance de tensions et détentes. « Le flux du mouvement suppose un jeu coordonné de co-contractions, de décontractions musculaires et de prises d'appui. » [33] Le geste peut donc être qualifié de fluide, élégant, harmonieux, ou au contraire, saccadé, fragmenté, rigide.

La notion de relation :

Elle existe dans le rapport que l'individu a avec tous les autres fondamentaux, c'est à dire avec son propre corps dansant, avec un partenaire, le spectateur, avec l'espace, le temps et la qualité dans laquelle il se meut.

5.1.4. Les principaux styles de danse

La danse est caractérisée par une multitude de styles à travers le monde. Ces différents aspects de la danse tiennent à l'histoire des cultures, leurs choix et le sens qu'ils ont bien voulu donner à cette pratique. [32] Chaque peuple danse pour diverses raisons et de manière différente. Pour certains elle est un art, pour d'autres un rituel, ou encore un divertissement. Ainsi, elle peut être l'occasion de transmettre des idées, véhiculer des émotions, raconter une histoire, célébrer des événements importants. Nous n'évoquerons ici que certains styles de danse à savoir : les danses de salons, les danses traditionnelles, la danse académique, et la danse contemporaine afin de mieux correspondre à notre recherche.

La danse de salon désigne l'ensemble des danses pratiquées lors des bals. Elles sont d'origines diverses : Europe, États-Unis, Amérique du sud, etc. Elles ont émergés dans les années 1950 et ont évolué depuis. Parmi les plus anciennes on retrouve par exemple : la valse, la

polka, le quadrille, la scottish... Et parmi les plus modernes, le tango, la rumba, le charleston, le madison...

Les danses traditionnelles correspondent au répertoire rural. Se sont les danses spécifiques à une région, un village ou une communauté. On regroupe sous le terme « danses traditionnelles » les danses folkloriques, ethniques et populaires. Elles sont pratiquées lors des bals et sont caractérisées par un sens important de cohésion sociale. Ainsi, se sont essentiellement des danses collectives (en ronde, en chaîne, en couple).

La danse académique est caractérisée par ses codes, son écriture, et son enseignement spécifique. Son objectif est d'être donnée en spectacle. En opposition, la danse moderne s'est dégagée de ces principes pour rechercher une danse plus spontanée, expressive et universelle qui donnera plus tard naissance à la danse contemporaine, alliant à la fois technique et créativité.

Les théories élaborées autour du mouvement dansé, la variété des styles de danse confèrent à cette pratique richesse et accessibilité. En effet, la danse est présente dans toutes les cultures, accessible à tous, sous différentes formes : bals, danses de rue, cours techniques, spectacles... Et il semblerait que ses apports et ses bienfaits puissent intéresser d'autres domaines que ceux de la culture, du sport et du bien-être.

5.2.Effets physiologiques de la danse et du mouvement dansé chez la personne âgée

Le développement sur les représentations sociales de la vieillesse a permis de mettre en avant que trop souvent, la vieillesse n'est envisagée que sous l'angle du déclin physique et la personne âgée réduite à sa seule caractéristique d'âge. Pourtant, de nombreuses études démontrant les effets bénéfiques physiologiques et psychologiques de l'exercice dansé sur le corps nous offrent un nouvel éclairage sur la possibilité de vivre plus sereinement le vieillissement [35] [36].

5.2.1. Amélioration des paramètres cardio-vasculaires et de l'endurance

Une étude anglo-saxonne a démontré l'influence positive de la thérapie par le mouvement dansé (TMD) sur les paramètres cardio-vasculaires et la VO_2 max [37]. En effet les patients souffrant d'hypertension ayant pratiqué la TMD à raison de deux fois par semaine pendant un mois ont diminué leur fréquence cardiaque de repos mais également la pression diastolique et systolique de repos. Concernant les paramètres d'endurance, la VO_2 max (estimée) des patients était améliorée.

Une autre étude s'est, quant à elle, intéressée aux effets de la valse sur les patients souffrant d'insuffisance cardiaque [38]. Les effets bénéfiques, comparables à ceux des exercices aérobiques traditionnels, montrent une amélioration des capacités fonctionnelles et une meilleure relaxation endothélium dépendante. L'étude de Bellardinelli et al. démontre des résultats similaires [39].

La TMD permet ainsi d'améliorer les paramètres cardio-respiratoires chez les patients présentant des déficiences cardiaques mais également chez les patients ne présentant aucun trouble cardiaque selon une étude coréenne [40].

Ces résultats permettent donc d'envisager d'associer la TDM à des exercices aérobiques traditionnels dans le cadre d'un programme de rééducation chez les personnes âgées.

5.2.2. Vers une diminution du risque de chute...

Nous l'avons vu, la chute constitue un des accidents les plus fréquents de la vie courante chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Parmi la multitude de facteurs de risque existant, la perte du contrôle postural (dynamique et statique) et la diminution de la proprioception sont largement évoquées. Ainsi, nous nous attacherons plus particulièrement à ces paramètres dans notre tentative de lien entre le mouvement dansé et les objectifs masso-kinésithérapiques.

Amélioration de la proprioception

Quelques études se sont penchées sur les outils d'amélioration de la proprioception chez les séniors. Marmeleira et ses collaborateurs se sont intéressés à l'impact du mouvement artistique créatif sur la proprioception chez les séniors [41]. L'étude portait principalement sur les articulations des membres supérieurs et de l'articulation tibio-fémoro-patellaire.

Leurs études laissent apparaître que les personnes ayant suivi un programme de danse créative pendant trois mois ont largement amélioré leur proprioception, plus que celles qui n'ont pas suivi de programme particulier. Le programme de danse créative aiderait de ce fait à améliorer la prise de conscience du corps qui influencerait directement sur la proprioception chez les personnes âgées.

Notons que la diminution de la proprioception intervenant dans le risque de chute influe également la marque de l'identité. En effet, les observations de Schilder montrent que des troubles proprioceptifs dus à divers traumatismes, peuvent générer des troubles d'identité [42].

Amélioration de l'équilibre

Une étude s'est penchée sur l'influence d'un programme de salsa de deux mois sur le contrôle postural statique, dynamique chez les personnes âgées [43] et a conclu que le déficit dans le contrôle postural statique et dynamique était atténué. Dans une autre étude [44], Sofianidis et al. ont noté une réduction de la variation du centre des pressions ainsi qu'une diminution des oscillations du tronc lors du test de Romberg (sur une jambe).

D'autres études, toutes menées auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson, viennent appuyer ces résultats [45]. Afin d'apporter un éclairage sur une rééducation plus adaptée pour les personnes âgées fragiles, Kantorovich et al. ont tenté de comparer une rééducation de kinésithérapie basée sur des exercices traditionnels d'équilibre et une thérapie par le tango auprès de patients souffrant de la maladie de Parkinson. Les deux types de thérapies induisent des améliorations conséquentes mais l'étude tend à montrer une amélioration de l'équilibre plus importante par le biais du tango. Une autre étude atteste les mêmes résultats en ajoutant que les patients en bonne santé ayant bénéficié du tango tendent à montrer plus d'assurance concernant leur équilibre que les patients ayant reçu une rééducation traditionnelle [46].

Mc Kinley and al. ont pu révéler une amélioration plus importante de l'équilibre chez les patients sains ayant bénéficié d'un programme de tango comparativement aux patients ayant bénéficié d'un programme de marche [47].

Ainsi, il apparaît que toutes ces études sont unanimes concernant les effets bénéfiques du mouvement dansé et plus particulièrement ceux du tango dans l'amélioration de l'équilibre. Nous pouvons donc conclure à l'importance de prendre en considération la thérapie du mouvement dansé comme outil en rééducation qui permet l'amélioration de l'équilibre, afin de réduire le risque de chute chez la personne âgée. Toutefois une meilleure efficacité des résultats ne doit pas envisager la danse comme une substitution à une rééducation de kinésithérapie dans laquelle le masseur-kinésithérapeute apporte toute ses connaissances et ses compétences spécifiques paramédicales au service du patient.

Amélioration de la force musculaire

Les preuves scientifiques tendent à prouver que la danse améliore la force musculaire et l'endurance des membres inférieurs mais de façon moins évidente que l'étude portant sur l'équilibre [48]. Les améliorations ne sont pas spécifiques à la danse puisque l'on retrouve ces mêmes bénéfices chez les patients ayant été soumis à un programme de marche, comparativement à un programme de danse. Néanmoins, les bénéfices obtenus par la marche sont moindres que ceux obtenus par un programme de danse [49].

Amélioration des fonctions cognitives

Le vieillissement correspond à un déclin physique progressif associé communément à une diminution des capacités cognitives.

Kattenstroth et al. ont démontré que des patients soumis à un programme de thérapie de danse pendant six mois alors qu'ils n'ont aucune expérience particulière de la danse favorise les performances cognitives [50]. Aussi, Shin et al. (2009) ont pu révéler une amélioration des fonctions cognitives du lobe frontal par la pratique de la danse chez des personnes âgées saines [51].

Une autre étude coréenne vient compléter les études précédentes en démontrant que chez les personnes souffrant d'un syndrome métabolique, la pratique de la danse améliore le débit verbal et leur mémoire de rappel différé [52].

5.3. Effets psychologiques de la danse et du mouvement dansé chez la P.A.

5.3.1. Prévenir et traiter la démence

La démotivation et l'apathie peuvent se retrouver chez 40% à 50% des démences de type Alzheimer, surtout lorsque les troubles cognitifs sont importants [29]. Au regard de plusieurs études, la danse pourrait intervenir comme un outil à la fois thérapeutique et préventif.

En 2003, une étude s'intéressant au lien entre activités de loisir et démence [53], a pu mettre en avant que les activités de stimulation mentale telles que les mots croisés diminuent le risque d'apparition de démence alors que les activités physiques n'ont pas d'impact. L'étude souligne l'exception de la danse (notamment celle de salon) qui diminue sensiblement (76 %) le risque de développer une démence. Ecouter activement le rythme de la musique, mémoriser des séquences de pas de danse, tenir compte du partenaire sont des activités mentales qui expliqueraient de tels résultats.

Les patients souffrant de démence perdent leur capacité de communication et la danse apparaît alors comme outil légitime de communication non-verbale dans le traitement de la démence. Lorsque la maladie est installée, la danse vient solliciter d'une part le potentiel disponible du patient et utilise d'autre part la spontanéité pour favoriser un travail d'expression. Ici, la recherche du plaisir par la pratique d'une activité de danse sert à déclencher l'action. En

rééducation, il est important de savoir rebondir sur ce mouvement spontané afin de le prolonger et le rendre intéressant, tant au niveau moteur qu'expressif [54].

Une expérience menée par Mallet et Coudreuse a pu mettre en avant les effets positifs d'une prise en charge corporelle et musicale (en groupe et individuellement) sur des patients atteints de démence. Elle a favorisé une meilleure mobilisation, sollicitation de l'attention et de l'intérêt des participants, une meilleure réactivation du système mnésique et associatif ainsi qu'un renforcement de la logique et de la cohérence dans une situation donnée. Cette expérience a permis également de montrer l'établissement d'une relation entre la musique (rythme, mélodie) et la mise en mouvement ainsi que l'investissement corporel. Il est important de souligner que cette approche ne permet ni de retrouver des fonctions perdues ni d'empêcher le processus de vieillissement. Elle permet uniquement de mobiliser et stimuler un potentiel restant [54].

5.3.2. Lutter contre la dépression

« La dépression représente chez la personne âgée la première cause d'altération de la conation. » [26].

La danse est une activité physique mais également sociale qui, quand elle est pratiquée en groupe ou duo, éviterait l'isolement social qui semble jouer un rôle important dans l'apparition de dépression.

Une étude a révélé l'efficacité d'un programme de douze semaines de danse coréenne traditionnelle dans la diminution de la dépression chez des patientes âgées dépressives [40].

En 2005, une étude menée sur les effets de la thérapie par le mouvement dansé (auprès d'adolescents) a démontré que la thérapie par le mouvement tendrait à moduler favorablement les concentrations de sécrétion de sérotonine et de dopamine et de ce fait, améliorerait l'état psychologique de patients souffrant de dépression [55].

En effet, la danse est particulièrement indiquée pour des personnes isolées socialement et d'humeur anxio-dépressive. L'expérimentation d'une activité de danse auprès de patients âgés dépressifs, en convoquant une ambiance affective positive a eu une influence favorable sur certains paramètres tels que l'humeur, les angoisses, la confiance en soi et la dévalorisation [54].

5.3.3. Vers une meilleure image du corps

La faible estime de soi et la distorsion de l'image du corps qui accompagnent fréquemment le vieillissement ont été évoquées. Le déclin physique progressif induit des nouvelles perceptions inconfortables qui interfèrent avec l'image du corps. Or certaines études tendent à démontrer le rôle important de la danse ou du mouvement dansé dans le

développement d'une nouvelle conscience du corps et l'amélioration des représentations de soi (**Annexe 4**).

Une étude [56] menée auprès de patients obèses démontre une amélioration de l'image du corps et de la conscience du corps après avoir bénéficié de la thérapie par la danse. Les patients ont montré une amélioration de la posture lors de la marche, une amélioration du ressenti dans le transfert du poids du corps, un meilleur ancrage dans le sol en association avec leur image du corps. Cependant la mobilité des bras et des hanches était encore limitée.

Une autre étude [57] s'est penchée sur la relation entre le mouvement créatif et l'image du corps et précise que les femmes (âgées entre 18 et 69 ans) ayant pratiqué la danse créative au moins cinq ans ont une meilleure image du corps que les personnes ayant pratiqué cette activité moins de cinq ans. Tout ceci tend à montrer qu'une implication dans le mouvement créatif dansé favorise une image positive du corps (de l'apparence et des différentes parties du corps).

Notons que cette étude est une des rares à considérer la différence entre les danses dites de salon et le mouvement créatif. En effet le mouvement créatif se distingue des danses de salon par son approche moins structurée avec une absence de standards attendus et de performance. La danse, lorsqu'elle offre un espace de créativité et de liberté privilégie l'exploration d'expériences sensori-motrices inédites, une gestuelle plus libre et la possibilité de découvrir le corps dans sa totalité. Tout ceci concourt à une meilleure prise de conscience du corps à travers les différents paramètres du mouvement évoqués ainsi qu'à la valorisation des capacités physiques souvent sous-estimées chez ces patients.

6. COMMENT INTRODUIRE LA DANSE EN REEDUCATION

Comme dans la pratique de la kinésithérapie, la danse cherche à accroître les possibilités de mobilité (**Annexe 5**). Cet aspect commun renforce l'intérêt d'une rencontre entre ces deux disciplines. Ainsi, cette partie sera consacrée au développement d'un lien entre la pratique de la danse et celle de la kinésithérapie, afin d'encourager une coopération en faveur de la rééducation.

6.1. Quel type de mouvement dansé/ forme de danse proposer ?

La danse va souvent de pair avec une image sublimée du corps : corps jeune, en bonne forme physique, à la fois souple, dynamique et puissant. Par analogie et inconsciemment, ces qualités attribuées au corps du danseur peuvent permettre aux personnes âgées « un réinvestissement de leur propre corps jeune » [58]. La beauté conférée à la danse permet de lui

associer des qualités de mouvements telles que l'harmonie, la fluidité, l'élégance... que le sujet recherchera dans sa pratique.

6.1.1. Valse ou tango ?

Comme nous l'avons abordé auparavant, de nombreuses études scientifiques tendent à montrer les effets positifs de la danse sur le corps à la fois d'un point de vue physiologique et psychologique. Etant donné les divers types de danse existants il est intéressant de se demander si certaines danses ou certains types de mouvements dansés seraient plus ou moins adaptés et efficaces au regard des différentes pathologies existantes.

Pour répondre en partie à ce questionnement, Hackney M. et Earhart G. [59] ont mené une étude sur le tango et la valse afin de vérifier leur impact respectif sur des patients souffrant de la maladie de Parkinson. Les résultats de cette étude montrent que les patients ayant reçu vingt heures d'instruction de tango répartis sur treize semaines ont amélioré significativement leurs scores au test de six minutes et au BBS (Berg Balance Scale) et cela de manière plus importante que les patients qui ont suivi le programme (identique) de valse. De plus les personnes ayant pratiqué le tango ont réduit de façon plus importante le phénomène de freezing comparativement aux personnes ayant pratiqué la valse. Cette étude nous permet de conclure que le tango serait une danse qui répondrait de manière plus appropriée aux problèmes que rencontrent les patients souffrant de la maladie de Parkinson.

Selon les auteurs, cette différence pourrait trouver son explication dans les différences d'origine socio-culturelle des patients.

De plus, le tango améliorerait les performances car il est plus proche des stratégies utilisées communément par les MK (enjamber, report du centre de gravité d'un pied à l'autre). Le tango alternant des phases de pas rapides et lents, de longueurs différentes, requiert de ce fait par le patient un ajustement continu des pas dans le temps et l'espace.

Pour améliorer la marche arrière, le tango qui contient de plus longues phases de marche arrière que la valse semble donc plus approprié.

Cette étude permet de comprendre l'importance de prendre en compte en kinésithérapie les effets spécifiques possibles des diverses formes de danses.

Le cas de Madame G.

Il s'agit d'une expérience de l'intégration du mouvement dansé au sein du projet de rééducation de Mme G., patiente âgée de 77 ans et hospitalisée en service de SSR suite à des

chutes répétées sur séquelles d'AVC droit ancien. Ces chutes, mal vécues par la patiente l'ont fragilisé moralement, car elle supporte mal cette perte de contrôle et la perte d'autonomie que cette situation impose. La prise en charge de Mme G. consiste donc à restaurer un bon équilibre, une marche sécurisée, des réactions d'adaptations efficaces afin d'éviter la chute ainsi qu'à l'apprentissage du relever du sol. Aussi son appréhension de la chute et le repli sur elle-même que cela occasionne sont à considérer dans notre prise en charge.

Le bilan a permis de retrouver chez Mme G. une attitude statique avec retrait du côté hémiparétique et un poids de corps situé préférentiellement à droite. A la station bipodale, on retrouve un manque de mise en charge du côté gauche, l'hémi-bassin est en retrait et le membre inférieur légèrement en arrière, le genou est fléchi. Son membre supérieur gauche est lui aussi en retrait vers l'arrière et ballant le long du corps. L'observation de la marche a révélé une absence de déroulé du pas, un recurvatum de genou lors du pas postérieur gauche ainsi qu'un fauchage du membre inférieur gauche lors du pas oscillant. Il y a une esquive d'appui du côté hémiparétique avec une longueur de pas raccourcie à droite. On note aussi une perte du ballant des bras, ainsi qu'une absence de croisement des ceintures scapulaire et pelvienne.

Nous avons dans un premier temps utilisé le « slow » afin de faire ressentir à Mme G. ce à quoi correspond le transfert du poids du corps en station debout. La patiente a tout de suite compris la consigne et a stimulé son imaginaire pour le faire en musique « dans sa tête ». Elle a immédiatement manifesté son enthousiasme pour cette pratique qui lui rappelait beaucoup de bons souvenirs. Par la suite nous avons tenté de travailler cette même notion par l'approche de la valse, plus difficile, mais permettant de prolonger le temps d'appui sur un côté et de rythmer les transferts d'appuis. De « sur place », nous sommes progressivement passées au déplacement en intégrant de plus en plus la conscience de l'égalité des pas, du contrôle du genou, de la symétrie des épaules et du bassin. Il a été difficile d'intégrer un travail du regard, trop précoce compte tenu de la durée de la prise en charge. Une approche par la danse a permis à Mme G. de comprendre et d'appliquer la notion de transfert de poids du corps, de contrôle de sa posture et des segments de son corps. L'image positive qu'elle a de cette pratique liée à son expérience et les souvenirs que cela lui évoque ont contribué à déclencher un enthousiasme et une implication certaine pendant le temps dédié à la rééducation.

6.1.2. Danse créative, danse expressive

Les stéréotypes autour de la danse et du corps du danseur, même s'ils sont positifs, négligent souvent l'idée que la danse n'est pas seulement une forme mais aussi l'expérience d'un vécu, d'un ressenti, c'est l'essence même de la danse contemporaine [58]. La place du

ressenti est majeure dans la définition d'une danse expressive car il représente une expérience vécue de manière immédiate en relation avec le monde [60]. De même, l'émotion est un facteur important qui peut caractériser une danse « d'expressive ». Elle est déclenchée par le mouvement et est prolongée par la prise de conscience qui en résulte. L'émotion en danse trouve sa rationalité dans le sens où le mouvement fait l'objet d'une compréhension et d'une évaluation de la part des spectateurs comme des interprètes, il est porteur de sens et de significations qui peuvent être identifiés. La créativité nécessaire à la pratique d'une danse expressive, peut être comprise comme une forme d'inventivité. Ce potentiel créatif existe chez chaque être humain et tient de l'expérience de soi, c'est à dire d'une vie vécue comme authentique. Elle est « du registre de la santé psychique » et relève « du registre de l'être, avant de se manifester dans celui du faire » [61].

La créativité relative au vieillissement correspond à une solution inédite en réponse à la situation inédite qu'est cette étape de la vieillesse. Dans le processus du vieillissement, la créativité peut permettre d'entretenir un lien vivant avec son expérience passée : expression d'un vécu, de sensations restées informulées, tout en reconnaissant la part du présent qui permet cette expérience inédite. Ce travail permet ainsi de donner un nouveau sens, une nouvelle orientation à sa vie et de la partager. La notion de créativité peut donc être une réponse à la problématique de démotivation dans le sens où elle permet à la personne âgée de continuer à être un individu fait de désirs, poursuivant une vie vécue dans son authenticité.

Le cas de Madame F.

Mme F., âgée de 78 ans, hospitalisée en SSR suite à la mise en place d'une prothèse intermédiaire de hanche droite, n'a pas droit à l'appui au moment de la prise en charge. En attendant une reprise de la marche en vue de sa ré-autonomisation, notre intervention consiste à améliorer sa statique et limiter l'enraidissement et l'attitude des membres inférieurs en coup de vent vers la droite en position assise. Cette patiente présentait une dépression unipolaire sur des troubles de la personnalité. L'approche de la rééducation par le biais de moyens kinésithérapiques (postures, étirements, autograndissement axial actif) n'a pas été concluante auprès de cette patiente qui se dévalorisait continuellement. D'attitude plutôt distante, elle avait du mal à rester concentrée lors des séances et ne trouvait aucun intérêt à faire les exercices proposés. Nous avons donc abordé le travail par le biais de la danse, dans un premier temps plutôt codifiée. Ainsi, l'approche de l'ouverture des épaules, du redressement et de la conscience de sa statique a été réalisée par l'apprentissage des « ports de bras » en danse (antéimpulsion, abduction et élévation des membres supérieurs). Progressivement, le travail des

membres supérieurs et du tronc, toujours pas l'intermédiaire du mouvement dansé est devenu plus créatif, la patiente devait elle même déployer ses membres supérieurs à l'aide d'images poétiques liées à la nature, ou en utilisant un objet permettant de prolonger le corps. Ainsi, l'approche d'une danse par mimétisme puis expressive et improvisée en y impliquant le travail du regard pour favoriser la prise de conscience de sa statique a pu contribuer à amener plus de présence et d'investissement lors de la séance de rééducation.

6.2. Quelle fréquence pour des effets optimaux ?

Il existe aujourd'hui très peu d'études qui se sont penchées sur la fréquence de pratique dans la semaine d'une activité de danse en vue d'une amélioration optimale des fonctions physiques.

Toutefois Justin et al. ont étudié les effets de la pratique hebdomadaire du mouvement dansé sur les personnes âgées de plus de 70 ans [62]. Cette étude a été menée afin de démontrer si une séance hebdomadaire ou deux, étaient le plus efficace dans l'amélioration de la condition physique.

Au regard des résultats, il n'apparaît aucune différence significative entre les deux groupes étudiés. Mais l'étude conclue qu'une séance hebdomadaire est suffisante pour induire des changements physiologiques significatifs favorables à la santé.

Notons que l'étude n'a précisé à aucun moment la durée de la séance qui influence indéniablement les résultats et de ce fait constitue un biais important.

6.3. Mouvement dansé pratique solo ou duo ?

Hackney M. et Earhart G. ont démontré dans leur étude qu'une pratique de mouvements dansés en solo chez les patients atteints de la maladie de Parkinson n'améliorait pas de façon significative l'équilibre et la vitesse de marche comparativement aux sujets pratiquant la danse en duo (échelle de Hoehn and Yahr stades of I-III) [63]. On observe une amélioration dans la marche et l'endurance chez les personnes pratiquant en duo mais cela de manière très peu significative. Les auteurs ont émis l'hypothèse que l'amélioration de l'équilibre était moindre chez les personnes pratiquant en duo du fait qu'elles pouvaient utiliser leur partenaire comme une aide lors des sollicitations, réduisant ainsi l'efficacité en tant que méthode thérapeutique. De plus, on pourrait penser qu'une pratique à long terme pourrait créer une dépendance au partenaire. Cependant, les auteurs ont noté que les patients ayant pratiqué en duo

ont montré beaucoup plus d'enthousiasme (que ceux ayant pratiqué en solo) et expriment un intérêt plus grand à continuer ce genre de pratique.

En effet, le groupe est un élément porteur, il apporte une structure, des repères et permet l'échange entre les individus. Il privilégie un travail d'imitation, de reproduction, de création et peut relancer l'estime de soi [32]. En ce sens, il favorise le lien social et offre la possibilité à chacun de trouver sa place au sein d'un groupe. En pratique, l'utilisation du cercle est intéressante de par sa convivialité. Il permet d'échanger des regards et rassure. L'utilisation d'objets permet souvent de ne pas se sentir nu ou vide. Ils peuvent être utilisés pour : prolonger le corps, amplifier le mouvement et induire une qualité particulière (foulards, rubans, plumes, ballons, etc.) ; danser à deux de manière concrète (si chacun tient le bout d'une ficelle par exemple, l'un devant être à l'écoute de l'autre pour ne pas rompre ce lien concret). Néanmoins, la pratique en groupe ne permet pas toujours d'exploiter totalement le potentiel de chaque personne.

La danse pratiquée en solo place l'individu dans sa relation à lui-même et en lien avec les cinq composantes du mouvement. La découverte de ses possibilités corporelles est facilitée dans cette situation. Seul, le patient peut plus facilement se concentrer sur lui-même, sur ses sensations et ce qu'il souhaite exprimer. Pour le MK, cette approche permet davantage de cibler les objectifs déterminés propres à un malade. Le contexte dans lequel s'inscrit la danse offre des possibilités variées d'applications en rééducation et l'orientation choisie sera déterminée par les éléments du bilan diagnostic masso-kinésithérapique.

Les résultats des diverses études scientifiques existantes s'étant intéressées aux effets bénéfiques de la danse sont concluants et il apparaît de manière indéniable des potentialités certaines quant à la contribution de la danse ou du mouvement dansé dans la santé et le bien-être des personnes âgées (**Annexe 6**).

Toutefois, il est important de souligner que toutes ces études ont utilisé la musique en association avec la danse et le mouvement dansé (il est cependant possible de danser sans support musical). Cette remarque nous amène à nous questionner sur le réel impact du mouvement dansé sans support musical. Il serait donc intéressant de reprendre certaines études pour les mener sans support musical afin de déterminer l'efficacité réelle du mouvement dansé en tant que thérapie. Ajoutons que la danse possède elle-même une musicalité qui lui est propre. La combinaison des paramètres qui la caractérisent permet de faire ressortir un phrasé musical dans le mouvement. Une séquence dansée comprend un début, un développement fait de

nuances et de couleurs variées : intensités variables, changements de vitesse et d'énergie, silences... Une danse ainsi ponctuée donne à voir, à ressentir un mouvement rythmé et musical.

Car la musique, tout comme la danse fait appel à des circuits cérébraux superposables au système des neurones miroirs découverts par Giacomo Rizzolatti. Ces neurones sont un sous-ensemble de neurones dont la caractéristique est de se mettre en activité lorsque l'individu effectue une action ou lorsqu'il observe un autre individu effectuer la même tâche. Ce système de neurones miroirs jouerait un rôle important, notamment dans les actions suivantes : imitation et apprentissage par imitation, empathie, désir, compréhension des actions et des intentions d'autrui (théorie de l'esprit), relations interpersonnelles et compétences sociales...

Le tango par exemple, par ses caractéristiques rythmiques et sensori-motrices, semblerait avoir toutes chances de solliciter massivement et de façon multiple ce système de neurones miroirs tout comme la musique.

Enfin, de nombreuses études ont porté principalement sur les danses de salon et il serait intéressant d'étendre les études à d'autres formes de danse.

7. CONCLUSION

Le questionnement concernant les bénéfices qu'apportent une expérience professionnelle dans le domaine de la danse pour la pratique de la masso-kinésithérapie a été le point de départ de ce travail écrit. En effet, la recherche d'un lien entre ces deux domaines a permis de révéler que la valorisation du corps relative à une approche du mouvement dansé, le plaisir lié à cette pratique et ses bénéfices en termes d'estime de soi peuvent concourir à redonner l'envie, le désir de se mettre en mouvement. Ainsi, la stimulation et la motivation par la danse prennent tout leur sens dans le contexte décrit à travers ce travail.

La vieillesse, étape particulièrement singulière de la vie, se doit d'être préparée et accompagnée dans le respect de la dignité de la personne afin d'être abordée le plus sereinement possible. En tant que MK, cet éclairage devrait permettre de favoriser la qualité de la prise en charge rééducative en gériatrie, en tenant compte de la motivation du patient.

Ce travail m'a permis de réaliser à quel point il était essentiel d'ouvrir mon champ de réflexion et d'action au delà d'une vision uniquement biomédicale afin de s'inscrire au cœur d'une démarche éthique face aux patients âgés démotivés.

Aussi, j'ai tenté de mettre en avant à travers cet écrit, que danser n'est pas uniquement améliorer sa condition physique, son équilibre, sa posture (bien qu'elle y contribue) mais qu'elle peut

également être le vecteur d'un nouveau sens permettant de retrouver le plaisir de s'investir dans un projet en redonnant vie à son mouvement intérieur.

Toutes ces observations nous amènent à nous interroger sur notre rapport au corps et sur les valeurs professionnelles qui nous portent. Aussi, « *réintroduire un corps vivant et vécu, en l'envisageant comme l'auteur d'actions et porteur de convictions et de sens* » [64] apparaît comme essentiel pour élargir notre approche du soin et de la santé vers un modèle bio-psycho-social. Et ce, dans l'intérêt du patient, en gardant également à l'esprit que cet abord pourrait permettre au rééducateur de faire vivre son métier en lui donnant du sens.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (Page consultée le 14/01/2013). [En ligne].
<http://www.insee.fr/>
- [2] GATTO F., VIEL E. Pédagogie et éducation à la santé. In : Annales de Kinésithérapie. Paris : Masson ; 2001.
- [3] Organisation mondiale de la Santé. (Page consultée le 4/11/2012). [En ligne].
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- [4] Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 01/02/2013). Les soins de suite et de réadaptation [en ligne]
<http://extranet-has.seevia.com>
- [5] GATTO F., PASTOR E., RIOLACCI C. L'Evaluation-régulation des pratiques professionnelles au service de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes. Revue en Kinésithérapie. 2005 Nov ; 3:39-50.
- [6] Organisation Mondiale de la Santé. Réadaptation à base communautaire-Guide du RBC. Genève : 2011 ; 24-26.
- [7] ANCET P., BERNARD A., COHIER-RAHBAN V., KORF-SAUSSE S., et al. Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée. Paris : Dunod ; 2010 ; chap.1.
- [8] Organisation mondiale de la Santé. (Page consultée le 4/11/2012). [En ligne].
<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- [9] AQUINO JP. Le vieillissement : d'un modèle « déféctologique » à un modèle « ontogénique ». Gérontologie et société. 2007 Avr ; 123:13-29.
- [10] VAILLANT J. Muscles squelettiques : modifications liées au vieillissement, à l'inactivité et aux exercices thérapeutiques. Kinésithérapie Scientifique. 2003 Jan ; 429:47-48.
- [11] VAILLANT J. Vieillissement naturel du cartilage et arthrose. Kinésithérapie Scientifique. 2005 Jan ; 451:53-54.
- [12] MOUREY F. Rééducation en gériatrie. In : EMC. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation. Paris : Elsevier Masson SAS ; 2009.

- [13] Faculté de médecine de Strasbourg.(Page consultée le 29/10/2012).Vieillessement 2005/2006. [En ligne].
http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/vieillessement/vieillessement_normal_item54.pdf
- [14] MOUREY F. Le déconditionnement au mouvement : un regard gériatrique. Cahier de Kinésithérapie. 2000 ; 203 (3):1-7.
- [15] DELPLANQUE D. Quelques aspects du vieillissement de l'appareil respiratoire. Kinésithérapie Scientifique. 2003 Fév ; 430:47-48.
- [16] AEBISCHER V., AUFRAY C., BOUISSON J., et al. La personne âgée : psychologie du vieillissement. Rosny-sous-Bois : Bréal ; 2008.
- [17] ALBOU P. L'image des personnes âgées à travers l'histoire. Paris : Glyphe ; 2008.
- [18] Les personnes âgées : une histoire en mouvement.(Page consultée le 2/11/2012), [En ligne].
<http://jlchapey.free.fr/desaffiliation%20sociale%20pers%20agees/pers%20agees%20histoire%20en%20mouvement.html>.
- [19] COUDIN G., BEAUFILS B. Les représentations relatives aux personnes âgées. Actualité et dossier en santé publique. 1997 Déc ; 21: 12.
- [20] MESSY J., La personne âgée n'existe pas. Paris : Payot & Rivages ; 2002 ; p.47-51.
- [21] TALPIN JM. Penser le vieillissement. Entre pathologie et création. 2011 Juil ; 415 : 43-53.
- [22] Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 19/12/2012). Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, recommandations professionnelles 2005 [en ligne].
<http://www.has-sante.fr/>
- [23] LAKHDARI A., TCHAMBAZ C., HOUSSIN B. Devenir des patients de plus de 75 ans d'un centre de rééducation gériatrique. Réadaptation Gériatrique (SOFMER). In : Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. Elsevier. 2001 ; 44:415.
- [24] LAFONT C. « Instabilité », vieillissement de la fonction d'équilibration et chute chez la personne âgée : approche clinique, moyens de prévention. Kinésithérapie Scientifique. 2001 Mar 409:15-17.
- [25] Haute Autorité de Santé. (Page consultée le 20/12/2012). Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, recommandations professionnelles, 2009 [en ligne].
<http://www.has-sante.fr/>

- [26] Neuromédia. La démotivation et autres troubles de la conation. (Pages consultée le 2/12/12)
[En ligne].
<http://www.neuromedia.ca/fr/sante/maladies28.asp>.
- [27] FENOUILLET F. Les théories de la motivation. Paris : Dunod ; 2012 ; chap.1.
- [28] HAZIF-THOMAS C., THOMAS P. La démotivation du sujet âgé. *Gérontologie et société*. 2007 Fév ; 121 : 115-135.
- [29] THOMAS P., HAZIF-THOMAS C., BILLON R. Démotivation, apathie et dépression chez le sujet âgé. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. 2001 Sept ; 5 (48).
- [30] THOMAS P., HAZIF-THOMAS C., CLEMENT J-P. Démotivation de la personne âgée. *La Revue du Praticien*. 2008 Juin ; 58:1295-1302.
- [31] MOUREY F. Troubles de la marche et rééducation chez le sujet âgé. *Kinésithérapie Scientifique*. 2012 Fév ; 529:55-57.
- [32] JEAN-SLONINSKI D. Utilisation de la danse dans le processus thérapeutique. Paris : L'Harmattan ; 2011 ; chap.1-2.
- [33] LESAGE B. La danse dans le processus thérapeutique, Toulouse : Erès ; 2009 ; p.12 ; p.69-75.
- [34] VAYSSE J. La danse-thérapie : histoire, techniques, théories. Paris : l'Harmattan ; 2006 ; 37.
- [35] KEOGH J.W.L. et al. Physical benefits of dancing for healthy older adults : a review. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2009 ; 17:1-23.
- [36] KEOGH J.W.L. and al. Physical benefits of dancing for healthy older adults: a review. *Aging Phys Act*. 2009 Oct ; 17(4):479-500.
- [37] AWETO H.A. and al. Nigerian Quarterly : effects of dance movement therapy on selected cardiovascular parameters and estimated maximum oxygen consumption in hypertensive patients. *Journal of Hospital Medicine*. 2012 Apr-Jun ; 22(2):125-129.
- [38] KIEPE M.S., STOCKIGT B., KEIL T. Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses : a systematic review. *The Arts in Psychotherapy*. 2012 Nov ; 39(5):404-411.
- [39] BELARDINELLI R. et al. Waltz dancing in patients with chronic heart failure : new form of exercise training ; 2008 Jul ; 1(2):107-14.

- [40] JEON M. Y. and al. The effects of a Korean traditional dance movement program in elderly women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2005 ; 35(7):1268-1276.
- [41] MARMELEIRA J.F. Creative dance can enhance proprioception in older adults. *J Sports Med Phys Fitness*. 2009 Dec ; 49(4):480-5.
- [42] SCHILDER P. *L'image du corps*. Paris : Gallimard ; 1935.
- [43] GRANACHER U. and al. Effects of a salsa dance training on balance and strength performance in older adults. *RW Gerontology*. 2012 Apr ; 58(4):305-312.
- [44] SOFIANIDIS G. and al. Effect of a 10-week traditional dance program on static and dynamic balance control in elderly adult. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2009 Apr ; 17(2):167-180.
- [45] HACKNEY M.E. and al. Effects of tango on functional mobility in Parkinson's disease: a preliminary study. *J Neurol Phys Ther*. 2007 Dec ; 31(4):173-9.
- [46] HACKNEY M. and al. A Study on the effects of argentine tango as a form of partnered dance for those with Parkinson disease and the healthy elderly. *American Journal of Dance Therapy* 2007 Dec ; 29(2):109-127.
- [47] MC KINLEY P., JACOBSON A., LEROUX A. Effect of a community-based argentine tango dance program on functional balance and confidence in older adults . *Journal of Aging and Physical Activity*. 2008 Oct ; 16(4):435-453.
- [48] KEOGH J.W., KILDING A, PIDGEON P. Physical benefits of dancing for healthy older adults: a review. *J Aging Phys Act*. 2009 Oct ; 17(4):479-500.
- [49] RABBIA J. Dance as a Community-Based Exercise in Older Adults, *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2010 ; 26(4):353-360.
- [50] KATTENSTROTH J.C., KALISCH T., HOLT S. Six months of dance intervention enhances postural, sensorimotor, and cognitive performance in elderly without affecting cardio-respiratory functions. *Front Aging Neurosci*. 2013 ; 5:5.
- [51] SHIN M.K. Effects of an exercise program on frontal lobe cognitive function in elders. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2009 ; 39:107-115.
- [52] KIM S.H., KIM M.J., 2, AHN Y.B. Effect of dance exercise on cognitive function in elderly patients with metabolic syndrome: A pilot study. *Journal of Sports Science and Medicine*. 2011 ; 10: 671-678.

- [53] VERGHESE J., LIPTON R. B., KATZ M.J. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*. 2003 ; 348:2508-2516.
- [54] SUDRES JL., ROUX G., LAHARIE M. La personne âgée en art-thérapie, de l'expression au lien social. Paris : L'Harmattan ; 2004 ; p.149-154.
- [55] JEONG Y.J., HONG .S.C, LEE M.S. , Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *Int J Neurosci*. 2005 Dec ; 115(12):1711-20.
- [56] MULLER-PINGET S., CARRARD I., YBARRA J. Dance therapy improves self-body image among obese patients. *Patient Education and Counseling*. 2012; 89:525–528.
- [57] LLEWIS R.N., SCANNELL E.D., Relationship of body image and creative dance movement. *Percept Mot Skills*. 1995 Aug; 81(1):155-60.
- [58] FOUILLOT R., PANCHAL M. Présentation et analyse d'une expérience chorégraphique de danse contemporaine avec des personnes âgées : quelle créativité ?. *Gérontologie et société* 2011 Fév ; 137 ; 163-172
- [59] HACKNEY M., EARHART G. Effects of Dance on Movement Control in Parkinson's Disease : A Comparison of argentine tango and american ballroom. *J Rehabil Med*. 2009 May ; 41(6):475–481.
- [60] BOISSIÈRE A., KINTZLER C., RAFFINOT F. Approche philosophique du geste dansé : de l'improvisation à la performance. Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2006 ; p.103-112.
- [61] TALPIN J-M. Être créatif : un impératif psychique tardif au service de la vie. *Gérontologie et société*. 2011 Fév ; 137:23-36.
- [62] KEOGH J.W.L., KILDING A., PIDGEON P. Effects of different weekly frequencies of dance on older adults' functional performance and physical activity patterns. *European Journal of Sports and Exercise Science*. 2012 ; 1(1):14-23.
- [63] HACKNEY M., EARHART G. A Study on the effects of argentine tango as a form of partnered dance for those with Parkinson disease and the healthy elderly. *American Journal of Dance Therapy*. 2007 Dec ; 29(2):109-127.
- [64] MARTINAND J.L., RAICHVARG D. Acte des XXVIème Journées Internationales de l'Education Scientifique. In : Giordan A, *Du corps objet au corps auteur* 2004.

ANNEXES

Annexe 1**Effets du vieillissement physiologique sur les différents systèmes et leurs conséquences fonctionnelles**

Systèmes		Effets physiologiques	Conséquences organiques	Conséquences fonctionnelles
Système locomoteur	muscle	<ul style="list-style-type: none"> - Sarcopénie - Baisse de la vitesse de contraction - Baisse de la force musculaire - Diminution puissance musculaire - Baisse de la consommation maximale d'oxygène (VO2 max) et de la capacité musculaire d'extraction de l'oxygène - Baisse de la capacité d'étirement 	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse des capacités d'adaptation - Augmentation de la fatigabilité musculaire - Hypoextensibilité - Limitation de la mobilité articulaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à la réalisation de mouvements rapides - Difficultés à la locomotion. - Risque de chute accru - Douleurs généralisées - Réactions posturales d'adaptation inefficaces - Diminution vitesse de marche
	os	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéopénie 	<ul style="list-style-type: none"> Régression de la résistance mécanique de l'os 	
	Cartilage	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction du contenu en eau - Réduction du contenu en collagène de type II - Réduction du nombre de chondrocytes - Modification de sa composition en glycosaminoglycannes 	<ul style="list-style-type: none"> - Amincissement du cartilage. - Diminution des qualités mécaniques - Baisse des capacités de régénération => favorise la survenue de l'arthrose 	
Système nerveux		<ul style="list-style-type: none"> - Baisse du nombre de neurones corticaux. - Raréfaction de la substance blanche - Baisse de certains neurotransmetteurs (en particulier l'acétylcholine). - Ralentissement de la transmission synaptique. - Diminution du temps de conduction des nerfs périphériques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Altération de la mémoire immédiate - Altération des capacités attentionnelles - Diminution du temps de réaction - Perte des afférences périphériques - Baisse de la sensibilité profonde et superficielle surtout au niveau des membres inférieurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Détérioration du fonctionnement automatisé de la marche. - Exécution de la double tâche difficile. - Troubles de l'équilibre dynamique et des stratégies posturales. - Réactions parachutes inefficaces.

Système sensoriel	La vue	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction du nombre de neurones visuels. - Opacification du cristallin 	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de l'accommodation (presbytie) - Diminution de l'acuité visuelle - Diminution de la sensibilité aux contrastes. - Diminution de la perception des couleurs. - Diminution du champ visuel 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de l'équilibre et de l'équilibration - Risque de chute accru - Lecture de près difficile
	L'appareil cochléo-vestibulaire	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse du nombre de cellules ciliées de la cochlée - Atteinte des cellules vestibulaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Presbyacousie 	
Système cardio-vasculaire		<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation en calibre des fibres musculaires (hypertrophie), notamment celles du ventricule gauche - Modifications qualitatives et quantitatives du tissu interstitiel (fibrose, perte d'élasticité) - Tendance à la rigidification des vaisseaux sanguins - Diminution de la compliance artérielle 	<ul style="list-style-type: none"> - remplissage moindre et défaut de relaxation des ventricules - Augmentation de la pression systolique et pulsée => hypertension artérielle. - Tendance à l'augmentation de la fréquence cardiaque peut engendrer une tachycardie - Troubles du rythme et de la conduction 	Inadaptation à l'effort pouvant entraîner une réduction des activités fonctionnelles et par la suite un déconditionnement à l'effort
Système respiratoire		<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la compliance pulmonaire et thoracique - Réduction du calibre bronchique - Diminution du volume des muscles respiratoires - Majoration de la fréquence du collapsus bronchique expiratoire - Dégradation de la fonction ciliaire et de la réactivité bronchique - Diminution des échanges gazeux 	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse globale de la capacité ventilatoire - Diminution des débits respiratoires - Risque accru d'encombrement bronchique pouvant entraîner des infections pulmonaires 	Apparition d'une dyspnée de repos et/ou d'effort pouvant entraîner une diminution des activités de la vie quotidienne et à long terme un déconditionnement à l'effort

Système métabolique	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la masse maigre - Augmentation masse grasse - Diminution en eau totale - Accumulation de déchets au sein des cellules - Tendance à la rigidification des tissus de l'organisme - Modification du métabolisme des glucides - Modification de la production hormonale (diminution des œstrogènes et de l'hormone de croissance GH) 	<ul style="list-style-type: none"> - Insulino-résistance à l'origine du diabète - Favorise l'ostéoporose et la survenue de certaines maladies cardio-vasculaires 	
Système digestif	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des récepteurs de la soif (osmorécepteurs) et modification du métabolisme arginine-vasopressine (AVP) - Diminution du flux salivaire - Diminution des sécrétions acides des cellules gastriques - Dypochlorhydrie gastrique - Diminution péristaltisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de l'appétit - Diminution sensation soif - Ralentissement du transit intestinal - Demi-vie d'élimination plus longue 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de déshydratation - constipation - Baisse de la consommation alimentaire pouvant entraîner une dénutrition
Système urinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Perte du nombre de néphrons fonctionnels - Fonction tubulaire également modifiée - Réduction de la filtration glomérulaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des capacités d'élimination du rein - Diminution des capacités de concentration et de dilution des urines 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'infections urinaires - Perturbation de la miction

Système reproductif	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt de la sécrétion ovarienne d'oestrogènes - Involution de l'utérus et des glandes mammaire - Diminution progressive de la sécrétion de testostérone - Augmentation du volume de la prostate 	<ul style="list-style-type: none"> - Retentissement fonction urinaire - Disparition des cycles menstruels 	Possibilité de perturbation des fonctions sexuelles
Système immunitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des réponses immunitaires à médiation cellulaire (particulièrement lymphocytes T) - Modifications des interleukines 	Baisse de l'immunité par diminution du taux d'anticorps	<ul style="list-style-type: none"> - Moindre résistance aux infections, aux bactéries, aux virus - Risque de fatigabilité plus importante
Peau et phanères	<ul style="list-style-type: none"> - Altération du tissu élastique - Epaissement fibreux du derme - Aplatissement de la jonction dermo-épidermique - Diminution du nombre de mélanocytes. - Diminution de l'activité des glandes sébacées, sudoripares, exocrines et apocrines - Diminution des fonctions de renouvellement cellulaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Sècheresse cutanée - Peau marquée par des rides et des ridules - Diminution de la vitesse de croissance des cheveux et des ongles - grisonnement des cheveux - plus grandes susceptibilité aux hématomes 	<ul style="list-style-type: none"> - Perturbation de l'image de soi - Perturbation de la sensibilité au toucher
Le Système d'endormissement	- Diminution de la sécrétion de sérotonine	- Réduction et déstructuration du sommeil	L'état de fatigue générale peut compromettre la rééducation.

Annexe 2**Les différents traits de la démotivation et de la dépression**

	Démotivation	Dépression
Emotion	<ul style="list-style-type: none"> - Désespoir, faiblesse - Censure des affects - Perte de sens de la vie - Lassitude : indifférence aux échecs 	<ul style="list-style-type: none"> - Désespoir actif - Dysphorie et perte d'estime de soi - Sens de la vie douloureux - Douleur morale - Culpabilité
Conation	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'initiative pour les engagements - Désirs non satisfaits par manque d'énergie ou par défaitisme - Repli sur soi : sur-détachement, désintérêt, glissement, passivité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nouveaux engagements pesants - Pessimisme : obstacles vécus comme insurmontables - Avenir regardé comme anéanti ou mortifère - Auto agressivité : suicide
Cognition	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés d'attention - Enfermement dans le présent, sans reprise du passé - Activité désordonnée, chaotique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ralentissement - Passé douloureux et envahissant. - Hantise de l'impermanence.

Annexe 3**Echelle d'évaluation de la démotivation (EAD) chez la personne âgée**

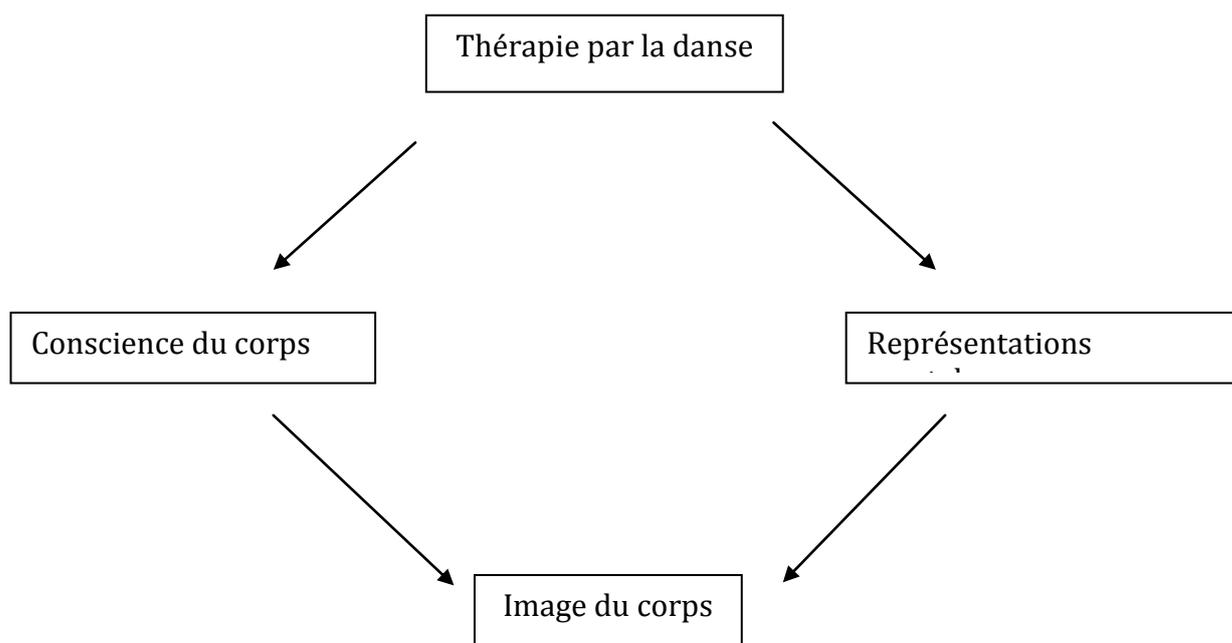
Tableau III

L'échelle d'évaluation de la démotivation (EAD)

(Le seuil de démotivation commence à 35. L'item 8 est à coter de façon inverse 1 pour 4, 2 pour 3, etc.)

Répondez aux questions en cochant la case correspondant à votre choix

	Très souvent 1	Souvent 2	Parfois 3	Jamais 4
1. Prend-il/elle des initiatives dans sa vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A t-il/elle des loisirs, des centres d'intérêts qui le/la motivent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sa santé le/la préoccupe-t-il/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Préférerait-il/elle se lever au lieu de rester dans son fauteuil sans bouger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Participe-t-il/elle dans un groupe, sans stimulation de votre part ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Prend-il/elle la parole sans que l'on soit obligé de l'y inciter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. S'intéresse t-il/elle à ce qui se passe autour de lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A-t-il/elle l'impression de perdre son temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Prend-il/elle des décisions seul(e) sans que vous le fassiez pour lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cherche-t-il/elle à s'occuper au lieu d'attendre que le temps passe tout seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Réagit-il/elle aux événements extérieurs, heureux ou malheureux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Réagit-il/elle aux informations télévisions, journaux... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Prend-il/elle plaisir à évoquer certains événements ? (personnels, publics...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. S'occupe-t-il/elle de sa personne (hygiène, habillements, alimentation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Trouve-t-il/elle plaisir dans sa vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 4**Influence de la danse sur l'image du corps**

Annexe 5 : Intégration des fondamentaux de la danse en masso-kinésithérapie

Les fondamentaux de la danse	Application en rééducation
L'espace	<ul style="list-style-type: none"> - Travail de l'amplitude gestuelle. - Travail de spatialisation : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ orientation du corps dans l'espace. ⇒ déplacements sur des trajectoires variées (ligne droite, ou courbe pour les demi tours). ⇒ Prise de conscience de la distance entre soi et l'environnement. ⇒ Exploration des différentes directions : en avant, en arrière, sur les côtés, etc...
Temps	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser le rythme pour dynamiser le mouvement (ex : marche). - Utiliser une phrase musicale pour travailler une séquence d'actions vers un geste finalisé plus fluide. - Travailler selon différentes vitesses : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Rapide pour favoriser la puissance musculaire. ⇒ Lente pour apprécier le contrôle postural, la maîtrise des appuis et des transferts.
Corps : conscience des parties du corps et de son unité, du poids du corps et de l'équilibre	<ul style="list-style-type: none"> - Travail de la conscience du corps analytique et globale pour favoriser la perception et la représentation de soi (schéma corporel et image du corps). - Travail de transfert du poids du corps, des appuis en statique et dynamique, prise de conscience de son ancrage au sol pour réaliser des déplacements sécurisés.
Energie : combinaison de l'espace, du temps et du poids	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des verbes d'action permet : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ De préciser la qualité du geste : mouvement contrôlé dans son orientation, sa vitesse, sa force. ⇒ D'orienter son attention sur son propre corps et le mouvement exécuté.
Relation	<ul style="list-style-type: none"> - Relation à soi : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Orienter son attention sur son propre corps en mouvement et ses sensations. ⇒ Favoriser une meilleure amplitude du mouvement grâce à l'utilisation d'objets. - Relation au groupe : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Donner une structure et des repères pour rassurer et améliorer la confiance en soi. ⇒ Stimuler la cognition : (perception, spatialisation, mémorisation) en travaillant dans différentes configurations spatiales (cercle, chaîne ouverte, duo). ⇒ Permettre à travers le regard de l'autre et confronté au corps de l'autre un changement des représentations de soi et du vieillissement. ⇒ Affiner sa gestuelle pour être en accord avec son partenaire dans la relation duo. ⇒ Solliciter le système de neurones miroirs favorisant l'apprentissage, le désir, l'empathie. ⇒ Favoriser la socialisation.

Annexe 6**Tableau récapitulatif des effets de la danse/mouvement dansé en MK**

	Danse	Processus	Rééducation
Mouvement	Mouvement Sain Esthétique Gracieux Poétique Créatif VERS : Perfection Performance Expression Plaisir	STIMULATION MOTIVATION 	Mouvement perturbé VERS : Qualité du geste Efficacité Economie Esthétique Sécurité
Système cardio vasculaire	Endurance	En utilisant la danse comme activité physique : Une image positive du mouvement sain et esthétique Le Plaisir Les souvenirs Une gestuelle libre La Créativité L'expression de soi	- Réentraînement à l'effort - Amélioration filière aérobie - Augmentation de la VO2 max => Peut venir compléter le travail d'endurance habituellement rechercher dans la marche (augmentation du périmètre et du temps de marche)
Proprioception Equilibre	- Contrôle de l'équilibre - Utilisation du déséquilibre pour aller vers les élans, la chute maîtrisée - Maîtrise de la chute et du travail au sol - Contrôle de sa propre gestuelle en relation avec un partenaire (la danse contact utilise la notion de poids et contre poids)		- Amélioration : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Du contrôle postural et dynamique ▪ Du contrôle de la chute ▪ De la prise de conscience des appuis, de la verticale et de la posture.

Force musculaire	Gérée en fonction de la qualité du geste et de l'intensité du mouvement recherchée.	<p style="text-align: center;">STIMULATION</p> <p style="text-align: center;">MOTIVATION</p>  <p style="text-align: center;">En utilisant la danse comme activité physique :</p> <p>Une image positive du mouvement sain et esthétique</p> <p style="text-align: center;">Le Plaisir</p> <p style="text-align: center;">Les souvenirs</p> <p style="text-align: center;">Une gestuelle libre</p> <p style="text-align: center;">La Créativité</p> <p style="text-align: center;">L'expression de soi</p>	Renforcement musculaire analytique
Fonctions cognitives	Mémorisation d'un enchaînement chorégraphique avec intégration de la spatialisation, du rythme, des autres.		<ul style="list-style-type: none"> - Contribution à la mémorisation d'une séquence gestuelle simple et complexe (nécessaire à la marche par exemple avec ou sans aides techniques) - Sollicitation de l'attention et l'intérêt - Activation du souvenir - Spatialisation : orientation du corps sur des trajectoires variées (ligne, droite, ou courbe pour les demi tours)
Image du corps	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration de la sensation pour améliorer la prise de conscience et la précision du geste en rapport avec les fondamentaux de la danse. - Valorisation du corps, estime de soi à travers le geste créatif, l'expression de soi, le regard de l'autre (spectateur, partenaire). 		<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du schéma corporel favorise la conscience du corps : posture, transferts d'appuis, ancrage au sol. - Influence positivement la représentation de soi, la confiance en soi, l'estime de soi.

RÉSUMÉ :

La danse est une activité psychocorporelle et artistique qui peut être envisagée comme médiateur dans un processus thérapeutique. En effet, de nombreuses études démontrent les effets positifs de la danse et du mouvement dansé sur la santé et le bien-être des personnes âgées. Soucieux de répondre au problème de santé publique que représente le vieillissement, ce travail s'intéresse à une démarche globale du soin et de la santé des personnes âgées en soins de suite et de réadaptation (S.S.R.) dans laquelle la danse pourrait venir s'intégrer afin de favoriser la prise en charge des malades dans leurs trois dimensions bio-psycho-sociale. Les modes d'application du mouvement dansé en masso-kinésithérapie sont variés et offrent au patient la possibilité, au-delà d'une amélioration de la condition physique, de se réappropriier son corps et de redonner sens au mouvement.

Mots clés : danse, vieillissement, personnes âgées, démarche globale de soin, santé, sens du mouvement.

ABSTRACT :

Dance is a psycho-physical and artistic activity that can be used as a valuable tool in the therapy field. Indeed, many studies show the positive effects of dance and dance movements on the health and well-being of the elderly. In search of solutions to the public health issue of aging, this work focuses on the use of dance movements to implement a therapeutic intervention in a holistic approach of the healthcare in geriatrics. Using dance in physical therapy would support the process of integration within a person in respect of their cognitive, emotional and physical dimensions. Various methods of application of dance movements in physical therapy exist and offer the opportunity for the patients, not only to strength their body, but also to reconcile themselves with their body and to understand that movement has inner meaning and purpose.

Key words : dance, aging, elderly, holistic approach of healthcare, health, meaning of movement.