



**HAL**  
open science

## Faire un bout de chemin ensemble : les enjeux du maintien de la marche chez la personne âgée

Charlotte Bouny

► **To cite this version:**

Charlotte Bouny. Faire un bout de chemin ensemble : les enjeux du maintien de la marche chez la personne âgée. Psychologie. 2019. dumas-02178003

**HAL Id: dumas-02178003**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178003>**

Submitted on 9 Jul 2019

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

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

## Institut de formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État  
De Psychomotricien

**FAIRE UN BOUT DE CHEMIN ENSEMBLE :**

Les enjeux du maintien de la marche chez la personne âgée

BOUNY Charlotte

Née le 13 janvier 1996 à BOURGOIN-JALLIEU

Directrice de mémoire : MARDELLE Audrey

## Remerciements :

*À l'heure où je termine ce mémoire, je souhaite remercier Madame Audrey Mardelle, en sa qualité de directrice de mémoire, pour son accompagnement dans mon cheminement et ses relectures.*

*Je remercie Julie B. maître de stage, pour son écoute et nos discussions intéressantes qui ont stimulé ma réflexion lors de cette année charnière.*

*Un grand merci à Claude et Franck Henrionnet pour leur relecture attentive et leur correction très utile.*

*Merci, à toutes les personnes que j'ai rencontrées pendant mes stages : professionnels, patients et familles, pour leur accueil, leur gentillesse et qui ont permis l'élaboration de ce mémoire.*

*Merci à tous mes amis proches, futurs psychomotriciens ou non, pour leur bonne humeur, l'entraide et le soutien.*

*Je remercie également ma famille : mes parents pour leur patience, leur aide pendant ces années d'études et leur lecture néophyte. Ma grand-mère et mon frère pour leur soutien indéfectible.*

*J'ai une pensée pour mon grand-père que j'aurais aimé avoir à mes côtés pour ce moment important de ma vie.*

# Sommaire :

<i>Avant-propos</i> .....	4
<i>Introduction :</i> .....	5
<i>Chapitre 1 : La marche locomotion propre à l'espèce humaine et singularité de l'individu</i> .....	7
I. <i>Phylogénétique et ontogénèse de l'appareil locomoteur</i> .....	7
II. <i>Acquérir la marche</i> .....	13
III. <i>Les enjeux liés à la verticalisation et à la marche</i> .....	25
<i>Chapitre 2 : Le vieillissement</i> .....	33
I. <i>Le vieillissement physiologique</i> .....	33
II. <i>Vieillesse pathologique et troubles de la marche</i> .....	39
<i>Chapitre 3 : Quand la marche est altérée, comment continuer à avancer ?</i> .....	48
I. <i>Quelques notions liées au vieillissement et à la perte de la marche</i> .....	48
II. <i>Deux rencontres en Unité de Soins Longue Durée</i> .....	55
III. <i>Divers questionnements en tant que stagiaire</i> .....	72
<i>Conclusion</i> .....	77
<i>Bibliographie</i> .....	78
<i>ANNEXE 1 :</i> .....	84
<i>ANNEXE 2 :</i> .....	85
<i>ANNEXE 3 :</i> .....	86
<i>ANNEXE 4 :</i> .....	89
<i>ANNEXE 5 :</i> .....	92
<i>ANNEXE 6 :</i> .....	93
<i>ANNEXE 7 :</i> .....	94
<i>ANNEXE 8 :</i> .....	95
<i>ANNEXE 9 :</i> .....	96
<i>Table des matières</i> .....	97

## Avant-propos

*« La tendance la plus profonde de toute activité humaine est la marche vers l'équilibre »*

*~ Jean Piaget ~*

C'est durant mon stage de deuxième année au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) que les premiers questionnements concernant la marche ont émergé.

J'ai pu rencontrer un monsieur hémiparésique et présentant un syndrome dépressif, souhaitant plus que tout pouvoir remarcher. Ce monsieur trouvait que le masseur-kinésithérapeute intervenant en libéral au sein de l'EHPAD allait trop vite pour lui, il disait fréquemment « je n'ai pas le temps de faire le lien entre ma tête et mon corps ». C'est alors que nous avons décidé avec la psychomotricienne de l'établissement de proposer des séances où nous proposons un éveil corporel avant de faire quelques pas. Au moment de quitter l'établissement, Monsieur ne pouvait marcher seul mais j'ai remarqué une amélioration de son humeur.

A contrario, une dame est entrée à l'EHPAD en fauteuil mais n'avait aucun besoin de ce dernier puisque physiologiquement rien ne l'empêchait de marcher. En discutant un peu plus avec elle, j'ai pu comprendre qu'elle avait chuté et s'était cassé le col du fémur. Depuis, elle ne souhaitait plus marcher et pouvait verbaliser sa peur de la verticalisation.

## Introduction :

La marche est une activité physique quotidienne à laquelle nous n'accordons que peu d'intérêt lorsqu'elle fonctionne bien. Elle est inscrite à un niveau archaïque chez l'individu. En effet, depuis l'apparition de la vie sur Terre, les êtres ont commencé à se déplacer. D'abord par des mouvements d'ondulation. Par la suite, l'évolution a permis l'apparition des membres et le soulèvement du corps. L'Homme a ensuite pu se verticaliser et acquérir la bipédie. L'ensemble de l'organisme humain se transforme sous l'effet de cette nouvelle acquisition et de la gravité.

La bipédie devient alors une nouvelle source d'autonomie et de liberté en permettant la libération des membres supérieurs. L'acquisition de la marche se fait naturellement et spontanément chez l'enfant humain. Cette acquisition résulte de la maturation du système nerveux central et de l'appropriation des réflexes innés mais aussi de l'intégration et de l'analyse des informations sensorielles, notamment visuelles et vestibulaires.

Le dictionnaire Larousse la définit comme un « mouvement acquis, en général, au cours de la deuxième année de la vie, permettant le déplacement du corps sur les deux pieds dans une direction déterminée. La marche est donc une fonction acquise dans l'enfance et comme de nombreuses fonctions, elle va être altérée en vieillissant ».

En effet, lorsque survient le grand âge, les perturbations des différents systèmes sont presque systématiques, ce qui rend la marche parfois incertaine.

C'est lors de mes différents stages en gériatrie, que j'ai pu constater à quel point la marche revêt un caractère symbolique et porteur de représentations aussi bien sociales que psychologiques. Elle est souvent aussi précieuse qu'elle est fragile et rend la personne vulnérable et dépendante une fois altérée.

C'est ainsi que j'en suis arrivée à me demander : Pourquoi cette fonction est si importante pour certains résidents rencontrés et pour certaines équipes soignantes ? Quelles sont les implications des chutes dans la peur de la verticalisation et de la récupération de la marche ? Quels sont les enjeux

psychologiques, sanitaires, physiologiques de la marche depuis son acquisition et jusqu'à son altération et parfois même sa perte.

*Finalement je m'interroge sur la place de la psychomotricité dans le maintien de la marche chez les personnes âgées ?*

Je tenterai de répondre à cette question en abordant, dans un premier temps, l'acquisition de la marche par l'espèce humaine et son apprentissage par l'enfant.

Dans un deuxième temps, j'explorerai les conséquences du vieillissement sur le corps, sur la marche et l'équilibration.

Finalement, je présenterai ma rencontre avec deux résidents et mon intervention en tant que stagiaire en psychomotricité.

---

# Chapitre 1 : La marche locomotion propre à l'espèce humaine et singularité de l'individu

---

## *I. Phylogénétique et ontogénèse de l'appareil locomoteur*

### A- La lignée humaine

La classification phylogénétique de l'espèce humaine identifie les caractères principaux et communs de chaque maillon de la chaîne évolutive [23].

L'homme est donc un [23]:

- **Eucaryote** : Tout comme les champignons et les plantes, c'est un organisme constitué d'une ou plusieurs cellules possédant un noyau.
- **Bilatérien** : L'organisme humain possède un centre de symétrie et donc un côté droit et un côté gauche.
- **Vertébré** : Les vertébrés sont des organismes possédant une colonne vertébrale osseuse ou cartilagineuse. La colonne vertébrale humaine est composée de 24 vertèbres.
- **Tétrapode** : Les tétrapodes possèdent deux paires de membres, un cou et une respiration pulmonaire.
- **Mammifère** : Les mammifères ont un pelage, une acuité sensitive de l'ouïe et de l'odorat, l'œuf se développe dans le placenta. Le développement de glandes mammaires permet aux femelles d'allaiter leurs petits.



- **Primate** : L'Homme possède un pouce opposable, les os de son bras ne sont plus soudés, la forme de sa tête permet une vision binoculaire facilitant l'appréciation des distances.
- **Hominoïde** : Primate dépourvu de queue.
- **Hominidé** : regroupe les chimpanzés, les gorilles et les humains. Ils sont en mesure de pratiquer la marche bipède et un cerveau développé.
- **Homininé** : Les homininés regroupent le chimpanzé et l'Homme.
- **Homo** : Le genre homo possède trois caractéristiques principales qui sont la bipédie permanente, l'évolution crânienne et les activités culturelles.

L'Homme et les primates hominoïdes, comprenant les gibbons, les orangs-outans, les gorilles et les chimpanzés, partagent un ancêtre commun. La séparation de la lignée des chimpanzés ainsi que celle des Hommes est récente, elle date d'il y a environ six millions d'années. Les primates hominoïdes sont sans queue avec un vestige osseux, le coccyx composé de quatre à six vertèbres atrophiées [75]. Les modes de locomotion des primates sont divers. Ça peut être de la quadrupédie et de la grimpe, des sauts et de la brachiation ou encore une bipédie occasionnelle.

L'Homme est le seul à posséder une station bipède verticale permanente avec une verticalisation parfaite et un alignement de la tête sur le polygone de sustentation.

Depuis les premiers représentants de la lignée humaine, les Australopithèques, la bipédie est acquise et va se perfectionner au fil de l'évolution.

#### B- La spécialisation du squelette humain sous l'influence de la marche bipède

L'adaptation de la station bipède s'accompagne de nombreuses modifications anatomiques résumées dans le tableau suivant, en m'appuyant sur les ouvrages du professeur **LAVIGNOLLE** [47] et de **Eric VIEL** [75] :

Zones corporelles concernées	Modifications observées
<i>Apparence générale</i>	Les membres pelviens s'allongent par rapport aux membres supérieurs.
<i>Colonne vertébrale</i>	<p>Le foramen occipital de l'Homme, en position plus avancée que celui du Chimpanzé → <u>Bipédie permanente</u>.</p> <p>Modification des courbures du rachis au niveau lombaire (lordose lombaire), ainsi qu'au niveau cervical (lordose cervicale).</p>
<i>Tronc</i>	Forme cylindrique de la cage thoracique et implantation plus ventrale → Favorise équilibre du tronc sur les membres inférieurs.
<i>Bassin</i>	<p>Diminution longueur du bassin, élargissement et sagittalisation en lien avec le développement de la musculature des fessiers.</p> <p>Ailes iliaques incurvées vers l'avant, sacrum plus large → Insertion de muscles puissants qui permettent le redressement du tronc, l'appui unipodal et l'équilibre du bassin dans la marche.</p>
<i>Fémurs</i>	Fémurs convergent. Genoux en adduction → Genoux et chevilles placés sous centre de gravité du corps → <u>Augmente l'efficacité durant la marche</u> .
<i>Pieds</i>	<p>Se spécialisent pour la marche : Position du pied en pronation au sol et déplacement de l'axe du pied sur le deuxième orteil. Apparition voûte plantaire → <u>Amortir les contraintes du poids du corps</u>.</p> <p>Réduction du polygone de <b>sustentation</b>. C'est la « <i>surface virtuelle comprise entre les points d'appui des deux pieds, pendant la station debout, à l'intérieur de laquelle doit se projeter le centre de gravité du corps pour qu'il n'y ait pas déséquilibre et chute</i> » d'après le Centre National de Ressources Textuelles et Linguistique (CNRTL) [13].</p>

En conclusion : L'Homme est devenu bipède grâce à l'évolution de son squelette. Son bassin solide et volumineux, l'articulation coxo-fémorale très mobile, l'allongement différentiel du membre inférieur permettent l'accès à une station verticale facilitée, un équilibre dynamique optimisé mais aussi une statique plus précaire. Le développement du pied et l'optimisation de la station verticale permanente ont permis la libération de la main et le développement des fonctions cognitives liées à l'activité de cette main.

## C- Ontogenèse

Le développement de l'appareil locomoteur est un processus encore mal connu. Ce que nous savons, c'est qu'il y a à la fois des caractères génétiques déjà présents chez le nouveau-né mais aussi des caractères mécaniques se produisant durant la vie utérine et la vie postnatale.

### *a) Embryogenèse et fœtogénèse*

Au cours de la cinquième semaine de vie intra-utérine les bourgeons des membres apparaissent. Pendant la sixième et la septième semaine de développement, des plicatures et des rotations donnent l'aspect définitif aux membres.

Vers la septième semaine, entre les pièces cartilagineuses des lacunes apparaissent qui deviendront les cavités articulaires. Au cours de la huitième semaine, les membres ont trois segments, un proximal, un moyen et un distal. Une flexion du segment moyen sur le proximal permet la formation des coudes et des genoux. De plus, une rotation amène les genoux vers l'avant et une deuxième rotation amène les coudes vers l'arrière.

Le myotome de chaque métamère se divise en deux, une partie dorsale pour les muscles extenseurs et une partie ventrale pour les muscles fléchisseurs.

On remarque dès la naissance que le bébé a une faible hauteur du bassin. La morphogénèse du fémur commence dès le quarante-deuxième jour avec l'apparition du grand trochanter. Au cinquante-cinquième jour, la tête fémorale va pénétrer dans l'acétabulum après la formation du col fémoral [47].

### *b) À la naissance*

La hanche est plus cartilagineuse qu'osseuse et il y a une faible congruence de la tête fémorale dans l'acétabulum. La hanche du nouveau-né est donc particulièrement instable. La soudure du cartilage se fera progressivement jusqu'à douze ans [47].

À la naissance, le bébé est en cyphose totale. Au cours de l'acquisition de la station assise et de la marche, les courbures de la colonne vertébrale vont se former. Les ailes iliaques du bassin s'incurvent vers l'avant.

Le développement du squelette humain commence dès la vie in utéro, la morphogenèse des membres se met en place.

Avec l'acquisition de la marche, le squelette encore cartilagineux du jeune enfant va continuer à se modeler pour atteindre l'ossature finale de l'Homme adulte.

#### D- La marche

Le CNRTL [13] définit la marche comme le « mode de progression naturel de l'homme qui s'exécute par une série de pas plus ou moins rapides mais plus lents que la course ». C'est un mode de locomotion bipède s'effectuant par alternance des membres inférieurs et nécessitant un appui permanent au sol [47]. La marche implique un maintien de l'équilibre dynamique [60]. Elle recherche la plus grande économie d'énergie.

La physiologie de la marche dépend de quatre systèmes [6]:

- **Un système antigravitaire** : Son rôle est d'éviter l'effondrement du squelette sous l'action de la pesanteur. Les informations proviennent de l'appui plantaire, du système neuromusculaire et le système vestibulaire.
- **Un système de production des pas** : Il existe en tant que réflexe (le réflexe de la marche automatique) dès la naissance. Il est modélisé par le cycle de la marche.
- **Un système d'équilibre ou d'adaptation posturale** : La marche est une succession de déséquilibres. Les ajustements et réajustements posturaux sont donc nécessaires à l'adaptation du corps dans l'espace. Il permet le maintien de l'unité corporelle en intégrant les informations proprioceptives, vestibulaires, le tact et la vision.
- **Un système de propulsion qui permet de déplacer le centre de gravité du corps** : En marchant, le corps penche vers l'avant et le bas. Le membre inférieur allant au contact du sol, va alors rattraper cette chute. C'est le système de propulsion.

Le cycle de marche est décrit comme « l'activité d'un seul membre inférieur, depuis le contact du talon au sol jusqu'au prochain contact au sol » [60]. Le modèle actuellement admis est celui de l'université de Berkeley (UCLA) avec un cycle en deux phases [47] :

- **La phase d'appui** : Correspond à la période où le pied est en contact avec le sol. Elle s'étend sur 60% du cycle.
- **La phase oscillante** : Correspond à la période où le pied n'est plus en contact avec le sol et permet l'avancement du membre inférieur. Elle s'étend sur 40% du cycle. C'est la fin du cycle.

*[Se référer à l'ANNEXE 1 : Le cycle de la marche.]*

La marche bipède est inscrite dans le patrimoine génétique de l'individu humain. Elle s'acquiert par maturation neuromotrice et apprentissage dans l'enfance, pour arriver à maturation vers l'âge de six ou sept ans.

Maintenant que nous avons vu le développement phylogénétique et ontogénétique de la marche, nous allons voir l'acquisition de la marche et les notions qui se développent conjointement.

## II. Acquérir la marche

L'acquisition de la marche est sous la dépendance de différents facteurs que sont le tonus, la force musculaire, l'équilibre, l'organisation des praxies, les conditions psychologiques et les afférences sensorielles.

### A- Généralités sur le développement psychomoteur

#### a) *Qu'est-ce que le développement psychomoteur*

A la naissance, le bébé humain est encore immature. **Jacques LACAN** disait « Il faut remarquer que le retard de la dentition et de la marche, un retard corrélatif de la plupart des appareils et des fonctions, détermine chez l'enfant une impuissance vitale totale qui dure au-delà des deux premières années. Ce fait doit-il être tenu pour solidaire de ceux qui donnent au développement somatique ultérieur de l'homme son caractère d'exception par rapport aux animaux de sa classe : la durée de la période d'enfance et le retard de la puberté ? Quoi qu'il en soit, il ne faut pas hésiter à reconnaître au premier âge une déficience biologique positive, et à considérer l'Homme comme un animal à naissance prématurée » [46].

Ainsi, l'enfant va débiter son développement dès la vie in-utéro et le continuer jusqu'à l'âge adulte. L'étude de ce développement permet de comprendre la façon dont le sujet fonctionne à un âge donné.

D'après **Arnold GESELL**, le développement psychomoteur s'appuie sur des principes ou lois qu'on peut résumer ainsi [38] :

- La **première loi** est celle de la maturation du système nerveux central. En effet, la maturation du système nerveux est indispensable au développement psychomoteur de l'enfant. Cette maturation comprend la myélinisation des fibres nerveuses, la multiplication des connexions synaptiques et la différenciation des cellules nerveuses.
- La **deuxième loi** est la loi de progression du développement dans le sens céphalo-caudal et proximo-distal. La progression de la myélinisation et de la fonctionnalité du système nerveux se font de la tête vers les pieds et des membres vers la périphérie.
- La **troisième loi**, la loi de différenciation. Cette loi se traduit par le passage d'une motricité diffuse et indifférenciée à une motricité de plus en plus fine et coordonnée. L'activité globale devient individuelle.
- La **quatrième loi**, est la loi de variabilité. Elle énonce que le développement se fait dans le sens d'un perfectionnement progressif des capacités du sujet. Mais il est non uniforme et non linéaire, se faisant sous forme d'une alternance de progressions, stagnations et régressions.
- La **cinquième loi**, la loi de complexification, postule que le développement des grandes fonctions psychomotrices se fait de la plus simple et globale vers la plus complexe.

#### *b) La place des réflexes dans le développement*

L'enfant vient au monde avec un **équipement neuromoteur génétiquement programmé** que sont **les réflexes**. L'ensemble de ses réflexes montre que le corps est programmé pour fonctionner. Un réflexe est une boucle sensorimotrice câblée, organisée à un niveau spinal ou para-spinal. Les réflexes ne sont pas orientés vers un objectif ou motivés par un but [42].

La maturation neurologique avec la prolifération des neurones et leur spécialisation et les interactions dynamiques du sujet avec son environnement vont permettre la transformation des réflexes en conduites instrumentales utiles au service de l'intention de l'enfant.

Le système nerveux se développe de manière spectaculaire au cours des premiers mois de la vie postnatale. Au cours de cette période, il y a une augmentation massive de la connectivité du cortex cérébral et du cervelet. Durant cette période, l'enfant va expérimenter son corps dans son environnement. Dans un environnement suffisamment stimulant et à l'aide de la répétition des réponses adaptées, l'enfant va acquérir la capacité de planifier et prédire ses actions.

c) *Les mécanismes induisant le développement psychomoteur*

Le développement humain est considéré comme discontinu, schématisé en différents stades ou périodes de développement. **VON HOFTEN** [77] soutient que le développement moteur de l'enfant n'est pas seulement lié à la maturation du contrôle musculaire mais dépend également de plusieurs autres facteurs de développement que sont :

- Le **contrôle prospectif**, c'est-à-dire que l'enfant va pouvoir planifier et prédire ce qui va se passer. Ce contrôle prospectif sous-entend alors qu'il faut une compréhension des systèmes et lois gouvernant la vie sur Terre, comme le fonctionnement de la gravité par exemple. Le contrôle prospectif s'appuie également sur l'habilité à extraire des informations depuis le système sensoriel concernant notre propre corps, ainsi que notre environnement.
- **L'aspect motivationnel**, l'enfant doit avoir envie d'apprendre et d'explorer son environnement pour pouvoir comprendre comment agir dessus en se mobilisant.
- La **perception**. L'action et la perception vont agir en synergie afin d'atteindre un but recherché.

Ainsi, les mouvements humains sont organisés en action, initiés par la motivation, orientés vers un but et guidés par les informations perçues.

Le développement psychomoteur de l'enfant est donc lié à la maturation du système nerveux, à la croissance du corps, mais aussi à la satisfaction de manipuler son environnement.

*Il me semble important de préciser que les étapes de développement que je décris plus bas sont des étapes communes par lesquelles les enfants peuvent passer au cours de leur développement. Tous les enfants ne suivent pas ces étapes dans le même ordre et ne passent pas forcément par tous ces stades. Les âges que je cite sont également des moyennes, le développement psychomoteur se fait au rythme de l'enfant qui peut avoir besoin de plus ou moins de temps pour acquérir une nouvelle capacité.*



## B- Se dresser pour mieux avancer

Conformément à la loi de développement céphalo-caudal, la première étape de la marche est le contrôle des muscles du cou permettant au bébé de maintenir la tête dans le prolongement du tronc.

### a) *La place du tonus*

Le mouvement et la posture s'appuient sur le tonus. Selon **Marianne JOVER** « le tonus est un état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice ni de déplacement ni de mouvement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est donc la toile de fond des activités motrices et posturales » [43].

Le tonus a différentes fonctions [68] :

- Le **tonus de fond** participe à la cohésion de l'ensemble du corps. Il soutient le sentiment d'unité du corps.
- Le **tonus postural** participe au maintien du corps et son équilibre. Il est en lien étroit avec l'état émotionnel et l'environnement.
- Le **tonus d'action** participe à la motricité globale. Ici, on a une contraction musculaire qui permet la mise en mouvement des segments du corps.

Ici, nous comprenons que le tonus est ce qui soutient les facteurs psycho-émotionnels et affectifs qui sous-tendent toutes nos actions. Il assure le maintien des positions antigravitaires et de la posture par le jeu des contractions toniques antérieures et postérieures. Il prépare les muscles à l'action. Il est la base de la motricité volontaire ou non, du langage, de la communication non-verbale et de l'expressivité.

À la naissance, le bébé présente une hypotonie axiale et une hypertonie des membres. Le bébé a les quatre membres fléchis vers le tronc. L'évolution globale se fait donc de l'hypertonie en flexion des membres, à l'hypotonie de l'axe, vers l'augmentation du tonus d'extension au niveau du tronc avec son redressement, en place vers six mois. Ces variations toniques sont accompagnées d'un relâchement des fléchisseurs au niveau des membres.

## *b) Les redressements*

En suivant la première loi, le redressement va débiter avec le contrôle de la tête. À la naissance, la tête est généralement ballante. Le contrôle de la musculature et de la tonicité du cou permet le maintien de la tête dans l'axe du corps. Cette évolution s'acquiert progressivement de six semaines à trois mois. À l'âge de trois mois en moyenne, la tête est bien tenue lorsque l'enfant est en position assise [67].

Plus tard, le redressement continue vers le tronc. Dès le cinquième mois, le tronc est droit mais l'acquisition de la station assise ne se fera qu'entre cinq mois et demi et dix mois et demi, vers dix ou onze mois, le bébé se tient assis et réalise des mouvements variés.

À la naissance, le bébé est capable de se redresser grâce à de nombreux réflexes archaïques, dont celui de marche automatique. Ce réflexe s'exprime lorsque les pieds sont en appui et que l'enfant est soutenu. Ce réflexe disparaît dans les premières semaines de vie. Vers six mois, l'enfant se maintient debout à l'aide d'un support et vers onze mois, il se tient debout seul.

## *c) Les changements de position*

Allongé sur le dos, l'enfant entre en contact avec son environnement d'abord par hasard grâce aux réflexes archaïques. La répétition de ces expériences lui permet ensuite de bouger volontairement. Il découvre et saisit ses pieds. Ces expériences motrices répétées vont l'amener à osciller de droite à gauche et provoquer le premier retournement depuis le décubitus dorsal, ou plat dos, vers le décubitus ventral, ou plat ventre, entre six et sept mois. C'est vers le septième mois que l'enfant peut se retourner du ventre vers le dos.

Depuis la position allongée sur le dos, l'enfant va pouvoir se redresser et s'asseoir entre dix et onze mois. Une fois la position assise acquise, l'enfant va pouvoir se redresser et se mettre debout. Il se redresse et se tient debout en s'appuyant sur un support dès dix mois. Ensuite, entre dix et quatorze mois, il explore la verticalité en expérimentant la possibilité de se redresser et de se baisser sans s'asseoir. Il tient debout seul.

## C- La locomotion de l'enfant

### a) *La reptation*

La reptation correspond à une progression à plat ventre d'une personne qui rampe sur les mains et les genoux. Parmi les modes de reptation, on compte le ramper durant lequel l'enfant allongé glisse tout entier sur le sol, le sliding durant lequel l'enfant glisse en gardant la position assise et la marche à quatre pattes où les genoux glissent sur le sol.

À partir du moment où l'enfant se sent à l'aise sur le ventre et qu'il maîtrise cette position, il va chercher à agir sur son environnement. L'enfant, attiré par les jeux, les sons, va se déplacer sur le ventre pour découvrir ce qui l'entoure. Au début, l'enfant se déplace uniquement à la force de ses bras. Progressivement, les jambes se mettent en action et le mouvement devient plus efficace.

### b) *La marche quadrupède*

La marche quadrupède apparaît en moyenne autour de sept mois. Elle consiste en une marche avec les quatre extrémités des membres en appui au sol et l'abdomen soulevé, qui débute en mouvements simultanés des membres supérieurs, puis des membres inférieurs. Une fois plus à l'aise l'enfant effectue des mouvements croisés et alternés [67].

### c) *La marche bipède*

La marche bipède s'acquiert pour la plupart des enfants entre neuf et dix-huit mois. C'est l'aboutissement de longs mois d'entraînement et de maturation à la fois neurologique, physique et psychologique.

Après cette acquisition, la marche de l'enfant va se perfectionner. L'enfant améliore son équilibre au fil des années, diminue sa cadence, allonge le pas pour atteindre à sept ans une marche du même aspect que celle de l'adulte [60].

**Michèle FORESTIER** décrit trois phases de développement de la motricité du jeune enfant [20]. Elle distingue une **phase statique**, durant laquelle l'enfant est éveillé, se découvre et apprend à bouger sans chercher à se déplacer. Durant la **phase dynamique**, l'enfant commence à coordonner son corps pour l'orienter dans l'espace et le mettre en mouvement. Finalement, lors de la dernière phase, la **phase de découverte de la verticalité**, l'enfant prend plaisir à se mettre debout puis à se déplacer en marchant.

À l'aide des informations des ouvrages De la naissance aux premiers pas de **FORESTIER** [20] et Le développement psychomoteur de l'enfant d'**ILLINGWORTH** [38], j'ai élaboré un tableau récapitulatif du développement de la locomotricité.

<b>Phase statique : Bébé à plat sur un tapis ou le lit</b>	
<b>Entre 0 et 6 mois</b>	
Naissance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypotonie axiale</li> <li>- Hypertonie des membres</li> <li>- La tête n'est pas tenue</li> <li>- Réflexes archaïques et mouvements archétypaux, dont réflexe de marche automatique (persistance d'environ 2 ou 3 semaines)</li> </ul>
À plat dos (décubitus dorsal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Position préférée du bébé jusqu'à 4 mois</li> <li>- Poursuite oculaire possible à 1 mois ⇒ Permet les coordinations oculo-manuelles</li> <li>- À partir de 6 mois le bébé attrape son pied</li> </ul>
À plat ventre (décubitus ventral)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre 3 et 4 mois, le bébé est mal à l'aise dans cette position. Il ne la maîtrise pas et ça lui demande beaucoup de force pour se maintenir correctement.</li> <li>- Entre 4 et 5 mois, le bébé prend appui sur ses coudes et peut transférer son poids d'un côté à l'autre.</li> <li>- À 6 mois : prise d'appui sur les mains, le tronc se redresse.</li> </ul>

<b>Phase dynamique : les premiers déplacements</b>	
<b>De 5 à 10 mois</b>	
À partir du plat dos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retournement du dos vers le ventre à environ 7 mois</li> <li style="padding-left: 20px;">Le bébé attrape son pied pour rouler sur le côté puis sur le ventre.</li> <li style="padding-left: 40px;">⇒ Permet la dissociation des ceintures</li> </ul> <p>C'est aussi l'augmentation de la puissance des membres inférieurs que ce retournement est possible.</p>
À partir du plat ventre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retournement du ventre vers le dos à environ 8 mois</li> <li>- À 9 mois, le bébé rampe d'abord vers l'arrière. Puis vers l'avant par la traction des bras</li> <li>- À 10 mois, passage à la marche à quatre pattes <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Découverte de l'équilibre</li> </ul> </li> <li>- À 11 mois, marche de l'ours</li> </ul>
<b>Phase de découverte de la verticalité</b>	
<b>Après 8 mois</b>	
Acquisition position assise	<ul style="list-style-type: none"> <li>- À 5 mois, la nuque n'est plus hypotonique, le bébé peut se tenir droit</li> <li>- Passage du plat ventre à la position assise vers 7 à 8 mois</li> <li>- À 9 mois tient assis seul pendant dix minutes environ. <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Découverte de la verticalité</li> </ul> </li> <li>- Acquisition de la position du chevalier servant (un genou à terre) à 11 mois.</li> </ul>
Position debout	<ul style="list-style-type: none"> <li>- À 9 mois, l'enfant se maintient debout avec l'aide d'appui mais se met debout seul.</li> <li>- À 11 mois, en position debout l'enfant est capable de lever un pied.</li> <li>- Entre 11 et 12 mois, il se tient debout sans appui.</li> </ul>
La marche bipède	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elle est acquise entre 9 et 18 mois.</li> <li>- L'enfant marche sans aide vers son 13<sup>e</sup> mois.</li> </ul>

Tableau 1 : Développement de la locomotricité

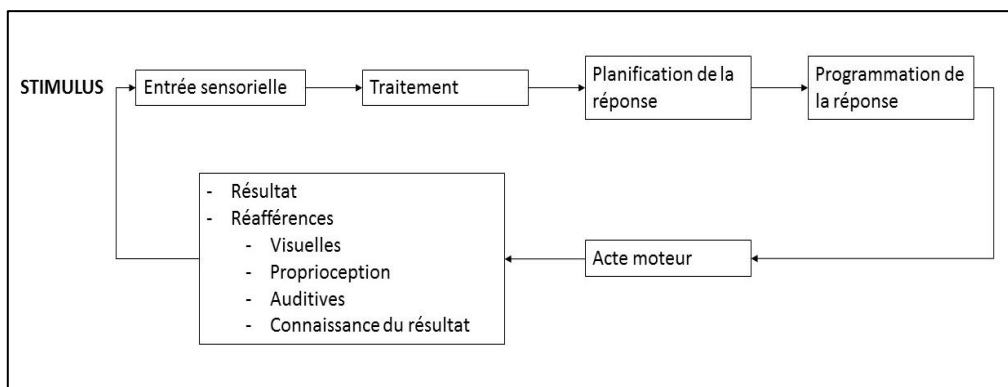
#### D- L'appui des sens dans la marche

L'enfant grandit et évolue dans son environnement. Cet environnement lui fournit de multiples sources de stimulation. La marche, moyen de locomotion de l'Homme, est une activité motrice nécessitant une coordination de l'ensemble des structures anatomiques du corps. Cet acte moteur demande donc une bonne intégration sensorielle pour guider l'enfant dans son environnement.

Le corps, constitué de récepteurs, reçoit ces affluences sensorielles et réagit. Le message perçu est ensuite traité. L'intégration de ce stimulus permet la planification de la réponse, sa programmation puis l'exécution de l'acte moteur. Ce parcours du stimulus depuis sa perception jusqu'à son exécution est schématisé ci-dessous.

Ce schéma (figure 1) est un schéma simplifié tiré de l'ouvrage Motricité humaine: fondements et applications pédagogiques [64 (p. 385)].

Figure 1 : Schéma simplifié de l'exécution de l'acte moteur.



**BULLINGER** décrit le flux sensoriel comme « un apport continu et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par une surface de cet agent : le capteur ». Ces flux sensoriels sont donc capitaux au maintien de la posture, à l'élaboration de l'acte moteur mais aussi à l'enrichissement du contrôle prospectif développé par **VON HOFTEN** [77], que nous avons vu précédemment.

La perception est définie par le CNRTL comme « le fait de prendre conscience par les sens » [13]. C'est une « opération psychologique complexe par laquelle l'esprit, en organisant les données sensorielles, se forme une représentation des objets extérieurs et prend connaissance du réel ».

Nous comptons cinq sens chez l'Homme qui sont le toucher, l'audition, l'olfaction, le goût, et la vue. À ces cinq sens nous pouvons ajouter le sens vestibulaire et le sens proprioceptif.

*Le goût n'entrant pas en jeu dans la locomotion, je ne traiterai pas ce sens.*

### *a) Sens tactile et informations tactiles*

Le sens du toucher est le premier à apparaître dès la sixième semaine après la conception et est le dernier à s'éteindre. La peau est l'organe de référence de ce sens. Elle possède un très grand nombre de récepteurs. Ces récepteurs captent des sensations thermiques, nociceptives ou mécaniques. La peau est plus ou moins sensible en fonction du nombre de récepteurs présents sur une zone particulière [25].

La sensibilité tactile inclut :

- Une **sensibilité discriminative**, renseignant sur la perception des pressions, leur localisation mais aussi de la discrimination spatiale, la position des parties du corps et leurs mouvements.
- Une **sensibilité diffuse**, qui renseigne sur les effleurements et les pressions plus légères.

Le toucher est donc un outil important de découverte pour l'enfant. Il va pouvoir recevoir les informations sur tout son corps mais aussi devenir acteur de cette découverte tactile en allant à la rencontre des objets. Par la manipulation d'objet, l'enfant appréhende les formes, les matières et enrichit sa connaissance du monde.

Pour **BULLINGER**, les flux tactiles permettent de situer le corps dans l'espace, mais aussi d'en connaître les limites [10].

### *b) Flux olfactifs et auditifs*

Les premiers récepteurs olfactifs apparaissent entre huit et neuf semaines de grossesse. L'odorat va inciter l'enfant à explorer l'espace environnant. Le sens de l'odorat nous permet de nous orienter dans l'espace mais aussi d'identifier des dangers potentiels.

L'audition se met en place vers le septième mois de gestation. Elle est aussi un des sens qui va être très important dans l'investissement et la découverte de l'espace par sa fonction d'orientation. La perception du son permet l'appréciation de la position de sa source d'émission et sa distance par rapport à soi. L'audition permet également la protection de l'organisme. Je m'explique, le son peut être perçu comme un signal d'alarme qui provoque une réaction corporelle et un recrutement tonique afin de préparer le corps à réagir à la situation. L'audition est donc un outil privilégié pour enrichir sa perception de l'espace et du monde.

### *c) Flux visuels*

Les yeux en captant la lumière et les contrastes donnent des informations sur l'environnement extérieur. « Toute perception visuelle d'un objet suppose deux processus concomitants : la localisation de l'objet et son identification » [64]. À la naissance, le système visuel n'est pas mature. L'enfant ne voit bien que de près. Au fur et à mesure qu'il se développe, il y a un élargissement de sa perception du monde, des distances et des profondeurs.

Le traitement de l'information visuelle permet d'appréhender le monde, l'autre et les objets. La construction de la perception spatiale est primordiale pour découvrir le monde mais surtout agir sur lui et mettre en place les premiers déplacements. La fonction des flux visuels, d'après **BULLINGER**, est la perception du mouvement et les réactions d'orientation notamment d'orientation du corps dans l'espace.

### *d) Flux gravitaire et système vestibulaire*

À la naissance, le nourrisson découvre la gravité. Ce flux gravitaire reste présent tout au long de la vie. Dès la naissance, il influence l'architecture osseuse et musculaire. Il participe au positionnement, à l'équilibre et à la mise en forme du corps.

C'est le système vestibulaire qui perçoit ce flux. Les capteurs vestibulaires se situent au niveau de l'oreille interne. Le système vestibulaire est composé de trois canaux semi-circulaires positionnés perpendiculairement les uns aux autres. Cela permet de capter les changements de position de la tête dans les trois dimensions de l'espace [64].

### *e) Proprioception*

« La proprioception est la perception que nous avons de notre corps à l'arrêt et en mouvement » [64]. Cette perception provient des informations des capteurs de la peau, des articulations, des tendons, des muscles et du vestibule. La **proprioception** est le résultat des sensations kinesthésiques et vestibulaires. Nous venons de voir que le système vestibulaire, en détectant les accélérations de la tête ainsi que ses changements de position, participe à la régulation tonique et à l'équilibration, ainsi qu'à la locomotion.



La **kinesthésie** est « la sensation de mouvement qui provient des mécanorécepteurs situés dans les muscles et leurs tendons, les articulations et la peau qui procurent les informations nous permettant de localiser la position des différentes parties de notre corps et d'évaluer leur déplacement » [64].

La différence entre ces deux notions est très mince. La proprioception renvoie à la sensation interne inconsciente. Elle protège l'intégrité des articulations. La kinesthésie, quant à elle, procure des informations sur les articulations et muscles lorsque nous sommes en mouvement.

Afin d'organiser nos mouvements, il est fondamental de pouvoir connaître la position des différents segments du corps dans l'espace. Les autres sens vont venir soutenir la marche en nous renseignant sur l'environnement alentour. La perception de son environnement encourage l'enfant à se déplacer afin de toujours plus le découvrir. Cet enrichissement des expériences de l'enfant va lui permettre de continuer son bon développement et son adaptation au monde.

L'acquisition de la marche est un moment capital dans la vie du jeune enfant dans sa famille. La maturation tonique dans le sens céphalo-caudal durant les neuf premiers mois permet le renforcement du tonus axial et une libération du tonus des membres. Ces variations toniques participent à l'acquisition de la station érigée. Ce phénomène de maturation tonique s'accompagne d'une évolution de la prise de conscience corporelle et d'une augmentation de la force musculaire pour permettre le cycle du pas.

Chez le nourrisson, le mouvement provient de l'ensemble des stimulations sensorielles. Plus tard, la marche, soutenue par les sens, devient un nouvel outil de conquête de l'environnement de l'enfant.

Maintenant que nous avons vu les grandes étapes d'acquisition de la marche ainsi que l'implication des sens dans la marche, nous allons maintenant nous intéresser aux enjeux psychodynamiques et sanitaires liés à la verticalisation et à la marche.

### III. Les enjeux liés à la verticalisation et à la marche

#### A- La verticalité et l'axe corporel

##### a) *Construction de l'axe corporel*

L'Homme en tant que **Bilatérien** et **Vertébré**, possède un axe de symétrie au centre du corps représenté par la colonne vertébrale.

La colonne vertébrale, ou rachis, est un axe osseux constitué de la superposition de trente-trois vertèbres [76]. Elles sont réparties en quatre zones, vertèbres cervicales, vertèbres thoraciques, vertèbres lombaires et enfin les vertèbres sacrales et coccygiennes soudées entre elles et formant le sacrum et le coccyx. La colonne vertébrale fait également le lien entre les trois sphères du corps que sont la tête en haut, le bassin en bas et le thorax en avant.

Cette colonne a deux fonctions principales :

- Une fonction de **mobilité** et de **locomotion**
- Une fonction de **stabilisation posturale**

Le rachis, par sa fonction stabilisatrice, est porteur du mouvement. Il libère les ceintures scapulaires et pelviennes et permet ainsi l'élaboration de mouvements et de déplacements. Il est à noter également que l'induction de la marche est donnée par un léger déséquilibre antérieur de la tête qui va permettre le mouvement en avant de la totalité du corps [68].

Le rachis organise les espaces du corps. Il lie les deux hémicorps. Il participe également à l'appréciation d'un devant et d'un derrière mais aussi à la jonction du haut et du bas du corps. Cet axe contribue donc à l'investissement de l'espace et est un référentiel de l'organisation du corps dans son environnement.

C'est autour de cet axe que les mouvements du corps s'organisent.

### *b) Enrichissement des expériences corporelles par le mouvement*

La marche donne à l'enfant la possibilité d'exploration de l'espace qui lui fournit tout un ensemble de sensations et de perceptions qui s'associent et favorisent l'élaboration du schéma corporel [64].

Le **schéma corporel** est une **réalité permanente**. C'est un **standard** qui donne la valeur spatiale de toute sensation et le sentiment de présence du corps. Pour agir sur les objets qui nous entourent, pour nous déplacer, il nous faut avoir de façon plus ou moins consciente « l'idée de notre corps ». D'après **de AJURIAGUERRA**, « le schéma corporel s'édifie sur la base des perceptions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles. Le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » [69]. Les sens ont donc un rôle prépondérant dans l'édification du schéma corporel. Ainsi il se structure par l'apprentissage et l'expérience. « Le schéma corporel est notre vivre charnel au contact du monde physique. Il peut être infirme sans que l'image du corps en soit atteinte. » [16 (p.42)].

**L'image du corps** correspond aux représentations que nous avons de notre propre corps. Elle est donc en perpétuel remaniement. Elle est la synthèse de nos expériences émotionnelles portées par nos expériences actuelles et passées. L'image du corps n'est pas le reflet objectif de l'ensemble du corps, mais la manière subjective dont nous ressentons nos vécus au monde et en fonction des circonstances.

La façon dont nous percevons notre corps et dont nous l'investissons participe à l'élaboration de notre identité. Le processus de verticalisation s'accompagne de l'acquisition de la subjectivité et donc un enrichissement de l'identité de l'individu.

### *c) Construction de l'identité*

**Benoît LESAGE** déclare que « l'axialité s'insère dans un ensemble de processus qui construisent ensemble ce qu'on peut appeler de façon globale - mais un peu vague - la subjectivité » [72 (p. 38)]. En effet, l'acquisition de la verticalité permet à l'enfant de faire de nouvelles expériences et acquisitions.

« La verticalité, s'exprime entre deux pôles, entre « les pieds sur terre » et « la tête dans les étoiles ». Elle est porteuse de valeurs narcissiques, des dimensions d'autonomie, de confiance en soi, de dignité et elle modifie profondément le rapport de la personne à son environnement. » [68 (p.192)].

Vers trois ou quatre ans, une identité propre à l'enfant se met en place. Il est, lui, différent de l'autre. Il utilise le « Je » pour parler de lui. Pour **LESAGE** toujours, « la stabilité de l'identité correspond à ce moment où l'enfant ne disparaît pas lorsqu'il cesse de bouger ou d'être vu » [72 (p.38)].

Par l'acquisition de la verticalisation, l'enfant accède à la subjectivité et donc à l'intelligence. La cohésion du corps, structurée autour de l'axe, permet son unification et son orientation dans l'espace.

Il existe une interrelation entre motricité et intelligence. **PIAGET** souligne que « l'intelligence naît de l'action ». Ainsi, en permettant à l'enfant de vivre son corps et de faire l'expérience du mouvement, ce dernier intègre et articule un nouveau matériel psychique.

## B- Mouvements et plaisir

### a) *Processus d'autonomisation*

Le CNRTL définit l'autonomie comme la « faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement » [13]. Dès les premiers pas, l'enfant cherche l'autonomie et l'indépendance. En prenant conscience de sa capacité à se déplacer, l'enfant mesure ce que cela implique. Il peut quitter ses parents. Il devient acteur de la séparation en contrôlant l'éloignement. Le psychanalyste et psychologue **Erik ERIKSON** écrit « Apprendre à se contrôler tout en conservant l'estime de soi produit un sentiment permanent d'enthousiasme et de fierté ». L'environnement suffisamment stimulant, stable et sécurisé pour l'enfant va lui permettre d'expérimenter cette nouvelle découverte.

Les nouveaux déplacements de l'enfant, notamment pendant les jeux, vont lui permettre de faire de nouvelles expériences, découvrant ainsi toujours plus le monde qui l'entoure et les lois qui le gouvernent comme les limites de l'espace et les distances [8].

Marcher, c'est oser se séparer. C'est jouer avec une alternance de présences et séparations auprès des parents. L'enfant devient acteur de ces séparations, il s'individualise. Ces séparations sont sans angoisse puisqu'elles sont choisies et maîtrisées par l'enfant.

Transposer ces phénomènes à l'adulte, permet de comprendre l'importance de la marche. Elle est un geste quotidien et anodin mais représente notre capacité à nous déplacer seul.

### *b) Marche et expression de l'identité*

J'aimerais tout d'abord distinguer *l'attitude* de la *posture*.

- L'*attitude* correspond à une organisation tonique relativement stable. C'est une structure de base. Elle donne une forme au corps propre à chaque individu.
- La *posture* est plus modulable. Elle dépend de l'activité physique, des habitudes gestuelles et de l'état dans lequel se trouve la personne. Elle dépend de l'activité posturale. En variant les points d'appui et le tonus musculaire, la qualité de la posture va être modifiée. Cette qualité s'exprime dans l'énergie engagée, la force de stabilité, la charge expressive de la communication non-verbale.

Ainsi nous remarquons que notre tonus et notre expressivité s'inscrivent dans notre corps. Au niveau de la marche, on observe le même phénomène. En effet, fréquemment on peut reconnaître une personne au son de ses pas ou en la voyant arriver de loin en n'observant que sa démarche et son allure.

Le professeur **LAVIGNOLLE** déclare « La marche suit la démarche » [47]. La démarche correspond à notre manière de marcher. Elle est fonction de la morphologie de la personne, de son âge, de son sexe, des conditions et habitudes de vie mais aussi de l'activité physique et de l'époque dans laquelle le sujet vit. Notre façon de marcher traduit donc notre être au monde. C'est une façon de s'exprimer de façon non-verbale. Notre marche fait partie de notre identité propre. Elle se forge au fil des années mais peut varier au sein d'une même journée selon l'état émotionnel de la personne, sa fatigue, sa motivation.

C- La marche : entre acte engagé et quête de bien-être

a) *Le symbolisme de la marche*

La marche est une activité quotidienne porteuse de sens et de symbolisme.

L'acquisition de la marche est, par exemple, un moment très important pour la famille. L'enfant amorçant ses premiers pas va découvrir l'excitation de l'indépendance et la joie de retourner de lui-même vers ses parents.

Le verbe « marcher » est défini dans le Littré comme l'action « de fouler du pied, de marquer, imprimer le pas ». Par cet acte, l'individu laisse une trace de son passage et s'inscrit ainsi dans l'histoire de sa famille, mais aussi celle de son espèce [63]. La mise en marche est un choix, l'individu devient actif et non plus passif. Elle donne un sentiment de liberté et d'autonomie. Elle touche donc à l'aspect narcissique de la personnalité.

À un autre niveau, on peut voir que la marche est un acte engagé, preuve d'obstination et de ténacité. Les marches blanches, les défilés de mode, les manifestations, les exodes sont autant de marches empreintes de symbolisme. Elles permettent aux personnes de se former en groupe autour d'une même idée, d'une même passion, d'une même envie.

**Marcher c'est aller vers l'avant. La marche est porteuse du sens que l'individu et la société lui donnent.**

b) *Enjeux sanitaires*

1. *Les bienfaits de la marche d'un point de vue psychologique*

**Virginia HENDERSON**, infirmière aux États-Unis au cours du XXe siècle, publie en 1947 son ouvrage Les principes fondamentaux en soins infirmiers dans lequel elle décrit quatorze besoins dits fondamentaux d'ordre biopsychosocial. Ces besoins fondamentaux sont une nécessité vitale et indispensable au maintien en vie et au bien-être de la personne. [Se référer à l'**ANNEXE 2**].

Nous pouvons voir dans un tableau reprenant ces quatorze besoins, que le besoin de se mouvoir arrive en quatrième position derrière les besoins physiologiques que sont la respiration, se sustenter et éliminer. Ainsi, on peut comprendre que mobiliser tout ou partie de son corps et maintenir une bonne posture sont une nécessité pour permettre un épanouissement de l'individu ainsi que d'entretenir les différentes fonctions physiologiques de l'organisme.

Une étude a été publiée dans la revue médicale « Mental Health and Physical Activity » afin d'insister sur les bienfaits de la marche concernant la santé mentale. Les états dépressifs ayant un impact sur la qualité du sommeil, l'estime de soi et l'humeur de la personne [34], il est important de prendre conscience de l'intérêt de pratiquer une activité physique pour le bien-être mental. Effectivement, l'activité physique régulière permet la libération d'endorphines dans le système nerveux [52]. L'endorphine est une hormone ayant un effet analgésique qui lutte donc contre la douleur [35]. Cette molécule est communément appelée « hormone du plaisir ». En effet, elle possède un effet bénéfique contre l'anxiété, la dépression et contre le stress.

Un article, concernant plus particulièrement les personnes âgées, précise que la pratique d'une activité physique adaptée chez les personnes permet le maintien d'autonomie, de cultiver les relations sociales et de prendre du plaisir en interaction avec leur environnement [52]. Cet article soulignait déjà en 1994 qu'une simple marche contribue à la réduction de l'anxiété et de la dépression et à une amélioration de la vitalité. Le but étant pour les personnes vieillissantes d'entretenir leur forme et de prendre du plaisir à la mise en mouvement. Il y aurait également un lien entre l'activité physique, l'estime de soi et la confiance en soi. En effet, le fait de pratiquer une activité permet à la personne de se rendre compte de ses réelles capacités cela lui permet alors de prendre confiance en elle ou de reprendre confiance avec les progrès perçus. Finalement, on observe un bénéfice par rapport au processus de socialisation. En effet, les personnes pratiquant la même activité peuvent se retrouver en groupe et créer des liens. Cette nouvelle source de socialisation participe à la lutte contre l'isolement qui touche souvent les populations âgées.

## *2. Les bienfaits de la marche sur le corps*

Les spécialistes s'accordent depuis plusieurs années à propos des bienfaits de l'activité physique même modérée, sur la santé. L'activité physique et notamment la marche a un impact positif sur de nombreux systèmes du corps humain.

Parmi ces systèmes, on compte :

- Le **système cardiovasculaire et respiratoire**: d'après la Fédération Française de cardiologie, pratiquer trente minutes de marche par jour réduit de près de 20% le risque d'infarctus en moyenne [28]. L'activité physique augmente le débit cardiaque, lutte contre le vieillissement du cœur, stabilise la tension artérielle. Concernant le système respiratoire, pratiquer une activité physique augmente la fréquence respiratoire et permet une meilleure oxygénation des organes [29].
- Le **système locomoteur** : L'activité physique contribue à lutter contre l'ostéoporose en augmentant la densité osseuse. Elle entretient le système musculaire en augmentant la force musculaire. Elle a également un effet sur les articulations notamment en prévenant et limitant les conséquences négatives de l'arthrose.
- Le **système nerveux central** : L'activité physique libère de l'endorphine [52].
- D'un point de vue **plus général**, l'activité physique lutte contre l'apparition du diabète et de certains cancers. Elle maintient également le bon équilibre du taux cholestérol sanguin et permet donc le contrôle de son poids en entretenant une bonne forme physique. La mise en mouvement participe au soulagement des maux de dos. Finalement, on trouve un effet bénéfique de la marche sur la mémoire et les fonctions cognitives. En favorisant la circulation sanguine, l'activité physique améliore l'irrigation du sang au cerveau, ce qui ralentirait le déclin cognitif [26].

### 3. *Recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*

L'OMS établit des recommandations concernant la pratique d'activité physique en distinguant trois catégories d'âge [57] :

- Entre **cinq et dix-sept ans** : l'activité physique comprend les jeux, les sports, les tâches quotidiennes, dans le contexte familial, scolaire ou communautaire. À cet âge, afin que les enfants et adolescents entretiennent leur système cardio-respiratoire, musculaire et osseux, ils doivent cumuler au moins soixante minutes d'activité physique dans la journée et pratiquer un sport intense trois fois par semaine.



- Entre **dix-huit et soixante-quatre ans** : l'activité physique comprend les loisirs, les déplacements (la marche par exemple), les activités professionnelles, les tâches ménagères, le sport, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire. Ces activités permettent l'entretien des compétences cardiorespiratoires, des systèmes osseux et musculaire et de prévenir le risque de maladies et de dépression. Il faudrait pratiquer entre soixante-quinze et cent cinquante minutes d'activité d'endurance par jour.
- **Soixante-cinq ans et plus** : L'activité physique englobe les mêmes activités que celles de la catégorie des dix-huit et soixante-quatre ans. Ces activités visent à améliorer la fonction cardiorespiratoire, l'état musculaire et osseux, réduire le risque de dépression et de détérioration cognitive. Comme pour l'adulte, il est conseillé de pratiquer entre soixante-quinze et cent cinquante minutes d'activité d'endurance par jour.

La station érigée et la marche bipède permanente sont issues d'un long processus d'évolution de l'espèce humaine.

La marche s'acquiert après un long processus de maturation neuromotrice. Elle offre à l'enfant l'opportunité de découvrir toujours plus son environnement. La marche est, pour l'enfant, une quête d'autonomie, d'indépendance et de liberté. Plus tard, elle devient une manière d'exprimer notre identité et traduit notre état émotionnel.

La marche est le résultat de la bonne intégration des informations sensorielles, de la perception de notre corps dans l'espace et de la coordination. Le vieillissement en modifiant nos perceptions, notre corps et notre rapport au monde. Il va donc avoir un impact à différents niveaux sur la marche.

Après avoir détaillé les grandes étapes d'acquisition de la marche et les enjeux liés à cette fonction, nous allons maintenant nous intéresser à l'impact du vieillissement physiologique et pathologique sur cette fonction.

---

# Chapitre 2 : Le vieillissement

---

## *I. Le vieillissement physiologique*

### A- Définition du vieillissement

**Albert CAMUS** disait « Vieillir, c'est passer de la passion à la compassion ». Le vieillissement est un phénomène physiologique, naturel et inévitable. Cependant, on remarque qu'il existe une connotation très négative qui accompagne la vieillesse et le vieillissement. En effet, le dictionnaire Larousse définit la vieillesse comme « la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions avec notamment une diminution de la force physique et un fléchissement des facultés mentales ».

Le vieillissement est une période de transition pour la personne concernée. Elle doit accepter les nombreux changements physiques (rides, poids, musculature...), sensoriels (diminution de l'audition ou de la vue par exemple), cognitifs (mémoire moins fiable, diminution de la concentration...) et sociaux (deuils, isolement, sentiment de solitude...). La personne doit alors s'adapter à ces changements afin de trouver un nouvel équilibre.

Une personne âgée est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme ayant plus de soixante ans [54]. Avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge de la génération baby-boom, la population vieillit. Au 1er janvier 2016, la France compte 66,6 millions d'habitants. Les habitants âgés d'au moins soixante-cinq ans représentent 18,8 % de la population, soit une progression de 3,7 points en vingt ans [39].

Il me semble important de préciser que chacun a sa propre notion du vieillissement. Le docteur **Patrick HUGEUX** décrit le fait de devenir vieux comme « une notion individuelle et une affaire personnelle. C'est le moment où l'individu perçoit une dégradation de sa qualité de vie ; c'est aussi le moment où la mort se profile, car la vieillesse et la mort sont indissociables. » Il continue en donnant sa définition du vieillissement « Le vieillissement serait donc un processus biologique, évolutif, naturel, continu (mais rarement linéaire), inélucltable (en l'état actuel de la science) et inégalitaire (il est évident

que personne n'est exposé au vieillissement de la même manière et que l'inégalité s'accroît avec l'âge) [36] ».

Les perturbations physiologiques liées au vieillissement ainsi que l'augmentation du nombre de personnes âgées s'accompagnent d'enjeux d'adaptation de l'environnement (création de structures d'accueil, aménagement des villes, achat de matériels médicalisés...) et de la société aux besoins de ces personnes.

## B- Modifications liées au vieillissement

### a) *Plan physique*

La sénescence a des conséquences sur tout le corps. [Se référer à l'**ANNEXE 3**]

#### 1. *Vieillesse des structures anatomiques*

D'un point de vue superficiel, les rides et les cheveux blancs sont souvent vécus comme les premiers signes de vieillesse. En avançant en âge, les fibres musculaires diminuent en nombre et en longueur et la masse musculaire diminue. Le cartilage se durcit, le liquide synovial s'amenuise dans les articulations, ce qui entraîne une perte de souplesse. La perte de force musculaire, la perte de souplesse entraînent des difficultés dans la mobilité et les déplacements et altèrent également la motricité fine. Cette motricité fine se retrouve dans la plupart des activités de la vie quotidienne, boutonner sa veste, écrire une liste pour les commissions, dans la manipulation d'objets.

Plus particulièrement, au niveau de la colonne vertébrale, on observe une fuite de l'eau présente dans les disques intervertébraux. À cela s'ajoute une diminution des muscles extenseurs, entraînant donc une perte de la lordose lombaire. La perte de lordose lombaire tend à faire basculer le corps de la personne âgée vers l'avant. Afin de rééquilibrer ce déficit, elle rétroverse son bassin et fléchit les genoux [76].

Tous les systèmes du corps vont être impactés par le vieillissement et notamment le système cardiovasculaire. En effet, le cœur battant moins fort et le péristaltisme veineux au niveau des jambes

étant moins performant entraînent des chutes de tension et des étourdissements lors du passage à la position érigée.

Enfin la marche peut-être, dans certains cas, plus lente et hésitante.

## 2. *Vieillesse sensoriel*

Au cours du vieillissement, les muscles, les organes, articulations et tendons perdent de leur efficacité. La dégradation des voies de transmission des informations et des organes sensitifs eux-mêmes engendrent des modifications des perceptions sensorielles.

La **peau** perd de sa sensibilité. En effet, les capteurs présents au niveau de la plante des pieds deviennent moins sensibles. L'Ordre national des pédicures-podologues souligne. « Les pieds d'une personne âgée sont davantage susceptibles de présenter des troubles de la sensibilité à cause d'une mauvaise circulation du sang, d'une activité physique réduite, ou encore du froid. Ces troubles entraînent parfois des douleurs aiguës, des pertes d'équilibre, des chutes. On constate également une diminution de la force musculaire qui nuit à la mobilité. Autant de problèmes qui peuvent altérer petit à petit l'équilibre et la marche du patient âgé » [58]. D'après eux, prendre en charge le pied du sujet âgé contribue au maintien de son autonomie. Le toucher reste le sens le plus préservé chez la personne âgée. Il est le dernier à disparaître.

La **sensibilité olfactive** diminue avec la réduction et l'assèchement de la muqueuse nasale.

Les papilles **gustatives** deviennent moins sensibles et la production de salive diminue.

Au niveau de l'**œil**, le cristallin va se raidir et s'opacifier, les muscles autour de l'œil seront moins efficaces. Cela empêche l'accommodation et se traduit par une presbytie. Le sujet âgé peut éprouver des éblouissements car la rétine est moins réactive aux changements de luminosité [30]. À cela peuvent s'ajouter des maladies comme la cataracte<sup>1</sup> ou la dégénérescence maculaire liée à l'âge<sup>2</sup> (DMLA).

La **perception auditive**, est très touchée par la sénescence. La presbycusie due aux modifications au niveau de l'oreille externe, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne s'observe par une

---

<sup>1</sup> La cataracte est un trouble de la vision qui survient lorsque le cristallin perd de sa transparence [31]

<sup>2</sup> Pathologie touchant l'œil, et plus précisément la rétine responsable de la perte progressive de la vision centrale [33]

moins bonne discrimination des sons aigus ce qui peut conduire à une mauvaise compréhension du discours.

L'**oreille interne**, qui participe à l'**équilibre**, se détériore. Cela provoque des déséquilibres et des troubles de l'équilibre.

#### *b) Plan cognitif*

L'avancée en âge se traduit par un ralentissement psychomoteur et une baisse des performances. Le déclin de ces performances se traduit par une baisse de la vigilance et des capacités attentionnelles. Dans la vie quotidienne cela peut se traduire par des difficultés pour les sujets âgés à s'adapter à leur environnement. Le temps de réaction et la vitesse de traitement de l'information sont considérablement diminués [44].

La **mémoire de travail, visuo-spatiale et immédiate** devient défaillante. Cette mémoire de travail a notamment un impact sur les performances en calcul.

Quant à l'**attention**, il n'y a plus de discrimination des informations pertinentes ou non. L'attention soutenue demande alors plus d'effort.

Le **langage** peut devenir moins fluide, la personne peut prendre plus de temps pour trouver ses mots. Le niveau de stimulation semble avoir une incidence sur les performances du sujet. En effet, le fait de s'exercer régulièrement pourrait limiter les dégradations cognitives [7].

#### *c) Plan psycho-affectif*

L'avancé en âge s'accompagne de multiples remaniements psycho-affectifs en lien avec des pertes répétées touchant à la fois la sphère sociale, affective et personnelle de l'individu.

« L'homme est un animal social ». Cette maxime d'Aristote démontre à quel point l'être humain s'inscrit dans sa société et sa culture. Ainsi, il accepte des rôles et des statuts sociaux tout au long de sa vie. En vieillissant, la personne est contrainte d'abandonner certaines de ses fonctions. C'est le cas par exemple au moment de la retraite. La personne était considérée jusqu'alors comme « un actif » dans la société et peut être, maintenant, considérée comme une « charge » par les autres citoyens. Au sein même de la famille, des réorganisations des fonctions s'opèrent, les enfants prennent alors soin de leurs aînés.

S'ajoutent à ces remaniements des fonctions sociales, des pertes multiples. Ces pertes peuvent être des deuils de personnes connues et aimées, des déménagements, l'altération du corps et de l'image de soi ou encore le déclin des capacités cognitives. Le sujet âgé est également confronté à l'arrivée inéluctable de sa propre mort.

La question de l'isolement et du sentiment de solitude de la personne est aussi à prendre en compte. En effet selon le rapport « Mobilisation Nationale contre l'isolement social des personnes âgées » (MONALISA) faisait état en 2013 de quatre millions de personnes âgées de plus de soixante ans vivant seules à leur domicile en France [62]. L'isolement est l'action d'être mis à l'écart [13]. Pour **Christian VAN ROMPAEY** « L'isolement est aussi la conséquence d'incapacités qui se cumulent : les difficultés de déplacement, mais aussi la perte de mémoire, la perte de l'ouïe ou de la vue creusent l'écart et rendent les contacts sociaux difficiles » [73]. De cet isolement découle parfois un sentiment de solitude. La solitude se définit alors comme la « situation de quelqu'un qui se trouve sans compagnie, séparé, momentanément ou durablement, de ses semblables de manière voulue ou subie » [13].

#### C- Le ralentissement psychomoteur et ses conséquences

##### a) *Organisation spatio-temporelle*

« L'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu. La structuration spatiale permet à l'Homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé » [70]. La maîtrise du corps dépend donc de sa capacité à percevoir l'espace qui nous entoure.

La visualisation, l'orientation spatiale, la vitesse et la flexibilité d'intégration sont touchées dans le vieillissement. Ce sont ces quatre facteurs qui permettent à la personne de s'orienter dans l'espace et d'anticiper ses déplacements [44].

Il existe un lien étroit entre la perception du temps et le temps lui-même. Le temps est une notion subjective. La manière dont nous vivons chacun ses heures et ses minutes nous est propre.

Nous percevons le temps à travers les rythmes comme les saisons, les journées... Ces rythmes organisent la vie. L'avancée en âge est souvent synonyme de lenteur [44].

### *b) Vieillessement de l'équilibre*

Le contrôle de l'équilibre est sous l'influence d'afférences sensorielles d'origine vestibulaire, visuelle, proprioceptive et tactile et sur une représentation interne de l'orientation du corps dans l'espace. Il implique un contrôle des effecteurs musculo-articulaires. Or, le vieillissement atteint toutes ces structures [19]. L'allongement du temps d'adaptation aux changements de position s'ajoute aux altérations. La recherche d'équilibre demande alors plus d'attention et d'énergie au sujet âgé. En situation de stress et lors de variations dans l'environnement l'adaptation est encore plus difficile.

Ainsi, le vieillissement, de par l'affaiblissement de l'appareil locomoteur et des organes sensoriels, a un effet sur la fonction d'équilibre. La personne âgée est alors plus sujette aux pertes d'équilibre. Ces pertes d'équilibre ont un effet direct sur les troubles de la marche chez la personne âgée.

### *c) Vieillessement de la marche*

Au niveau de la marche, on retient lors du vieillissement qu'il peut y avoir une augmentation du polygone de sustentation. La personne âgée a donc besoin d'agrandir ce polygone pour maintenir sa stabilité mais cela perturbe sa posture et rend les coordinations moins fluides. Le cycle de marche est ralenti, la longueur de pas diminue ainsi que la hauteur du pas. On observe une réduction des amplitudes articulaires des membres inférieurs. La posture caractéristique de la personne âgée en cyphose dorsale et genoux fléchis rend la marche plus coûteuse en énergie et en capacité attentionnelle.

En conséquence, les défaillances musculaires et articulaires vont induire une marche plus lente. La diminution de la longueur et de la hauteur du pas rend l'équilibre précaire et majore le risque de chutes.

Le vieillissement, même physiologique, s'accompagne de modifications sur le plan physique, cognitif et psycho-affectif. Il impacte la totalité du fonctionnement de l'individu. Les sphères motrices et locomotrices sont très touchées. La marche devient plus difficile et prend un aspect traînant.

Nous allons maintenant étudier les effets du vieillissement pathologique sur la marche.

## II. Vieillesse pathologique et troubles de la marche

Il existe de nombreuses pathologies ayant des conséquences sur la marche. J'ai choisi de traiter de certaines d'entre-elles que j'ai pu observer durant mes stages.

### A- Démence et déambulation

#### a) *Généralité sur la mémoire*

Le CNRTL définit la mémoire comme la « faculté comparable à un champ mental dans lequel les souvenirs, proches ou lointains, sont enregistrés, conservés et restitués » [13].

Il existe différents modèles structuraux de la mémoire. Le modèle modal établi par **ATKINSON** et **SCHIFFRIN** en 1968, distingue trois types de mémoire :

- La **mémoire sensorielle** : Permet de retenir une grande quantité d'informations sous forme visuelle pendant quelques millisecondes.
- La **mémoire à court terme** ou **mémoire de travail** : Contient un nombre limité d'éléments, stockés sous forme verbale pendant quelques secondes.
- La **mémoire à long terme** avec la *mémoire épisodique* et la *mémoire sémantique* d'un côté et la *mémoire implicite* et *mémoire explicite* de l'autre : Les informations sont de nature sémantique. Elle joue un rôle dans la cognition et dans l'apprentissage de nouvelles informations

**TULVING** en 1995, propose un nouveau modèle d'organisation de la mémoire. Selon lui, la mémoire est composée d'une hiérarchie de cinq systèmes de mémoire. Dans ce modèle, la mémoire physique et la mémoire procédurale correspondent aux mémoires les plus anciennes. La mémoire sémantique s'établit avec les connaissances générales de l'individu. La mémoire épisodique concerne les souvenirs situés dans le temps et l'espace. Elle implique la prise de conscience de l'individu pour emmagasiner les informations.



Lors des troubles de la mémoire, tous les systèmes peuvent être touchés. L'évolution du trouble suit cette pyramide en affectant d'abord la mémoire épisodique [45]. Lors de stades très sévères de démence, la mémoire procédurale et la mémoire physique sont celles qui restent. L'accompagnement en psychomotricité va alors s'appuyer sur ces mémoires en les stimulant en priorité. La marche fait appel à la mémoire procédurale.

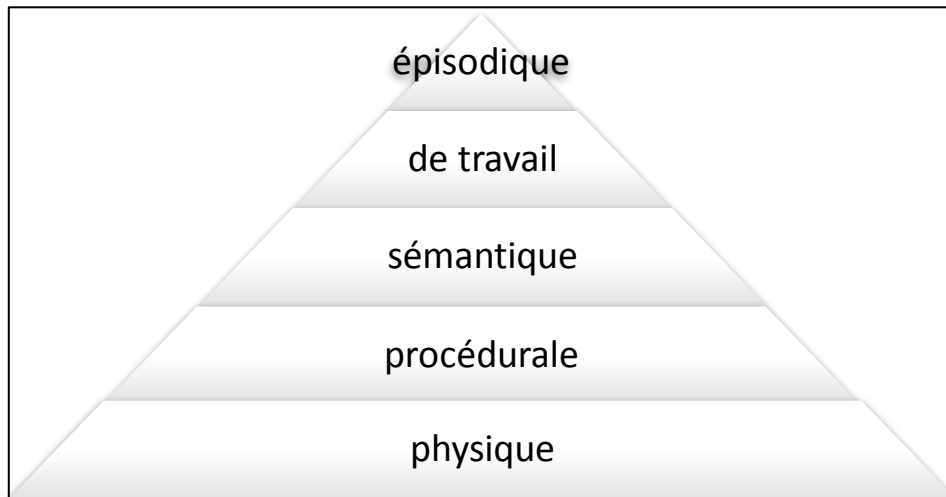


Figure 2 : Modèle d'organisation de la mémoire de TULVING [45].

### *b) Généralité sur la démence*

L'âge de début de la démence dépend de l'étiologie mais il est habituellement tardif et la prévalence la plus élevée se situe après quatre-vingt-cinq ans [74]. D'après le CNRTL [13], démence signifie « aliénation mentale », c'est un terme qui vient du latin. Étymologiquement la démence est donc synonyme de perte d'esprit et de folie. La démence se traduit par l'altération de la mémoire, la présence d'autres déficits cognitifs (troubles du langage, de l'exécution, de la reconnaissance d'objet) qui arrivent progressivement [5].

Selon l'OMS, la démence est « un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée » [53].

Les démences touchent, en 2010, près de 980 000 personnes. Selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), ces chiffres pourraient doubler d'ici 2030 et tripler d'ici 2050 [66].

Le syndrome démentiel est décrit plus précisément dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders version 5 (DSM-5) [17]. Le trouble cognitif majeur est caractérisé par un déclin cognitif important. Il existe un retentissement sur l'autonomie et notamment lors des activités de la vie quotidienne. Le trouble peut être distingué en trouble majeur lorsque le retentissement est significatif ou en trouble mineur lorsqu'il n'y a pas de retentissement. Il reste important de spécifier la maladie neurodégénérative et les perturbations qu'elle engendre sur la vie de la personne. [Se référer à l'**ANNEXE 4**].

L'altération de la mémoire est le symptôme le plus précoce et prédominant dans le diagnostic des démences. L'altération du langage ou aphasie, se manifeste par des difficultés à la dénomination d'objet, ou de personnes. Le vocabulaire disponible s'amenuise, le discours est moins fluent. Au niveau moteur, la personne démente peut présenter une apraxie, c'est une détérioration de la capacité motrice et une altération des fonctions exécutives.

### *c) Maladie d'Alzheimer et déambulation*

La démence la plus connue et répandue est la Maladie d'Alzheimer [11]. Elle représente entre 45 et 85% des démences [5]. Environ 900 000 personnes sont aujourd'hui atteintes de cette maladie et représenteraient 10% de malades chez les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans [40]. Elle est définie dans le DSM-V [Se référer à l'**ANNEXE 5**]. Les symptômes de cette pathologie sont une diminution des fonctions cognitives et de l'affectivité ; ainsi que dans certains cas, des troubles du comportement.

Parmi ces troubles du comportement, on retrouve l'agitation et la déambulation. La déambulation est un trouble du comportement fréquent dans les démences. Le CNRTL définit la déambulation comme « l'Action de déambuler, de marcher selon sa fantaisie, sans but précis » [13]. La déambulation est un comportement moteur répété, prolongé, non contrôlé et irrésistible. La déambulation est une expression de l'agitation de la personne démente. L'agitation touche entre 10 et 60% des personnes en institution. Parmi cette proportion, 9 à 20 % des agitations se traduisent par des déambulations [65].

Les causes de cette déambulation sont multiples. Elle peut être une lutte contre l'ennui, liée à une habitude antérieure, l'expression de la désorientation temporo-spatiale ou d'une opposition. Lorsque les personnes démentes atteignent un stade plus grave de la maladie, elles ne sont parfois plus en capacité d'exprimer leurs souhaits et leurs besoins. Ainsi ce comportement moteur peut devenir une façon de communiquer [71].

On remarque que la déambulation peut être une expression de l'anxiété et de l'angoisse que la personne peut ressentir. En effet, on observe, dans les structures d'hébergement de personnes âgées, que les phénomènes de déambulation se majorent au moment de la tombée de la nuit. C'est ce qu'on nomme le « syndrome du coucher de soleil ». Il touche 2,4 à 66% des sujets âgés déments. Cette large étendue est notamment le fait d'une définition peu claire et de manque d'étude concernant ce sujet. Le « syndrome de coucher du soleil » n'est en réalité pas une maladie. Il décrit un ensemble de symptômes qui arrivent à un moment précis de la journée. Selon les auteurs il survient le matin, à la tombée de la nuit ou durant la nuit [14]. Il se traduit par des désordres comportementaux.

La déambulation peut avoir trois modes :

- **Exploratoire** : La personne est dans la recherche et la découverte. Elle va entrer dans les chambres des autres résidents, prendre des objets.
- **Compulsif** : La marche est linéaire, elle est irrépressible. La personne ne s'arrête plus.
- **Déambulation nocturne** : En lien avec les troubles du sommeil. Le résident se relève la nuit et explore sa chambre. Il peut être retrouvé sur le fauteuil ou au sol après une chute.

*Vignette clinique :*

Madame S. résidente en Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante (EHPAD), marche toute la journée. L'établissement n'est pas très adapté à son comportement puisque les couloirs sont linéaires mais cela ne l'arrête pas. Elle déambule. Elle a un casque sur la tête pour la protéger en cas de chute. Elle est d'allure maigre et boite de la jambe droite. Je comprends en discutant avec le personnel soignant que madame S. était bien portante au moment de son entrée en institution, il y a trois ans. C'est après sa première année que ses troubles cognitifs se sont accentués et que les comportements moteurs aberrants ont débuté.

Madame S. marche donc plusieurs kilomètres par jour et ne s'arrête que lorsqu'on l'y invite et qu'on reste assis avec elle.

La déambulation contribue au bien-être du sujet âgé. En effet, elle participe au maintien de son autonomie en entretenant ses capacités motrices. Elle offre l'opportunité à la personne d'être en mouvement et de garder le plaisir de se déplacer librement et favorise les relations sociales [71].

Elle permet le maintien de la marche, donc de l'activité physique, elle favorise les relations sociales, réduit l'apathie, stimule l'appétit et diminue les troubles du sommeil [3]. Cependant elle peut aussi avoir des conséquences négatives, un épuisement, le risque de chute, de fugue, de sous-alimentation et de déshydratation sont majorés.

## B- Parkinson et trouble de la marche

### a) *Généralités sur la maladie de Parkinson*

La maladie de Parkinson est une pathologie neurodégénérative qui se caractérise par des troubles moteurs. À ces symptômes moteurs s'ajoutent des troubles du sommeil, des douleurs et des symptômes sensitifs [3]. La maladie de Parkinson est classée par la CIM-10 parmi les maladies du système nerveux, les syndromes extrapyramidaux et les troubles de la motricité.

D'un point de vue physiologique, la maladie de Parkinson s'explique par une réduction des neurones dopaminergique situés dans la substance noire [6]. Cette destruction altère la production de dopamine qui devient insuffisante. La dopamine est un neurotransmetteur impliqué dans le contrôle des mouvements. Actuellement, les traitements n'ont pas pour but de guérir la maladie mais de ralentir son évolution et d'atténuer les symptômes. L'évolution des symptômes est décrite par **HOEHN** et **YAHR** en 1967 en cinq stades. [Se référer à l'**ANNEXE 6**].

D'un point de vue épidémiologique, en 2015, on compte 160 000 patients parkinsoniens traités, avec environ 25 000 nouveaux cas par an. En 2030, le nombre de patients parkinsoniens pourrait augmenter de 56% avec une personne sur cent vingt de plus de quarante-cinq ans atteinte de la maladie [32].

Cette pathologie s'illustre par la triade parkinsonienne :

- **Tremblement de repos** : Les tremblements sont des oscillations lentes, régulières et de faible amplitude articulaire [5]. Ils sont présents dans 70% des cas et sont le symptôme le plus connu de la maladie [3]. Le tremblement apparaît lorsque le membre est au repos. Ces tremblements sont atténués lors du maintien postural, de mouvements volontaires et pendant le sommeil. Avec l'évolution de la maladie, les tremblements sont de plus en plus fréquents et les zones touchées augmentent. On observe également un tremblement postural et les tremblements ont lieu même lors de mouvements volontaires. Les tremblements sont majorés en situation de stress et de fatigue et minorés lorsque la personne est relaxée.
- **Rigidité** : Est présente dans 90% des cas [3]. La maladie de Parkinson provoque une hypertonie des muscles fléchisseurs. Ceci entraîne, lors des mobilisations passives, un étirement du muscle en dent-de-scie, qui cède par à-coup [5].
- **Akinésie** : « *L'akinésie* est caractérisée par un retard à l'initiation du mouvement et des anomalies dans son exécution » [3]. À cela, s'ajoute des mouvements lents, *bradykinésie*, et une *hypokinésie*, c'est-à-dire une diminution de l'amplitude articulaire. C'est l'akinésie qui est à l'origine des troubles de la marche des patients souffrant de la maladie de Parkinson. En effet, elle provoque un phénomène de « freezing » ou « blocage » et de « festination ». La festination se traduit par une augmentation de la fréquence des pas et une diminution de l'amplitude. La personne accélère le pas comme pour se rattraper. Le freezing est caractérisé par l'absence d'initiation du pas ou l'arrêt de la marche de façon inopinée. La marche paraît alors comme hésitante.

Le guide du parcours de soins de la **Haute Autorité de Santé** (HAS) de 2014 [48], apporte des compléments de symptômes cliniques de la maladie de Parkinson tels que :

- Une réduction de l'expression du visage, du balancement des bras ou du clignement des yeux.
- Une difficulté dans les mouvements fins comme le boutonnage des vêtements, l'ouverture d'un bocal, une écriture devenant petite étroite et plate (micrographie) ;
- Une marche lente et hésitante ou difficultés à se retourner dans le lit

## *b) Impact de la maladie sur la marche*

Vignette clinique :

Mme J. atteinte de la maladie de Parkinson, hospitalisée en Unité de Soins Longue Durée. Elle se tient voûtée vers l'avant. Au cours de la marche, elle s'appuie sur un déambulateur. Elle présente un freezing évident, notamment au moment du passage de sa chambre au couloir. Son pas devient plus court et traînant.

La vitesse de marche ainsi que la longueur de pas sont altérées chez les personnes atteintes. Le freezing se manifeste particulièrement au moment d'initier le mouvement et lors de l'exécution de double tâche [3]. La marche parkinsonienne expose donc la personne à plus de risque de chute de par l'instabilité posturale observée et ses caractéristiques festinante, lente et traînante.

Il est important de noter que les traitements dopaminergiques peuvent provoquer des mouvements anormaux et donc majorer les perturbations de la marche [6].

## C- Syndrome de désadaptation psychomotrice

Le syndrome de désadaptation psychomotrice, ou SDPM, représente une entité clinique gériatrique. Il se traduit par des troubles de la posture, de la marche et psychocomportementaux. Ce syndrome occasionne un sentiment d'insécurité chez la personne âgée. Il y a un risque de dévalorisation, de repli sur soi et de perte d'autonomie.

### *a) Généralités et définitions*

Le SDPM est décrit pour la première fois par le professeur **GAUDET** et son équipe en 1986. Ce syndrome est nommé à l'époque « syndrome de régression psychomotrice ». Des études montrant qu'il ne s'agit pas d'une régression mais d'une décompensation de la fonction posturale et des automatismes psychomoteurs, ont permis le changement de dénomination du syndrome.

Le SDPM se caractérise par une décompensation des fonctions motrices que sont la marche, la fonction posturale et les automatismes psychomoteurs. À cela, s'ajoute un trouble de la programmation de la posture et du mouvement.

Sur le plan physiologique, le SDPM est lié à l'altération de la substance blanche qui affecte la qualité des messages neurosensoriels. Les messages neurosensoriels ne sont plus perçus correctement et empêchent donc l'adaptation de la réponse posturale et motrice de façon adaptée [50].

Ce syndrome se manifeste par :

- Des troubles de la **posture** : rétropulsion, flexion des genoux.
- Des signes **moteurs neurologiques** et **trouble de la marche** : akinésie, hypertonie réactionnelle et freezing.
- Des signes **psychologiques** : peur de la verticalisation et de la marche, <sup>3</sup>anhédonie et ralentissement psychomoteur et souffrance morale.

Les facteurs prédisposant l'apparition de ce syndrome peuvent être d'ordre **fonctionnels**, liés à une chute ou un alitement ; ou d'ordre **organiques**, liés à l'hyperthermie, l'hypotension artérielle, une déshydratation, une hypoglycémie ou encore une hypoxie [51].

#### *b) Conséquences sur la posture et la marche*

Nous venons de voir que le SDPM a des conséquences à la fois sur la posture et la marche.

Les troubles posturaux se traduisent par une *rétropulsion*, c'est-à-dire la projection du tronc en arrière en position érigée et assise. La personne bascule en arrière ce qui majore le risque de chute. Certaines personnes peuvent compenser cette posture en en fléchissant les genoux et courbant le dos.

Le trouble de la marche résulte de la mauvaise posture mais pas seulement. En effet, le SDPM provoque un freezing similaire à celui observable lors de la maladie de Parkinson. C'est un freezing d'initiation du mouvement. La marche devient hésitante. Les pas vont également être moins longs et glisser sur le sol. Ce qui majore également le risque de chute.

---

<sup>3</sup> Il caractérise l'incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes.

### c) *Prise en charge pluridisciplinaire*

En gériatrie, la prise en charge de ce syndrome est une priorité. En effet, en entraînant une peur de la chute et un ralentissement psychomoteur, le travail des soignants comme les infirmières et aides-soignants sont plus compliqués. Les retournements et les transferts deviennent anxiogènes et problématiques pour la personne âgée. Le SDPM se répercute dans différents champs comme nous venons de le voir, ainsi la prise en charge est pluridisciplinaire.

- Le **médecin** : traite les causes métaboliques, cardiologiques du syndrome.
- Le **psychologue** : travaille sur l'anxiété liée aux transferts, à la chute.
- Les **rééducateurs** (*kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens*) : travaillent sur la réassurance, le renforcement musculaire, les adaptations du matériel de transfert, et sur l'anxiété.
- Les **infirmiers diplômés d'état** : aide le patient à être acteur de ses soins. Ne pas le porter et l'accompagner dans les transferts.

#### Vignette clinique :

Après plusieurs jours d'alitement, suite à un manque de personnels, Madame M présente une très forte appréhension au moment du lever. C'est une dame d'une cinquantaine d'années infirme moteur cérébrale (IMC) ayant vécu toute sa vie dans des foyers adaptés.

Lors des tentatives de transfert des soignantes et des soins de nursing, Madame M se met à hurler et refuse catégoriquement de se lever, au point de se mettre à griffer les soignants. Avec l'aide de la psychomotricienne et de l'ergothérapeute, nous essayons de montrer à Madame M qu'elle peut réussir à se lever et qu'elle est en sécurité. Nous nous accordons à son rythme et nous l'accompagnons de son lit à son fauteuil. Une fois assise au fauteuil, Madame M est en légère rétropulsion mais ne semble pas avoir peur de chuter. L'expérience du transfert sera effectuée plusieurs fois avec l'aide de l'ergothérapeute.

Le SDPM représente donc un enjeu majeur de la médecine gériatrique. Il entraîne des conséquences sur le plan moteur, cognitif et affectif importantes. La prise en charge se fait de façon pluridisciplinaire afin de réduire l'anxiété et l'appréhension de la personne ainsi que de réduire les symptômes moteurs.



---

# Chapitre 3 : Quand la marche est altérée, comment continuer à avancer ?

---

## *1. Quelques notions liées au vieillissement et à la perte de la marche*

### A- Chute et estime de soi

#### *a) Généralité sur la chute*

Comme nous l'avons vu dans le développement de ce mémoire, le vieillissement entraîne des modifications ostéo-articulaires, musculaires et sensorielles ayant des conséquences à la fois sur l'équilibre mais aussi sur la marche. Ces modifications engendrent une majoration du risque de chute chez la personne vieillissante. L'observation clinique de pathologies de la personne âgée démontre également que le risque de chute peut être augmenté par certains troubles se surajoutant au vieillissement physiologique de l'organisme.

Les chutes sont parmi les principales causes externes de blessures non intentionnelles. Les chutes sont définies par l'OMS comme « tout événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre involontairement appui sur le sol, un plancher ou toute autre surface située à un niveau inférieur » [41]. Le nombre de chutes augmente de manière exponentielle avec les changements biologiques liés à l'âge. Environ 28-35% des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus tombent

chaque année, passant de 32 à 42% pour les plus de soixante-dix ans. Les chutes représentent 40% de tous les décès dus à des blessures [56].

Environ 9 000 décès de personnes âgées de plus de soixante-cinq ans sont associés chaque année en France à une chute. La chute peut être responsable de fractures et particulièrement celle du col du fémur. À un niveau plus psychologique, la chute peut être traumatisante engendrant par la suite une peur de chuter de nouveau et potentiellement un syndrome de désadaptation psychomotrice, appelé après une chute un syndrome post-chute.

## *b) Syndrome post-chute*

### *1. Définition*

Le syndrome post-chute est l'appellation du syndrome de désadaptation psychomotrice survenant de façon aiguë après une chute. Il se définit par l'apparition dans les jours suivants une chute chez une personne âgée, d'une diminution des activités et de l'autonomie physique, alors que l'examen clinique et le bilan radiologique ne décèlent pas de cause neurologique ou mécanique ou de complication traumatique. Il correspond à une véritable sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche.

### *2. Sémiologie clinique*

Le syndrome post-chute associe :

- Une **composante motrice** : Au fauteuil le patient a une tendance à la rétroimpulsion avec impossibilité de passage en antéimpulsion. Debout, la marche est tâtonnante avec élargissement du polygone de sustentation et flexion des genoux ;
- Une **composante psychologique** : Elle se traduit par une anxiété majeure, le patient a peur du vide antérieur. Au maximum il existe une astase-basophilie<sup>4</sup> ;
- Un **syndrome de régression psychomotrice** peut compliquer le syndrome post-chute avec l'apparition d'une recherche de dépendance (clinophilie, incontinence, demande de couches, aide aux repas) ;
- Un **syndrome dépressif** est à rechercher systématiquement.

---

<sup>4</sup> Peur morbide du vide et des chutes

### 3. *Pronostic*

Le syndrome post-chute est réversible s'il est pris en charge précocement. En l'absence de prise en charge rapide, spécifique et multidisciplinaire de cette véritable urgence gériatrique, l'évolution se fera vers l'état grabataire irréversible.

D'après **GINESTE** [12], les grabataires sont aujourd'hui fabriqués par la prise en charge institutionnelle. Grabataire signifie « celui qui est malade et qui garde le lit » [13]. Pour lui, la marche doit être maintenue le plus longtemps possible avec la personne âgée lorsque son état le permet car « un muscle qui ne fonctionne plus au-delà de quatre-vingts ans perd 15% de sa force après une semaine d'immobilisation. 10%, la semaine suivante. En trois semaines un grabataire est fabriqué ». Maintenir la verticalisation et la marche chez la personne âgée, c'est lui dire « rester debout avec nous jusqu'au bout ».

#### *c) Chute et identité de la personne*

Le vieillissement procède à des remaniements de l'identité du sujet. **Michelle JOULAIN** déclare que « Les identités personnelles sont largement élaborées et nourries par nos identités sociales qui, elles, sont appréhendées, acceptées, modulées à travers le prisme de nos identités personnelles » [59 (p.23)]. Ainsi, l'identité personnelle est en remaniement permanent en fonction des expériences vécues corporellement mais aussi au niveau de la sphère affective et cognitive. Le processus d'identité est dynamique et multiple. **JOULAIN** ajoute « L'identité est la résultante d'une construction cognitivo-affective, faite de sensations, émotions, sentiments, comme de traitements sur soi et les autres. Elle a un caractère à la fois social et personnel et elle s'élabore avec et à travers autrui » [59 (p.23-24)].

L'identité s'enracine dans l'action. Elle a besoin de concret, de pratiquer pour exister, pour s'expérimenter et ainsi s'affirmer, se consolider, se modifier aussi, à travers l'engagement, la prise de responsabilités. Finalement, l'identité s'élabore et se construit par la valorisation de soi et l'estime de soi. C'est en se dépassant et en étant en action que la personne se valorise aux yeux d'autrui et donc à ses propres yeux. L'estime de soi implique à la fois la reconnaissance de ses ressources, l'acceptation de ses limites, la capacité à canaliser ses angoisses et à assumer ses échecs. Avoir une identité c'est être reconnu par soi et par les autres pour ses capacités et ses qualités.

Le sentiment d'identité s'appuie ainsi sur ceux de *continuité temporelle et de singularité*. Il permet qu'une personne se considère comme une unité, avec, selon les cas, plus ou moins de cohérence, ou plus ou moins de fragilité, et cela quelle que soit la succession d'expériences accumulées au fil des ans.

Avec le vieillissement, la personne doit faire un deuil de l'idéal du corps. L'altération de la marche et la chute sont subies par la personne. « Au-delà de la perte d'équilibre physique, elle crée une situation de rupture psychologique par le changement de situation qu'elle implique (hospitalisation, entrée en institution). On marche pour aller quelque part, mais quel lendemain le sujet âgé peut-il encore projeter après la chute ? » [59 (p. 52)]. Le futur est incertain. La chute entraîne donc un remaniement du schéma corporel, du vécu corporel et des projections futures. L'identité s'en trouve modifiée.

#### B- Autonomie, dépendance et handicap

« Tant que nous avons les moyens de réaliser les actes de la vie quotidienne de manière indépendante, nous ne pouvons pas soupçonner combien ne plus pouvoir se mouvoir librement peut altérer le socle de l'organisation de notre pensée. Accompagner pendant de nombreuses années des personnes en fin de vie, nous apprend que se mouvoir nous donne l'occasion d'exprimer notre rapport au monde », **Geneviève PONTON** [72 (p. 60)].

Lorsque nous pensons à la gériatrie, nous pensons fréquemment à la *dépendance* qu'elle engendre. *L'autonomie* et la *dépendance* ne sont pas à opposer. En effet, *l'autonomie* se définit comme la capacité à prendre des décisions, à se gouverner soi-même. Elle présuppose avoir une capacité de jugement, de pouvoir prévoir et choisir. C'est aussi la liberté de pouvoir agir. La *dépendance*, quant à elle, est une incapacité partielle ou totale à effectuer des activités sans aides et à pouvoir s'adapter à son environnement. Les personnes âgées sans troubles cognitifs sont donc souvent autonomes mais dépendantes.

Le terme handicap apparaît en France en 1957. À cette période, il est défini comme un écart par rapport à une norme, un déficit ou des difficultés d'ordre physique, mental et social. Au fil des années, l'accent est porté sur la déficience qui résulte du handicap, puis sur la limitation à la vie sociale et professionnelle. Le statut de la personne en situation de handicap évolue. Différentes lois sont mises en place afin de favoriser l'intégration de ces personnes dans la vie professionnelle et de faciliter l'accessibilité des villes (déplacements, logements,...).

En 1980, l'OMS publie la Classification Internationale du Handicap (CIH). Cette classification définit trois concepts :

- La **déficience** : Perte ou anomalie portant sur un organe ou une fonction. C'est l'aspect lésionnel du handicap.
- **L'incapacité** : Elle correspond à la réduction de la capacité d'agir. C'est l'aspect fonctionnel du handicap.
- Le **désavantage** : C'est le résultat de la déficience et de l'incapacité conduisant à une limitation ou une incapacité à accomplir un rôle social. C'est l'aspect situationnel du handicap.

L'OMS propose ensuite la **Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé** (CIF). [Se référer à l'**ANNEXE 8**]. Cela permet de décrire des situations relatives à la restriction fonctionnelle dans un langage uniformisé et normalisé afin de décrire les états de santé. Cette classification insiste sur le fait que le handicap résulte d'interactions entre [15] :

- **Les fonctions organiques** : Fonctions physiologiques des systèmes organiques
- **Les structures anatomiques** : Les parties anatomiques du corps (organes, membres)
- **Les déficiences** : Problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique (écart ou perte)
- **L'activité** : Exécution d'une tâche
- **La limitation d'activité** : Les difficultés rencontrées pour exécuter une tâche
- **La participation** : Implication d'une personne dans une situation de vie réelle
- **La restriction de participation** : Problème que la personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle
- **Les facteurs environnementaux** : L'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

Le handicap peut être d'ordre :

- **Moteur** : Déficience des fonctions motrices entraînant une atteinte partielle ou totale de la motricité.
- **Sensoriel** : Déficience ou altération, partielle ou totale, soit de la vision ou de l'audition.
- **Mental** : Déficience ou altération intellectuelle entraînant des difficultés de réflexion, de compréhension et de conceptualisation.

- **Psychique** : Il regroupe les conséquences durables des maladies mentales, tant au niveau affectif et émotionnel, qu'au niveau de la personnalité qui est perturbée, sur les facultés d'intégration sociale du malade.
- **Cognitif** : il regroupe un ensemble de troubles qui peuvent avoir des conséquences importantes dans la vie des personnes en termes de limitation d'activité et de participation à la vie sociale.

Quel que soit le handicap, il entraîne des souffrances psychiques pour le sujet et son entourage. Dans l'altération de la marche, nous voyons que toutes les sphères de la vie de l'individu sont touchées. La personne est limitée dans sa participation et son activité. L'environnement influence également le handicap.

#### C- Notion de deuil

La sénescence est un phénomène naturel et continu qui entraîne beaucoup de modifications sur le plan physique avec diminution de toutes les perceptions sensorielles, diminution de la vitesse d'exécution, apparition de rides, perte des cheveux, gain ou perte de poids. Ces modifications physiques s'accompagnent de changements sur le plan cognitif avec diminution de la vitesse de traitement de l'information, diminution des capacités mnésiques. Finalement, sur un plan affectif, la personne âgée, même en bonne santé, peut avoir une tendance à l'isolement, le sentiment de diminution du réseau social et perte des statuts sociaux, notamment avec la retraite. C'est donc une période de transition et de transformations dans la vie qui peut mettre à mal le sentiment d'utilité et de continuité de la personne. Elle doit alors faire le deuil de sa vie passée, de ses projets, de son ancien équilibre.

Le CNRTL [13] distingue le deuil d'une personne qu'il définit comme la « douleur, affliction, profonde tristesse que l'on éprouve à la suite de la mort de quelqu'un » du deuil au sens figuré qui est le « Sentiment de profonde tristesse liée à une cause occasionnelle (départ, rupture, etc.) ». À cela s'ajoute l'expression « faire son deuil » qui est le fait de « renoncer à, admettre la perte de ».

**FREUD**, quant à lui, définit le deuil comme « la réaction à la perte d'un être aimé, ou bien d'une abstraction qui lui est substituée, comme la patrie, la liberté, un idéal » [21 (p.45)].

Dans l'étude de cas suivante, nous verrons que cela fait écho à la situation de Monsieur M. En effet, il répète souvent que « sa vie s'est arrêtée en 2016, quand [il] a perdu ses jambes ». L'altération de la marche est pour lui quelque chose de très difficile à vivre. Il doit faire le deuil d'un idéal qui n'existe plus. S'est surajouté à ce deuil de la fonction de la marche, un deuil de sa vie passé avec une institutionnalisation et donc une perte de ses habitudes, de sa maison, de tout ce qui constitue son ancienne vie.

Le vieillissement, qu'il soit physiologique ou pathologique, a une incidence sur la marche. Les systèmes sensoriels sont moins efficaces, le système locomoteur s'affaiblit et les fonctions d'équilibration et de marche s'en trouvent altérées.

Certaines pathologies vont majorer les troubles de la marche. La déambulation dans la maladie d'Alzheimer ou la marche du parkinsonien sont deux exemples de trouble de la marche.

Les troubles de l'équilibre et de la marche augmentent le risque de chute. La chute peut avoir de très graves conséquences physiques et psychologiques sur le sujet âgé et doit être traitée comme une priorité en médecine gériatrique. Elle touche une grande partie de la population âgée et est responsable de nombreux décès. La chute peut être la cause d'apparition du syndrome post-chute qui peut aboutir à un état grabataire du sujet chuteur.

## II. Deux rencontres en Unité de Soins Longue

### Durée

#### A- Mon lieu de stage

Pour ma dernière année de formation, j'ai choisi de découvrir l'Unité de Soins Longue Durée, ou USLD. Ce sont des structures adaptées et destinées aux personnes âgées qui ont besoin de plus de soins médicaux ou de plus de surveillance que les résidents d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Les personnes accueillies sont donc âgées de plus de 60 ans. Ces unités sont rattachées à des établissements hospitaliers et dépendent donc de la fonction publique.

Mon lieu de stage comptabilise quatre unités de soins réparties sur deux étages d'un bâtiment de soins gériatriques. Le bâtiment contient également un étage de médecine gériatrique et deux services de soins de suite et réadaptation gériatriques.

Ainsi, l'équipe de rééducation, composée d'ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes et d'une psychomotricienne, intervient au sein des USLD.

#### B- Rencontre avec Monsieur M.

##### a) *Première rencontre :*

Je rencontre Monsieur M. dès mon deuxième jour de stage. La psychomotricienne m'explique que nous allons voir un monsieur qui a beaucoup d'antécédents orthopédiques pour une séance individuelle de marche.

Nous retrouvons dans sa chambre. Elle est très spacieuse, avec peu d'objets et meubles personnels. Il n'y a qu'une commode et quelques reproductions de tableaux célèbres mais aucune photo n'est affichée. Il est assis en fauteuil roulant standard avec appui podal pour qu'il puisse se déplacer librement dans sa chambre et sa salle de bains. C'est un homme très souriant et accueillant que je découvre. Il a l'air ravi de voir la psychomotricienne et très enjoué à l'idée d'aller marcher.



Il se lève seul. Une fois debout, il est complètement voûté. Il commence sa marche avec un déambulateur deux roues. La psychomotricienne marche à ses côtés avec une main posée sur son dos. Je remarque directement que ce monsieur a de grosses difficultés à marcher. Il se déplace en faisant des petits pas très lents. Lorsqu'il fait un pas, on sent et on entend le craquement de sa colonne.

Il marche sur un peu plus de cinquante mètres puis retourne dans sa chambre. Durant la séance, il discute avec la psychomotricienne et entre en relation avec moi en me questionnant sur ma venue, mes études et plus particulièrement sur mon stage. À la fin de la séance, Monsieur M. s'assoit seul dans son fauteuil. Il est un peu essoufflé mais reste très souriant.

À l'issue de cette première séance, je peux déjà constater que Monsieur M. est orienté dans le temps et l'espace. En effet, il réussit à adapter sa position et trajectoire dans le couloir pour éviter les chariots des soignants. Il sait où se trouve sa chambre et sait y retourner seul. Il est en capacité de me donner des informations sur ses antécédents en citant des dates précises et ne semble donc pas présenter des troubles mnésiques. Son langage est cohérent et adapté à la situation. Ses mouvements bien que lents et parfois difficiles sont coordonnés.

Dès cette première rencontre Monsieur M. m'intrigue de par l'ampleur des antécédents orthopédiques. Je décide donc de consulter très rapidement son dossier.

*b) États des lieux et anamnèse de Monsieur M :*

○ Contexte général :

Monsieur M. est né en octobre 1936. Il a 82 ans au moment de notre rencontre. Il réside à l'USLD depuis le 12 juillet 2018.

○ Situation psychosociale :

- **Histoire de vie :**

Monsieur M. est né en Vendée en 1936. Il n'a jamais été marié et est actuellement célibataire. Il n'a pas eu d'enfant. Il a une sœur plus jeune et une nièce. Cette nièce est la seule parente qui lui rend visite depuis son installation à l'USLD. Il a travaillé durant plusieurs années dans le domaine de la métallurgie. Il a également servi dans l'armée durant 18 mois.

Avant son hospitalisation, il vivait seul à son domicile avec une IDE à son domicile 2 fois par jour. C'est un patient transféré du service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) où il a séjourné à la

suite d'une chute avec rhabdomyolyse<sup>5</sup>. Avant cette entrée au SSR, il a fait plusieurs passages aux urgences depuis octobre 2016, date de sa première hospitalisation pour chute. Son retour au domicile étant impossible il a intégré l'USLD.

- **Relations sociales :**

Monsieur M. parle très peu de ses anciennes connaissances et de ses amis. Il reçoit la visite de sa nièce environ deux fois par mois. Il ne reçoit plus la visite de sa sœur depuis qu'ils se sont disputés concernant les finances de monsieur que sa sœur gère depuis son hospitalisation.

o Santé :

Monsieur M présente divers antécédents d'ordre cardiovasculaire, orthopédique et psychologique :

- *Cardiovasculaire :*

- Amaurose droite<sup>6</sup> en septembre 2013, provoqué par un Accident Ischémique Transitoire.
- Thrombose veineuse soléaire gauche<sup>7</sup>.
- Œdèmes membres inférieurs des chevilles bilatérales, non douloureux.
- Insuffisance veineuse

- *Orthopédique :*

- Sciatique S1 gauche depuis 2011 avec Canal Lombar Étroit
- Rétrécissement canalaire et foraminaux bilatéraux L5-S1
- Tassement vertébral L3, en mars 2018 suite à une chute
- Arthrose cervicale
- Coxarthrose gauche
- Ostéoporose

- *Autre :*

- Syndrome anxio-dépressif depuis son hospitalisation et exacerbé depuis son arrivée à l'USLD.

---

<sup>5</sup> Destruction du tissu musculaire au sein des muscles dits striés, muscles à commande volontaire

<sup>6</sup> Perte de la vision se fait de façon brutale complète et transitoire à la suite d'une obstruction de la circulation dans les artères rétiniennes

<sup>7</sup> Obstruction d'une veine par un caillot sanguin

- Chutes à répétition depuis octobre 2016
  - Camptocormie<sup>8</sup>.
- Évaluation multidimensionnelle :

*Autonomie fonctionnelle :* Monsieur M. se sert d'un déambulateur deux roues lors des séances de marche mais ne quitte pas son fauteuil roulant le reste du temps. Il est en attente d'un fauteuil roulant électrique. Il est autonome pour la toilette et l'habillage du haut du corps mais a besoin d'aide pour le bas. Il est continent et peut se nourrir seul. Il a également une bonne orientation temporelle et spatiale.

*Dossier en ergothérapie :* Les objectifs pour Monsieur M. sont de garder une autonomie dans les activités de la vie quotidienne, de trouver un confort et une sécurité quand Monsieur M ; est en chambre en fauteuil. Il y a aussi dans les objectifs d'ergothérapie l'apprentissage du fauteuil roulant électrique qu'il doit recevoir depuis son hospitalisation au SSR.

*Dossier en psychologie :* On observe chez Monsieur M. une humeur dépressive qui est prise en charge par la psychologue de l'USLD. Elle l'accompagne également dans les difficultés qu'il rencontre avec sa famille.

*Observations de l'animatrice :* Monsieur M. est fréquemment convié à venir participer à des animations diverses, que ce soit des spectacles de magie ou de musique, des ateliers de cuisine, de zoothérapie, ou ciné-débat. Il refuse systématiquement toutes les propositions, il prétend toujours avoir autre chose à faire comme un rendez-vous avec la psychomotricienne ou la psychologue. Ces dernières ont donc essayé de modifier leurs horaires pour lui permettre de participer aux activités, sans effet sur l'investissement de Monsieur M. pour les propositions de l'animatrice. L'animatrice le décrit comme un homme ayant toujours été seul et maintient ce mode de vie au sein de son nouveau lieu de vie.

Un **Mini Mental Status Examination (MMSE)** a été effectué durant son séjour au SSR. Il présente un score de **24/30**. Je n'ai pas accès à d'autres informations et donc je ne sais pas à quelles questions il a échoué. Les Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer de l'HAS prévoient : « Tout âge et tout niveau socio-culturel confondus, le seuil le plus discriminant est 24 (un score inférieur à 24 est considéré comme anormal) » [61]. Ainsi nous notons que Monsieur M. présente quelques difficultés mais pas nécessairement liées à une démence. Il est également important à noter que le niveau socio-culturel influence les performances à ce test.

---

<sup>8</sup> Anté-flexion dynamique du tronc survenant à l'effort ou en position debout et est réductible en décubitus

Ce que je peux déjà voir émerger après consultation du dossier de Monsieur M. c'est que ce monsieur a beaucoup d'antécédents orthopédiques. Ce sont des chutes à répétition qui ont conduit à son hospitalisation à long terme. Monsieur M. ne semble pas réellement accepter cette situation.

*c) Projet de vie et en psychomotricité :*

Le projet de vie pour Monsieur M. est donc de maintenir son niveau d'indépendance afin qu'il puisse faire ses mobilisations et sa toilette seul. À long terme, il est souhaitable, qu'il s'intègre davantage à la vie de l'USLD en sortant plus souvent de sa chambre et en allant même dehors.

Les séances de marche en psychomotricité sont prescrites par le médecin du service. Elles ont pour principal objectif de permettre la continuité des soins que Monsieur M. a reçus au sein du SSR en termes de rééducation. Dans le cas de Monsieur M, nous intervenons dans un cadre préventif, sans recherche de résultats fonctionnels. En effet, la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit que l'objectif de la prévention est « d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident » [49].

Pour Monsieur M., la marche est donc un bon médiateur pour prévenir l'aggravation de certains symptômes.

Concernant le syndrome anxio-dépressif, le fait d'aller à sa rencontre pour marcher avec lui est un moment de partage. Malgré les douleurs qu'il peut ressentir, il est toujours très enthousiaste à l'idée de marcher un peu « en si charmante compagnie » comme il le dit. Nos visites deux fois par semaine ont un impact positif sur le syndrome anxio-dépressif de Monsieur M. qui sort autrement très peu de sa chambre. Ce temps lui permet de discuter avec nous, de nous parler de lui.

Concernant les douleurs, Monsieur M., souffre de douleurs chroniques. La douleur sciatique qu'il ressent du côté gauche provoque une légère boiterie et réduit considérablement la longueur de pas de Monsieur M. Il souffre d'*arthrose*<sup>9</sup> ce qui engendre des douleurs et des raideurs, notamment au niveau des cervicales ainsi que de l'articulation de la hanche. Cette arthrose s'ajoute à de l'*ostéoporose*<sup>10</sup>. Le

---

<sup>9</sup> Affection dégénérative qui détruit le cartilage et provoque une usure de l'os

<sup>10</sup> Atteinte au squelette qui provoque une fragilité de l'os

psychomotricien peut intervenir à ce niveau-là en proposant des exercices psychomoteurs favorisant l'activité physique en renforçant la musculature, le remaniement osseux et la posture, et donc la camptocormie [44].

Dans le cadre extérieur à nos séances, Monsieur M se repère bien dans le temps et l'espace. Dans sa chambre il se déplace en fauteuil roulant et investit tout l'espace. Lorsque nous marchons ensemble, il s'intéresse aux décorations posées dans les couloirs ou affichées sur les murs.

#### *d) Prise en charge et évolution :*

Les séances de marche sont bihebdomadaires, mais je ne suis présente qu'à l'une d'entre elles.

Dès le mois de décembre, ma maîtresse de stage me permet de m'autonomiser. Elle me laisse guider une séance sous sa supervision. Après cette séance, elle m'autorise à rencontrer seule Monsieur M. Nos séances se déroulent toujours sur le même schéma. Nous marchons dans le couloir. Monsieur M. prend des points de repère au sein de l'unité afin de savoir jusqu'où il est arrivé la dernière fois. Il apprécie toujours les séances de marche et m'attend même sur le seuil de la porte quand j'arrive.

Je me rends rapidement compte que Monsieur M est peiné de ne plus pouvoir aller « aussi loin qu'avant ». Il me parle souvent de ses capacités anciennes en me disant « vous savez avant j'y arrivais mieux, avant que je ne perde mes jambes ». Il a un vécu très négatif des chutes qu'il a connues. Il parle de son corps comme d'un fardeau avec des images très négatives. J'essaie alors de l'encourager et de lui prouver que malgré ce qu'il peut penser il fait des progrès car nous marchons de plus en plus loin.

Au cours des séances, je pose ma main sur le dos de Monsieur M. et l'invite à faire attention à son dos et son axe. Je remonte ma main le long de sa colonne en lui demandant d'essayer de se redresser dans ma main. Je lui propose de regarder loin devant lui pendant quelques secondes pour l'inciter à se redresser encore un peu plus. Je réitère ma proposition plusieurs fois durant notre marche.

Le temps de prendre mes marques, je prévois de faire passer un Examen Géro-nto-Psychomoteur (EGP) au retour des congés de ma maîtresse de stage fin janvier.

#### *❖ Evolution sur le plan de la santé*

Au retour en janvier, j'apprends que Monsieur M. a contracté une infection pulmonaire quelques jours plus tôt. La psychomotricienne décide de lui rendre visite, tout en sachant que nous n'allons pas

marcher pour constater son état et discuter avec lui. Monsieur M s'excuse de ne pouvoir venir avec nous. Il se dit très heureux de nous revoir et espère pouvoir reprendre nos séances rapidement. Nous le saluons après quelques minutes. La semaine suivante, on nous annonce que son état s'est amélioré et nous allons le voir dans sa chambre le jeudi dans l'après-midi. Il est installé au fauteuil.

La psychomotricienne constatant que son état le permet, lui propose de se verticaliser le lendemain matin. Le vendredi matin, l'état de Monsieur M. s'est dégradé. Il est alité et sous respirateur. Il tient alors des propos très négatifs et morbides sur son état. Nous accueillons ses propos et allons voir à la fin de cette rencontre la psychologue pour qu'elle puisse lui rendre visite. Nous attendons donc le vendredi de la semaine suivante, que l'état de Monsieur M. le permette pour l'aider à se tenir debout quelques minutes.

L'alitement prolongé entraîne une rétraction musculo-tendineuse et une raideur articulaire dues à une diminution des mouvements. Cette immobilisation s'accompagne d'attitudes vicieuses notamment au niveau des membres inférieurs. « Après dix jours d'alitement on constate habituellement une diminution du tonus, une instabilité en position verticale, une marche maladroite et mal assurée avec risque de chute » [22]. C'est pourquoi la mise en position verticale est importante dès que l'état de santé du résident le permet. De plus, nous notons un impact psychologique positif de la verticalisation redonnant confiance en soi et sentiment de dignité à la personne. Monsieur M. verbalise quelques douleurs au niveau de ses jambes pendant la verticalisation, notamment de ses genoux et chevilles qui doivent se réhabituer à porter son poids, mais est content de pouvoir tenir sur ses jambes.

Dès le lendemain nous reprenons les séances de marche avec la psychomotricienne. En effet, monsieur M. a perdu de sa force musculaire après son épisode septique. La séance prend donc une nouvelle forme, la psychomotricienne aide Monsieur M. à se lever dans le couloir, l'accompagne durant la marche et je suis avec le fauteuil roulant pour prévenir les risques de chute et permettre à monsieur de s'asseoir dès qu'il sera fatigué. Durant la séance, Monsieur M. verbalise le fait qu'il se sent « pencher en arrière », effectivement il présente une légère **rétropulsion**. Il ne verbalise cependant aucune peur de chute ou de se mettre debout. La rétropulsion correspond au déjettement du tronc en arrière lors du passage de la position assise à debout et une tendance à la chute en arrière en position debout [4]. Lors de la marche, il présente une boiterie de la jambe droite et penche beaucoup en avant et vers la droite. Il prend une position vicieuse qui entraîne des douleurs dans toutes ses articulations. Il marche sur dix mètres, est très fatigué et essoufflé à la fin de la séance.

❖ Nouvelle prise en charge en kinésithérapie :

En psychomotricité, la marche est un moyen d'entretenir le lien et la confiance en soi de Monsieur M. Voyant que notre action est limitée par la fonte musculaire, la psychomotricienne discute avec le médecin d'une éventuelle prise en charge en kinésithérapie. La décision est donc prise en équipe pluridisciplinaire de lui proposer quelques séances de rééducation avec le kinésithérapeute dans le but de travailler sur le renforcement musculaire et réduire la rétropulsion.

L'évaluation de début de prise en charge en kinésithérapie datant du 7 mars 2019, décrit un patient orienté et cohérent, se plaignant de douleurs multiples au niveau des genoux bilatéraux, des deux épaules et majoritairement de la gauche et une douleur de type sciatique à gauche.

Il présente une asthénie<sup>11</sup> lors des efforts et surtout lors de la marche. Son périmètre de marche s'étend à environ dix mètres avec de petits pas et une base de sustentation rétrécie. Avec des consignes, il corrige très partiellement sa position. Les transferts assis-debout se font avec une légère aide humaine. En parallèle à la kinésithérapie, nous continuons nos séances de marche à trois. Monsieur M. augmente rapidement son périmètre de marche et retrouve une posture plus érigée.

Au cours des séances suivantes que je reprends seule, je constate que Monsieur M. récupère bien. Il reste très motivé par ses performances et tente toujours d'aller plus loin. On observe des difficultés d'exécution d'activité en double tâche. Lorsqu'il doit me parler ou répondre à mes questions, il doit s'arrêter.

❖ Bilans psychomoteur et psychologique

Le 14 mars, je décide avec l'autorisation du médecin et de la psychomotricienne de lui faire passer **l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP)**. [Se référer à l'**ANNEXE 7**].

La passation de l'EGP se fait un jeudi après-midi après une séance de kinésithérapie. Monsieur M. est prévenu de la passation de ce bilan une semaine à l'avance. Il est disponible et prêt pour le test quand je viens le retrouver dans sa chambre.

Sans surprise Monsieur M. éprouve des difficultés lors des épreuves de coordinations statiques et dynamiques, dues notamment à ses problèmes orthopédiques. Il présente cependant une bonne

---

<sup>11</sup> Affaiblissement pathologique de l'état général. On parle d'asthénie pour décrire une faiblesse habituelle qui marque l'ensemble du comportement

mobilisation des articulations, aussi bien au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs. Cependant, je note une difficulté à se laisser aller au relâchement pour la mobilisation passive.

Monsieur M. a une bonne motricité fine malgré quelques difficultés à cause de l'arthrose notamment au niveau de la main droite, main dominante chez monsieur M. Cela ne l'empêche pas d'écrire de façon lisible.

Monsieur M. connaît et reconnaît les parties du corps que ce soit sur lui ou sur moi. Lors de l'imitation de positions il arrive à imiter mes mouvements mais en miroir.

Durant la passation du bilan, il est capable de maintenir son niveau de vigilance et d'attention. Sa communication est adéquate et cohérente. Malgré ses problèmes de vue (cataracte opérée en janvier à l'œil droit mais toujours présente à l'œil gauche), il arrive à lire le texte proposé quelle que soit sa taille.

Monsieur M est orienté dans le temps et l'espace. Mais il présente quelques difficultés lors des épreuves de mémorisation à la fois verbale et perceptive.

**En conclusion de ce bilan, je peux dire que Monsieur M, est une personne qui entre facilement en relation, il présente quelques gênes quant à sa mobilité liés à ses problèmes de santé. Il est cohérent et attentif mais montre quelques difficultés par rapport aux épreuves de mémorisation.**

Le lendemain, la psychologue de l'établissement propose de réévaluer son **MMS**. Il obtient un score de **19/30**. Après discussion avec le médecin physique et de réadaptation, celui-ci m'explique que cette diminution du score depuis juillet peut être normale due à son état infectieux de fin janvier. Il faut environ 3 ou 4 mois pour qu'une personne âgée se remette complètement. Ce score correspond à une démence modérée.

❖ Accompagnement à l'apprentissage du fauteuil électrique

Monsieur M. a reçu après plus de dix mois d'attente son fauteuil roulant électrique le 19 mars. L'ergothérapeute reprend donc l'éducation de l'utilisation du fauteuil. Dans les jours qui suivent, Monsieur n'investit pas le fauteuil électrique et refuse de l'utiliser.

En prenant en compte l'alliance thérapeutique déjà établie entre la psychomotricienne, Monsieur M. et moi, l'ergothérapeute demande de l'aider à prendre en main son nouvel appareillage et le solliciter



au maximum à utiliser son fauteuil pour mieux le manœuvrer. Monsieur M. accepte d'essayer de prendre l'ascenseur avec nous. Il a du mal à juger les distances et maîtriser la vitesse de son fauteuil. L'exécution en double tâche est difficile. Lorsque nous lui parlons, il a tendance à ne plus rouler droit.

Nous remarquons également une persévération. Lorsqu'il arrive près d'un mur, il a beaucoup de difficultés à s'arrêter à temps et entre donc en collision avec le mur ou les meubles.

Au sein de l'USLD, l'ergothérapeute est là pour aider à la première mise en main du fauteuil roulant et aider la personne pour sa première installation dans le fauteuil. La psychomotricienne intervient dans un second temps pour aider à l'élaboration de stratégies dans l'orientation au sein de l'unité. Il est intéressant d'observer Monsieur M. lors de ses déplacements au sein de l'unité. On remarque rapidement qu'il est capable s'emparer de ces stratégies et de s'orienter et de retourner seul à sa chambre. Toutefois, il a du mal à savoir où il se situe au sein du bâtiment (à quel étage).

Monsieur M. est très solitaire, il mange en chambre et n'en sort que pour être accompagné en salle de kinésithérapie ou en marchant avec nous dans son couloir. Il est désormais plus libre de ses déplacements. Cette autonomie lui permettra à long terme de peut-être mieux s'intégrer aux activités et animations proposées.

Deux semaines après l'arrivée de son fauteuil, Monsieur M. appréhende toujours de le prendre seul. À force d'observation, je pense qu'il appréhende les déplacements seul au sein de l'établissement par crainte de se perdre ou de rester bloqué dans l'ascenseur. Nous lui apprenons à descendre seul pour aller à ses séances de kiné. Il fait le chemin seul, avec notre présence uniquement pour le rassurer. Il arrive à prendre l'ascenseur sans notre aide. Il apprécie mieux les distances et gère donc mieux ses positionnements. Il me semble également que Monsieur M. appréhende de ranger son fauteuil dans sa chambre et le transfert de son fauteuil électrique à son fauteuil roulant. Ce que je peux noter néanmoins, c'est que Monsieur M. a fait beaucoup de progrès dans l'appropriation de son fauteuil. Il est cependant important de persister à demander à Monsieur M. d'utiliser son fauteuil roulant électrique régulièrement.

#### ❖ Évolution de la prise en charge en psychomotricité

Après quelques semaines de rééducation Monsieur M. a triplé son périmètre de marche. Il arrive à aller au bout de son couloir. Je reste à ses côtés et fais suivre son fauteuil roulant derrière nous. Il s'assoit au bout du couloir et avance de lui-même pour retourner à sa chambre. J'observe que dès qu'il commence à fatiguer, Monsieur M. se voûte de plus en plus, il a plus de difficultés à avancer sa jambe droite, ce qui lui demande plus d'énergie pour la mobiliser. La vitesse de marche s'en trouve alors réduite.

### ❖ Conclusion des séances de marche avec Monsieur M. :

Le vieillissement entraîne des modifications de la marche. Notamment la réduction des amplitudes articulaires et de la force musculaire entraînent une diminution de la longueur et de la hauteur des pas. Tous ces facteurs ont une incidence sur la vitesse de marche qui va être considérablement réduite. Cette activité demande plus de concentration et est plus coûteuse en énergie [5].

Les séances de marche en psychomotricité sont tout à fait indiquées dans le cas de Monsieur M. Une relation de confiance et une alliance se sont installées au fil des mois de prise en charge.

La verticalisation et la marche vont permettre de garder un bon niveau d'indépendance dans les actes de la vie quotidienne, notamment la toilette et les repas. La verticalisation régulière contribue à la renarcissisation de Monsieur M. qui parfois a le sentiment d'avoir tout perdu. Le maintien de l'autonomie est un enjeu primordial lors de l'institutionnalisation, particulièrement pour lutter contre le sentiment d'inutilité que peut ressentir la personne en devenant objet des soins et non plus acteur.

Monsieur M. investit la séance de marche comme un moment de plaisir et de réussite malgré ses douleurs. La marche est pour lui une façon de se dépasser et de se voir différemment. Se voir debout et en mouvement.

### e) *Conclusion de la prise en charge Monsieur M*

L'objectif pour les professionnels de rééducation avec Monsieur M. est de parvenir à garder son autonomie le plus longtemps possible. Cette autonomie est favorisée par la mise en mouvement et notamment la verticalisation. Lorsque nos séances doivent être annulées par contrainte de calendrier, Monsieur M. regrette de ne pouvoir marcher.

Dans le cadre de son projet de vie, la psychomotricité intervient pour lui permettre de s'intégrer dans l'USLD. En effet, la psychomotricienne est un point de repère pour Monsieur M. Il a créé un lien de confiance avec elle. Cette alliance thérapeutique permet à Monsieur M. de se sentir suffisamment en sécurité pour réinvestir ses capacités motrices.

Il investit très bien ma présence. Nos séances en binôme ou trinôme permettent de créer du lien au sein de ce nouveau lieu de vie. Nous espérons que Monsieur M. avec la prise en main de son fauteuil roulant électrique acceptera de sortir un peu plus de sa chambre pour profiter des espaces extérieurs ou les animations proposées.

## C- Rencontre de Madame T

### a) *Première rencontre :*

La psychomotricienne me propose de rencontrer une dame présentant une maladie de Parkinson. Nous voyons cette personne pour marcher. En arrivant dans la chambre, je rencontre une dame présentant une hypersialorrhée<sup>12</sup>. Elle a donc un chiffon autour du cou pour s'essuyer. Elle est installée dans un fauteuil. Elle présente des tremblements de repos et une hypomimie, elle ne nous sourit pas. Elle se lève seule mais il faut lui rappeler les « règles de base, de sécurité » comme de bien se tenir aux accoudoirs du fauteuil et non de son déambulateur.

Madame T. présente la triade parkinsonienne. Pour rappel, il s'agit de l'hypertonie, de l'akinésie et des tremblements de repos. Lors de la marche, on observe un *freezing* à l'initiation et au passage de la porte. Ses pas sont petits et elle a tendance à se précipiter. La psychomotricienne lui rappelle régulièrement de prendre son temps et d'essayer d'agrandir sa longueur de pas. Elle marche dans le couloir sur une distance d'une vingtaine de mètres puis amorce le demi-tour vers sa chambre. C'est un moment difficile également. Madame T. fait de multiples petits pas afin de se tourner. Le *freezing* est alors très important.

Madame T. fait des arrêts fréquents lors de la marche afin d'essuyer sa bouche. J'observe cependant au vu de ses déplacements, qu'elle est orientée dans l'espace, ainsi que dans le temps au fil de la conversation.

Ce qui m'intrigue c'est que Madame T. ferme les yeux pendant la marche et que la psychomotricienne doit lui rappeler de les ouvrir. En fin de séance, j'apprends que Madame T. est une patiente avec des antécédents psychiatriques. Je décide alors de consulter son dossier médical afin de mieux cerner sa problématique.

### b) *Etats des lieux et anamnèse de Madame T :*

#### o Contexte général :

Madame T est née en septembre 1942. Elle a donc 76 ans quand je la rencontre en octobre 2018. Elle réside à l'USLD depuis septembre 2017. Madame T. rejoint l'USLD après des chutes à répétition et une perte d'autonomie intervenant dans le contexte d'une maladie de Parkinson.

---

<sup>12</sup> Sécrétion surabondante de la salive et du fluide muqueux buccal

○ Situation psychosociale :

- **Histoire de vie :**

Madame T. est née en Vendée. Elle est célibataire et n'a pas d'enfant. Elle a trois sœurs et deux frères, dont un décédé jeune. Avant son hospitalisation, Madame T. vivait seule à son domicile, avec le passage d'infirmier deux fois par jour. Une aide ménagère et un masseur-kinésithérapeute lui rendaient visite régulièrement également. Durant sa jeunesse, Madame T. a beaucoup voyagé dans le cadre de son travail. Elle était cadre commercial dans une grande entreprise.

- **Relations sociales :**

Madame T. voit deux de ses sœurs toutes les semaines et les appelle plusieurs fois par jour. Fréquemment Madame T. nous relate qu'elles se disputent mais cela n'empêche pas les visites.

○ Santé :

- *Médicaux :*

- Schizophrénie, diagnostiquée aux quarante ans de Madame T liée à une décompensation suite à un burn-out à quarante ans.
- Syndrome extrapyramidal, diagnostiqué comme une maladie de Parkinson en janvier 2013. Il serait d'origine iatrogène suite à la prise de neuroleptiques pour stabiliser la schizophrénie.
- Accident ischémique transitoire, en janvier 2015, qui a provoqué une ataxie<sup>13</sup> qui a par la suite entièrement régressé.
- Antécédents dépressifs, avec tentatives de suicide en 1981, après une hospitalisation en hôpital psychiatrique d'une année suite au diagnostic de schizophrénie.
- Fréquentes constipations, liées notamment à la prise des traitements morphiniques et la maladie de Parkinson.

- *Chirurgicaux :*

- Arthroplastie totale de la hanche droite et de l'épaule droite, suite à une fracture provoquée par une chute d'origine mécanique.

---

<sup>13</sup> Trouble de la coordination des mouvements, d'origine neurologique.

○ Évaluation multidimensionnelle :

*Autonomie fonctionnelle :* Madame T se déplace avec un déambulateur. Elle est continent. Elle mange en textures normales et boit de l'eau gazeuse pour limiter le risque de fausse route. Elle est capable de faire sa toilette au lavabo seule et prend une douche avec aide un jour sur deux.

*Dossier en ergothérapie :* Les objectifs pour Madame T. sont de garder une autonomie dans les activités de la vie quotidienne, de trouver un confort et une sécurité en chambre et dans la salle de bains.

*Dossier en psychologie :* Madame T entre à l'USLD avec un syndrome dépressif résistant. Elle a des propos très négatifs la concernant, ainsi qu'un sentiment d'incurabilité.

*Observations de l'animatrice :* L'animatrice m'explique que Madame T. est fréquemment invitée à participer à des animations et activités. Il semble néanmoins que Madame T. soit intolérante à la frustration. En effet, elle demande systématiquement à être la dernière arrivée et la première à retourner en chambre. Il faut pour que l'animation se déroule correctement, qu'il n'y ait aucun temps mort et aucune attente pour elle. Madame T. a déjà participé à des animations comme la lecture du journal ou l'atelier des orthophonistes mais ne souhaite plus y participer. L'animatrice ajoute que Madame T. est demandeuse de beaucoup d'attention, ce qui est difficile à combiner lors d'une animation de groupe. D'après elle, elle aurait besoin d'une dame de compagnie, qui pourrait être présente uniquement pour elle.

Madame T. présente en mai 2018 un **MMSE** de **18/30**, ce qui correspond à un dysfonctionnement cognitif global. Un **inventaire neuropsychiatrique (NPI)** a été passé en juillet 2018. Son score était de **36/144**. Ce score traduit des troubles du comportement avec une certaine incidence sur l'équipe soignante et un retentissement sur Madame T. Ce qui ressort de ce test, c'est que Madame T. présente une agitation et agressivité, une dépression, une anxiété et une légère désinhibition.

c) *Projet de vie et en psychomotricité :*

La démarche étiq ue datant de février 2019, prévoit un niveau d'intervention moyen. C'est une résidente relativement jeune, avec une autonomie partielle. Sa maladie de Parkinson, ainsi que son humeur sont stabilisées. Madame T s'isole en chambre de plus en plus souvent et de manière ritualisée. Elle a encore du mal à accepter certaines pratiques soignantes comme le découpage des vêtements afin de faciliter l'habillage.

Son projet de vie au sein de l'USLD est de minorer son syndrome dépressif, de l'accompagner dans l'acceptation de la maladie et de ses conséquences.

Les séances de marche en psychomotricité ont pour premier objectif de permettre le maintien d'autonomie de Madame T. La stimulation à la marche deux fois par semaine l'aide à garder des automatismes et à se déplacer en toute sécurité dans sa chambre et dans sa salle de bains. Cela permet également à Madame T. de rester autonome pour les transferts et ainsi de participer activement aux différents soins de nursing.

*d) Prise en charge et évolution :*

Lors de ma première rencontre avec Madame T., elle tremble énormément. Le freezing est vraiment important. À la fin de la séance, la psychomotricienne propose d'aller voir le médecin afin d'ajuster son traitement dopaminergique.

Il me semble important de préciser que la dopamine est le traitement principal de la maladie de Parkinson. Cependant, c'est aussi un neurotransmetteur qui est mal régulé dans la schizophrénie. Ainsi, lorsqu'on augmente les doses de dopamine de Madame T., on prend le risque de déréguler sa schizophrénie [27]. Les semaines suivantes se déroulent mieux. La dopamine est mieux régulée et les symptômes du Parkinson en sont atténués.

Rapidement une relation de confiance s'établit entre Madame T. et moi. Je l'accompagne donc seule pour marcher. Parfois nous faisons des doubles séances de marche avec Madame T et sa voisine. Elles se retrouvent alors dans le couloir et discutent un peu ensemble. C'est un moment sympathique pour Madame T. Elle devient alors souriante. Elle apprécie énormément d'être revalorisée.

Je profite des moments de marche pour discuter avec elle de ce qu'elle aime. Elle apprécie particulièrement que je lui raconte ma vie « pour penser à autre chose ». Fréquemment, elle se dévalorise. L'hypersialorrhée contribue à cette dévalorisation, elle est très difficile à vivre pour Madame T. Dans les mauvais jours, elle s'excuse de son apparence, elle pense que les gens l'abandonnent car « elle ne vaut plus rien ». Le vécu corporel de Madame T. est très difficile. La schizophrénie de Madame T. provoque également des délires de persécution, qui peuvent être difficiles à gérer aussi bien pour Madame T., que pour les équipes soignantes.

Elle reçoit souvent la visite de la socio-esthéticienne pour des moments de plaisir et de soin. Elle lui propose la pose de vernis ou des masques. Après ces visites, Madame T. est plus détendue et plus disponible pour la marche.

*Aspect relationnel de la marche* : Lors de la séance de marche de Madame T, il est fréquent que nous passions devant la salle de repos des soignants, qui sortent alors pour l'encourager. Elle est particulièrement touchée par ces interactions. Pour Madame T ; qui passe beaucoup de temps seule dans sa chambre, la marche avec des voisines de chambre, bien qu'elles ne soient pas particulièrement dans l'interaction, est un moment de partage.

*Aspect motivationnel* : Madame T. manque souvent de motivation pour aller marcher. Elle se plaint de douleurs à l'épaule et à la hanche. Cependant, une fois debout, Madame T. est plus souriante et disponible. Nous cherchons toujours à la distraire en discutant ou en lui faisant des blagues. Si nous ne la stimulons pas, Madame T. se laisserait entièrement faire et ne ferait plus rien d'elle-même. La maladie de Parkinson, ainsi que la schizophrénie ont un impact sur la motivation.

En effet, la schizophrénie présente comme symptômes négatifs :

- Un **émoussement des affects** : qui se traduit par *peu d'expressions faciales*, une *voix monocorde* et une *anhédonie*<sup>14</sup>.
- Une **alogie** : les réponses sont très brèves et peu informatives.
- D'un point de vue **comportemental** : un *apragmatisme*<sup>15</sup>, une *aboulie*<sup>16</sup>, un *retrait social*.

*Bienfaits de la marche pour Madame T* : La mise en mouvement du corps en active le péristaltisme intestinal et favorise le transit. La marche réduit le risque d'ostéoporose et lutte contre les lombalgies, prenant aussi soins des articulations.

*Bilan des observations de Madame T* : Madame T est orientée dans le temps et l'espace. Elle présente une hypertonie mais cela ne la gêne pas pendant la marche. Son périmètre de marche est fonction de son état du jour, il varie entre vingt et quarante mètres.

Les gestes de Madame T. sont coordonnés, même si nous devons parfois lui rappeler de prendre son temps et de bien séquencer les mouvements « avancer le déambulateur puis grands pas ».

Selon le niveau de fatigue de Madame T. les tremblements et le freezing se font plus présents.

---

<sup>14</sup> Incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes

<sup>15</sup> Incapacité à entreprendre des actions. Il en résulte une perte d'initiative motrice, une inaction prolongée.

<sup>16</sup> Diminution ou la privation de la volonté.

*e) Conclusion de la prise en charge Madame T.*

Ainsi, les ateliers marche ont un but à la fois sur le plan moteur et socio-affectif. C'est-à-dire que la maladie de Parkinson provoque des troubles de la marche (freezing et marche festinante) et de l'équilibre, dont nous tentons de réduire les conséquences. Par la marche, nous maintenons les capacités de Madame T. pour les activités de la vie quotidienne.

Du point de vue de l'affectivité, Madame T. est demandeuse d'attention. Le moment qu'elle partage avec le soignant est un moment privilégié pour cette dame qui se sent abandonnée et impuissante. La verticalisation permet de donner ce sentiment de revalorisation. La marche permet à la personne de se fixer des objectifs et de les atteindre, ce qui participe à l'aspect motivationnel, l'envie de toujours se dépasser.



### III. Divers questionnements en tant que stagiaire

#### A- Place de la contention en institution

Durant mes stages en gériatrie, j'ai pu observer des situations avec différentes problématiques nécessitant la mise en place d'une contention.

L'HAS définit la contention comme « le maintien ou l'immobilisation du patient en ayant recours à la force physique » lorsqu'elle est physique ou manuelle. Il la définit comme « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui » lorsqu'elle est mécanique [2].

La contention doit être prescrite par le médecin. Elle ne doit pas être prescrite à la légère et le bénéfice/risque doit être évalué. La contention fait l'objet d'une surveillance et d'une réévaluation toutes les vingt-quatre heures. Elle est indiquée lorsqu'il y a un risque de chute important ; lors de comportements d'agitation compromettant la sécurité ou la qualité des soins ou lors de déambulations excessives. La contention est passive et à visée non rééducative.

Il peut s'agir de :

- Les **contentions physiques** (ou mécaniques) : elles peuvent être appliquées au fauteuil ou au lit du résident.
- Les **contentions pharmacologiques** (ou médicamenteuses) utilisent des psychotropes, c'est-à-dire des médicaments psychoactifs.
- Les **contentions architecturales**.
- Les **contentions psychologiques**.

La prévalence des contentions est estimée entre 7,4 et 17 % dans les services hospitaliers de court séjour. Chez les personnes de plus de soixante-cinq ans, ces chiffres atteignent 18 à 22 %. En établissement de long séjour pour personnes âgées, la prévalence de la contention varie de 19 à 84,6 % [2].

Il existe différents types de contentions qui dépendent de la zone de maintien [Se référer à l'**ANNEXE 9**]

Les conséquences des contentions peuvent être dramatiques [24] :

- **Décès du résident** : La fréquence de décès dus aux contentions serait de un pour mille. La mort peut survenir par strangulation, compression thoracique ou pendaison en position tête basse.
- **Augmentation du risque de chute**
- **Ankyloses articulaires** : le défaut de marche et d'exercice provoque des douleurs articulaires
- **Traumatismes physiques et psychiques**
- **Douleur et épuisement** : favorisation de la constitution d'une escarre
- **Agressivité et stress**
- **Perte de la marche** : désapprentissage par non-utilisation
- **Troubles métaboliques**

Le maintien de la contention est souvent lié au départ à de bonnes intentions. Notamment, la recherche de sécurité pour la personne. Fréquemment, les soignants et les familles ont peur du risque de chute qu'entraîne la déambulation. La contention semble alors être une solution convenable. L'OMS préconise l'utilisation minimale de la contention.

Il me semble donc important de traiter de la contention au vu des conséquences négatives qu'elle peut engendrer à la fois sur la marche et les capacités physiques mais aussi au niveau psychologique.

### Vignette clinique :

Mme. F est résidente à l'USLD depuis trois ans. Elle est arrivée pour des soins palliatifs après un trauma crânien. Finalement, son état s'est amélioré. Mme. F présente une démence depuis son arrivée mais depuis septembre 2018, son état cognitif et comportemental empire.

Elle déambule et chute, se fait une double fracture tibia-fibula. Elle est alors obligée de rester assise en fauteuil roulant le temps de la consolidation des os. Afin de s'assurer qu'elle ne se blesse pas plus, une ceinture est posée, l'empêchant de se lever. Elle est alors libre de se déplacer en fauteuil au sein de l'unité.

Après la convalescence, des séances de kiné sont proposées. Mme. F reprend la marche. Cependant, sa déambulation n'est plus adaptée au service et il est alors proposé à la famille de la faire intégrer l'Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) de l'EHPAD accolé à l'USLD. L'UHR est un lieu propice à la déambulation. La famille a beaucoup de difficultés à accepter ce changement, persuadée que Mme. F est bien traitée à l'USLD et ne voulant pas la perturber. La promesse de garder la chambre de madame, si le déménagement se passe mal finit par convaincre ses proches.

Après un temps d'adaptation à l'UHR, Madame F déambule librement dans l'unité. Elle est totalement libre de ses déplacements. La famille ne s'habitue cependant pas à cette nouvelle unité renforcée et force son retour à l'USLD.

Madame F réintègre finalement sa chambre à l'USLD et elle est depuis à nouveau attachée par la ceinture sur son fauteuil afin de limiter le risque de chute et d'éviter son intrusion dans les chambres voisines. Les prescriptions de psychomotricité et de kinésithérapie sont arrêtées car les médecins ne voient pas l'intérêt de lui donner le goût de la marche si c'est pour la laisser au fauteuil le reste de la semaine.

Dans ce cas-là, la contention pose un réel problème au service. La sécurité de Madame F et la tranquillité des autres résidents coûtent la liberté de Madame F.

La contention est un sujet actuel. Plusieurs études sont actuellement conduites afin d'étudier les pratiques de contention dans les services de gériatrie. Ces études visent à évaluer le nombre d'utilisation de des contentions, les conditions ayant conduites à la mise en place de ces contentions et l'évaluation du bénéfice-risque.

## B- La discrimination du grand âge : l'âgisme

Au fil de l'écriture de ce mémoire, je me rends compte que l'image que nous avons du vieillissement est connotée très négativement dans notre société. Il me semble important donc de préciser dans cette dernière partie que bien que le vieillissement soit une fatalité, il peut être réussi. Dans d'autres cultures, particulièrement asiatiques, l'âge est vu comme une vertu. La personne vieillit et est alors empreinte de la sagesse de toutes ses années vécues.

A contrario, en France, l'âge est vu comme quelque chose de négatif. Nous nous devons de rester jeunes le plus longtemps possible. Cette culture qui « rester jeune et sans défaut » peut se traduire par le terme de jeunisme. **BUTLER** décrit, quant à lui, la discrimination et le mépris dont certaines personnes âgées peuvent être victimes. Il regroupe les comportements d'attaque envers les sujets âgés sous le terme d'âgisme [1].

L'âgisme peut avoir des conséquences à la fois sur la personne âgée victime mais aussi sur les personnes encore jeunes ayant des préjugés. En effet, il est prouvé qu'il existe une corrélation entre le fait d'avoir des préjugés négatifs concernant le vieillissement et plus tard le fait de se sentir en moins bonne santé.

L'âgisme a également des conséquences sur la personne âgée. L'OMS déclare ainsi que les personnes subissant des attitudes négatives à leur encontre vivent en moyenne sept ans et demi de moins que les personnes recevant des attitudes positives [55]. Les attitudes négatives provoquent un stress cardiovasculaire, réduisent auto-efficacité, ainsi que la productivité. Elles engendrent également une majoration des troubles cognitifs, sensoriels et affectifs. Un sentiment de rejet et de solitude peut être ressenti par la personne âgée. Un retrait du sujet âgé peut alors se profiler.

Avec toutes ces nouvelles connaissances et l'augmentation du nombre de personnes âgées, l'âgisme devient une priorité pour la santé publique. L'OMS préconise, afin de lutter contre l'âgisme, de mener des campagnes de communication et d'information, d'adopter des lois contre cette discrimination et de veiller à la bonne image du vieillissement dans les médias [55].

Des concepts soutenant cette vision voient de plus en plus le jour. Comme le concept d'Humanitude théorisé par **Yves GINESTE**. L'Humanitude correspond à l'ensemble des techniques de mise en relation qui permettent à l'Homme de se sentir un Homme. Elle s'appuie sur la communication à travers les sens, notamment le toucher, le regard ainsi que la parole [12]. Ainsi, ce concept favorise la bienveillance et la compréhension de la personne âgée et limite l'ignorance et la maltraitance.

*J'aimerais terminer le développement de ce mémoire sur le discours de Madame Z., résidente de l'EHPAD : « Vous savez, je vous souhaite de devenir vieille un jour. Vous verrez, il y a aussi des jolies choses. Y a pas que des mauvais côtés quand on vieillit ».*

## Conclusion

Au cours de ce développement, nous avons pu voir que la marche n'est pas seulement une suite de déséquilibres vers l'avant, mettant en jeu les membres inférieurs. La marche est porteuse de sens et de liberté tant pour le jeune enfant qui débute l'exploration du monde d'un pas hésitant, que pour l'individu âgé.

Tout au long de la vie, la marche nous accompagne et c'est lorsqu'elle est entravée que nous nous rendons compte qu'elle est importante. La symbolique de la marche et de la verticalisation est primordiale dans le sentiment d'humanité. **GINESTE** déclare « qu'un être humain, tant qu'il est debout, a un sentiment de dignité plus facile ».

La marche et le maintien d'autonomie de la personne sont des enjeux très actuels avec le vieillissement de la population. D'un point de vue sanitaire, la marche entretient le corps et la personne en bonne santé tant au niveau cardiovasculaire, pulmonaire, infectieux, digestif, dermatologique que psychologique. Pour les soignants l'entretien des capacités permet de faciliter les transferts et les soins. La diminution de la marche et de la verticalisation accentue le processus de vieillissement et la grabatisation des personnes. L'entretien de la marche réduit les risques de chute et favorise la perception de son corps.

Ainsi, le maintien de la marche semble être une priorité aussi bien pour le bien-être et le confort de la personne, que pour son entourage ou encore les équipes soignantes. Le psychomotricien trouve sa place dans cette entreprise en prenant en compte à la fois l'aspect anatomique et physiologique propre à son œil de professionnel de la rééducation, mais aussi dans l'aspect psychodynamique qu'offre la marche. La marche est dépendante d'un ensemble de facteurs psychomoteurs comme les coordinations, l'orientation temporo-spatiale, ou le tonus.

**Garder l'accès à la marche, c'est garder l'accès la vie.**

## Bibliographie

- [1] ADAM S, JOUBERT S, MISSOTTEN P , « L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et les chercheurs ! » , 2013, Volume 5, p.4 à 8.
- [2] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, à propos de la contention : [https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiNn\\_zlvdrhAhUExYUKHaTIBnYQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fportail%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2Fcontention.pdf&usq=AOvVaw2AxtVMPzVpZ0oltsVWcrpz](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiNn_zlvdrhAhUExYUKHaTIBnYQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fportail%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2Fcontention.pdf&usq=AOvVaw2AxtVMPzVpZ0oltsVWcrpz)
- [3] ALBARET J-M, et al. Manuel D'enseignement De Psychomotricité Tome 4 Sémiologie Et Nosographies Psychomotrices. Chapitre 12 « Manifestations psychomotrices du vieillissement pathologique ». De Boeck Supérieur, 2018.
- [4] ANCKOUNDIA P, PERENNOU D, PFITZENMEYER P, OUREY F. La rétropulsion du sujet âgé : mise au point sur un symptôme grave et proposition d'une échelle pour évaluation quantifiée La revue de médecine interne 28, 2007 - p. 242-249
- [5] AUBERT E, ALBARET J-M. *Vieillesse Et Psychomotricité*. Marseille: Solal éditeur, 2001.
- [6] AWADA A, GAUTHIER J-C, *Troubles neurologique de la marche et chutes chez le sujet âgés*. PIL, 1986
- [7] BERTSCH J, et al. « Vieillesse cognitive et effets de l'exercice », *Bulletin de psychologie*, vol. numéro 475, no. 1, 2005, pp. 39-45.
- [8] BRAZELTON T., CACHIN M-F. *L'âge Des Premiers Pas Une Déclaration D'indépendance*. Payot, 1985. p. 305-326
- [9] BROSOLO J. : Mémoire « Parkinson, entre ce qui se voit et ne se voit pas... Pertinence d'une intervention psychomotrice ponctuelle auprès de patients atteints de la maladie de Parkinson ». De 2013
- [10] BULLINGER A., *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars*, Un parcours de recherche (p. 81-92), Toulouse, Editions érès, 2007

- [11] CAMICOLI R, M.D., FRCPC, « distinguer les différents types de démences », publié dans La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, vol. 2, 2006
- [12] Canal plus, reportage sur la méthodologie des soins Gineste-Marescotti : <https://www.youtube.com/watch?v=yUs-8-w86LM>
- [13] Centre National de Ressources Textuelles et Linguistiques : <http://www.cnrtl.fr/definition/>
- [14] CIPIRANI G., Lucette C, CARLESI C, DANTI S, NUTI A, *Sundown syndrome and dementia*, 2015, publiée par Elsevier Masson SAS, Italie.
- [15] Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé par l'OMS : [http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiPjZyi9NThAhVGJhoKHYYI DX0QFjACegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F42418%2F1%2F9242545422\\_fre.pdf&usg=AOvVaw0JpD2AzDW\\_vc\\_cBERkJTrV](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiPjZyi9NThAhVGJhoKHYYI DX0QFjACegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F42418%2F1%2F9242545422_fre.pdf&usg=AOvVaw0JpD2AzDW_vc_cBERkJTrV)
- [16] CLERGET J, Corps, image et contact, une présence à l'intime, Editions érès, 2014, Toulouse
- [17] CROCQ, M., GUELFY, J., BOYER, P., PULL, C. et PULL-ERPELDING, M. (2015). *DSM-5® manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux (France) : Elsevier Masson
- [18] DAVID E. : Mémoire « Quel est l'enjeu de la marche chez la personne âgée ? Les répercussions physiques et psychologiques du vieillissement sur la marche. Médecine humaine et pathologie. » De 2015
- [19] DUPUI P., MONTOYA R., LACOUR M., « *Posture, exercice physique, vieillissement et pathologie* », SOLAL 2009
- [20] FORESTIER, M De la naissance aux premiers pas, Editions érès, 2011
- [21] FREUD S., et AL. Deuil Et Mélancolie. Éd. Payot & Rivages, 2010
- [22] GARROS J.CI., MORINEAU M.C., La verticalisation précoce en gériatrie - Une politique dynamique de prévention- Ann. Kinésithér., 1990, t. 17, n° 4, pp. 189-194
- [23] <http://genre.homo.over-blog.com/article-1713412.html>
- [24] <http://geriatrie-albi.com/contentionfauteuil.html>



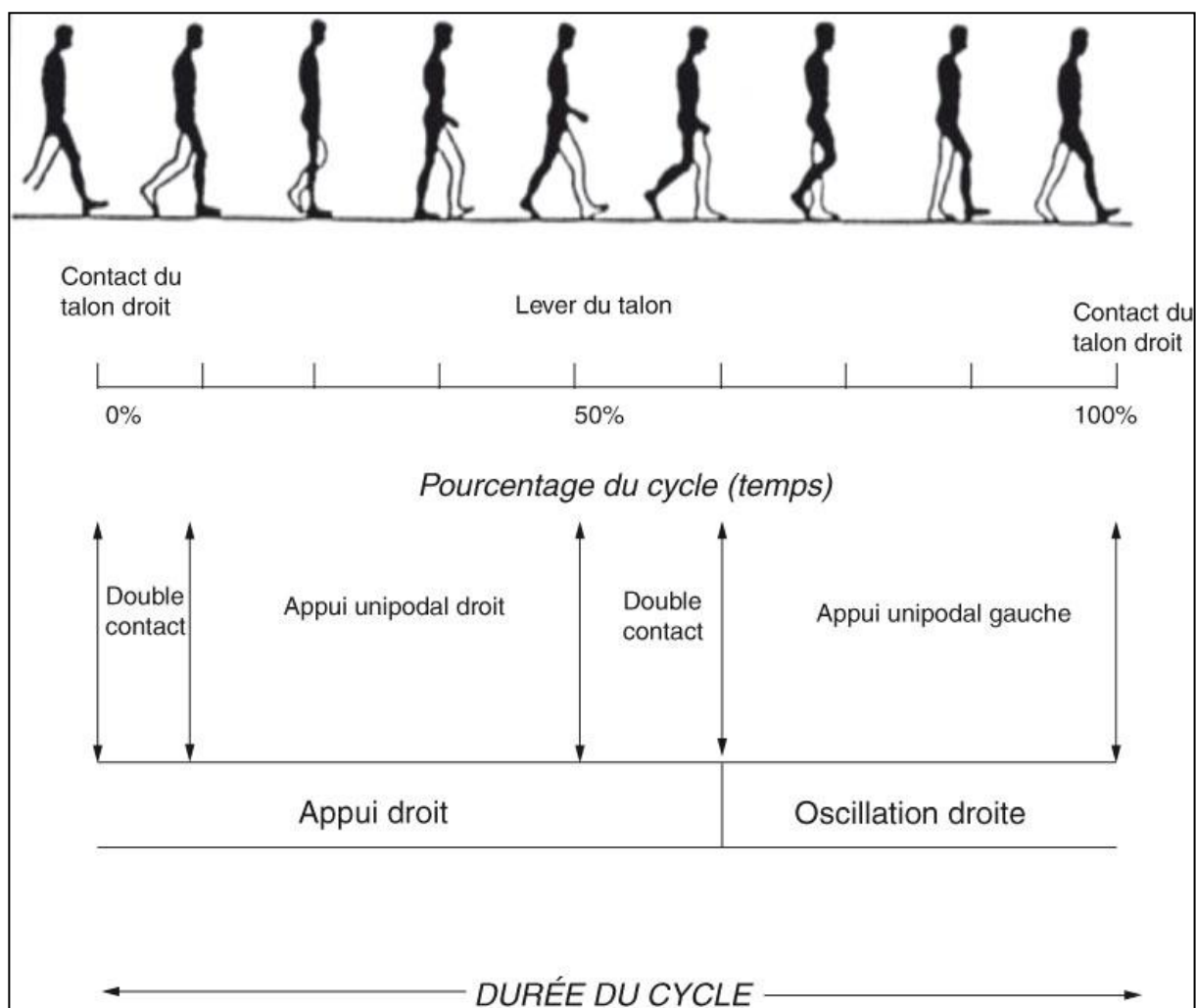
- [25] <http://osteosciences.over-blog.com/2016/02/le-sens-haptique-et-l-apprentissage-du-toucher.html>
- [26] <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/prevention/>
- [27] [https://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d\\_03/d\\_03\\_m/d\\_03\\_m\\_que/d\\_03\\_m\\_que.html](https://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_03/d_03_m/d_03_m_que/d_03_m_que.html)
- [28] <https://www.fedecardio.org/bougez/>
- [29] <https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Nos-campagnes/marcher-30-minutes-cest-essentiel-pour-votre-coeur>
- [30] <https://www.optometrie-aof.com/index.php/utilitaires/actualites-fr/entry/effets-du- vieillissement-sur-le-systeme-visuel>
- [31] [https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=cataracte\\_pm](https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=cataracte_pm)
- [32] <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Maladie-de-Parkinson-2-fois-plus-de-cas-en-25-ans>
- [33] <https://www.sante-sur-le-net.com/maladies/ophtalmologie/dmla/>
- [34] <https://www.topsante.com/medecine/psycho/depression/marcher-pour-lutter-contre-la-depression-23273>
- [35] <https://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/endorphine>
- [36] HUGUEUX P. Le handicap moteur, facteur de vieillissement prématuré ?, 2005 : <http://docplayer.fr/21096716-Le-handicap-moteur-facteur-de- vieillissement-premature.html>
- [37] IAQUANIELLO N. : Mémoire « La marche entravée: prise en charge psychomotrice autour du retard de développement posturo-moteur ». De 2017
- [38] ILLINGWORTH R.S., Développement psychomoteur de l'enfant. Masson (1978). Chapitre IX p.161-174
- [39] INSEE – étude démographique: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
- [40] INSERM – Comprendre la maladie d'Alzheimer : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie>

- [41] INSERM – Définitions, épidémiologie et conséquences des chutes :  
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/?sequence=5>
- [42] Intégration sensori-motrice Primordiale (IMP) : l'alphabet du mouvement p.8 à 40 – formation
- [43] JOVER M., Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant, in J. Rivière Le développement psychomoteur du jeune enfant, p.49
- [44] JUHEL, J-C. La Psychomotricité Au Service De La Personne âgée Réfléchir, Agir Et Mieux Vivre. Québec Lyon: Leses De L'université Laval Chronique Sociale, 2010.
- [45] La mémoire (psychologie) développé grâce aux informations trouvées sur Wikipédia :  
[https://www.google.fr/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=2ahUKEwjZz6PhmcbhAhXr0eAKHQHnAR8Qjxx6BAqBEAI&url=https%3A%2F%2Fwww.psychanalyse.com%2Fpdf%2FMEMOIRE%2520EN%2520PSYCHOLOGIE%2520WIKIPEDIA%2520\(8%2520pages%2520-%2520201%2520Ko\).pdf&psig=AOvVaw26cl4IFPSJ7pnqEB4esY7v&ust=1555008839898567](https://www.google.fr/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=2ahUKEwjZz6PhmcbhAhXr0eAKHQHnAR8Qjxx6BAqBEAI&url=https%3A%2F%2Fwww.psychanalyse.com%2Fpdf%2FMEMOIRE%2520EN%2520PSYCHOLOGIE%2520WIKIPEDIA%2520(8%2520pages%2520-%2520201%2520Ko).pdf&psig=AOvVaw26cl4IFPSJ7pnqEB4esY7v&ust=1555008839898567)
- [46] LACAN J, « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Essais d'analyse d'une fonction en psychologie (1938) », *Autres écrits*, Paris, Le Seuil, p. 34-35.
- [47] LAVIGNOLLE B. : Organisation des appareils et systèmes : aspects morphologiques et fonctionnels généraux, chapitre IV Le membre pelvien et la marche, édition BERGERET, 2014.
- [48] Le guide du parcours de soins de la Haute Autorité de Santé (HAS) : [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1243427](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1243427)
- [49] LEGIFRANCE : [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/2002-303/jo/article\\_79](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/2002-303/jo/article_79)
- [50] LEPAGE S., GILLAIN S, PETERMAN J. - Le syndrome de désadaptation psychomotrice (sdpm) : une entité clinique encore méconnue - Rev Med Liège 2012; p. 75-80
- [51] MANCKOUNDIA P, MOUREY F, TAVERNIER-VIDAL B, PFITZENMEYER P, Syndrome de désadaptation psychomotrice - La Revue de médecine interne 28 – 2007 ; p.79–85
- [52] NURIA CODINA, JOSE JIMENEZ M, et JESUS RUFAT M, Spain , benefits of sport activities in old age (1994)
- [53] OMS - La démence : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- [54] OMS - La personne âgée en Afrique : <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

- [55] OMS - Lutter contre l'âgisme : <https://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/fr/>
- [56] OMS - Rapport générale concernant la prévention des chutes chez la personne âgée : [https://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)
- [57] OMS - Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé : [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/fr/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/)
- [58] ORDRE NATIONAL DES PEDICURES-PODOLOGUES, le pied de la personne âgée : <https://www.onpp.fr/assets/cnopp/fichiers/communiques/140923-patients-ages.pdf>
- [59] PERSONNE M. *Protéger et construire l'identité de la personne âgée. Psychologie et psychomotricité des accompagnements*. ERES, 2011
- [60] PLAS F, VIEL E, et BLANC Y. *La Marche Humaine Kinésiologie Dynamique, Biomécanique Et Pathomécanique*. 4 éd. rev. et complétée. ed., Masson, 1989.
- [61] Rapport Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) : "Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer" de 2000 : <http://www.sgca.fr/pages/textes.html>
- [62] Rapport MONALISA : préconisations pour une MOBilisation NATionale contre l'ISolement social des Agés <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000425/index.shtml>
- [63] RAUCH A., *La Marche, La Vie Solitaire Ou Solidaire, Ce Geste Fondateur*. Editions Autrement, 1997.
- [64] RIGAL, R. (2002). *Motricité humaine: fondements et applications pédagogiques (Vol. 1)*. Presses univ. Québec.
- [65] ROBLIN J. *Symptômes psychocomportementaux du sujet âgé*, L'Encéphale, Paris, 2009
- [66] SANTE PUBLIQUE France, *chiffre de la maladie d'Alzheimer* : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences>
- [67] SCIALOM P, et al. *Manuel D'enseignement De Psychomotricité Tome 1 Concepts Fondamentaux*. chapitre 2. « Le développement psychomoteur » . De Boeck-Solal, 2015.
- [68] SCIALOM P, et al. *Manuel D'enseignement De Psychomotricité Tome 1 Concepts Fondamentaux*. chapitre 5. « Le tonus et la tonicité » . De Boeck-Solal, 2015.

- [69] SCIALOM P, et al. Manuel D'enseignement De Psychomotricité Tome 1 Concepts Fondamentaux. chapitre 6. « Le corps et ses représentations » . De Boeck-Solal, 2015.
- [70] SCIALOM P, et al. Manuel D'enseignement De Psychomotricité Tome 1 Concepts Fondamentaux. chapitre 7 . « espace et le temps » . De Boeck-Solal, 2015.
- [71] Société Française et Gériatrie et Gérontologie, diaporama sur la déambulation : <http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiu3Mn27MPhAhWO3OAKHQ8VDIAQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fwww.mobiquual.org%2Falzheimer%2FSOURCES%2FETBS-DIAPORAMAS%2FAUTOUR%2FPDF%2FA7.DEAMBULATION.pdf&usg=AOvVaw3WiVS9l23XWLK7fSdHCNOV>
- [72] THOMAS Y. "Thérapie Psychomotrice Et Recherches." *Déclinaisons autour de la verticalité : son développement et ses destins*, n°172, 2012.
- [73] VAN ROMPAEY C., « Solitude et vieillissement », *Pensée plurielle*, vol. n° 6, no. 2, 2003, pp. 31-40
- [74] VANDERHEYDEN, J-É, et KENNES B. *La prise en charge des démences. Approche transdisciplinaire du patient et de sa famille. Alzheimer, Parkinson et autres démences*. De Boeck Supérieur, 2009
- [75] VIEL E. *La Marche Humaine, La Course Et Le Saut Biomécanique, Explorations, Normes Et Dysfonctionnements*. Masson, 2000.
- [76] VITAL J-M, LAURENTJOYE M.: Organisation des appareils et systèmes : aspects morphologiques et fonctionnels généraux, chapitre III Anatomie générale de la colonne vertébrale : la station érigée, édition BERGERET, 2014.
- [77] VON HOFSTEN C, An action perspective on motor development. *TRENDS in Cognitive Sciences* Vol.8 No.6 (Juin 2004)

## ANNEXE 1 :



Modèle du cycle de la marche tiré du site :

<https://www.cen-neurologie.fr/deuxi%C3%A8me-cycle%20/trouble-marche-lequilibre>

## ANNEXE 2 :

Besoin	Description du besoin
Respirer	Capacité d'une personne à maintenir un niveau d'échanges gazeux suffisant et une bonne oxygénation.
Boire et manger	Capacité d'une personne à pouvoir boire ou manger, à mâcher et à déglutir. Également à avoir faim et absorber suffisamment de nutriments pour capitaliser l'énergie nécessaire à son activité.
Éliminer	Capacité d'une personne à être autonome pour éliminer selles et urine et d'assurer son hygiène intime. Également d'éliminer les déchets du fonctionnement de l'organisme.
Se mouvoir et maintenir une bonne posture	Capacité d'une personne de se déplacer seule ou avec des moyens mécaniques, d'aménager son domicile de façon adéquate et de ressentir un confort. Également de connaître les limites de son corps.
Dormir, se reposer	Capacité d'une personne à dormir et à se sentir reposée. Également de gérer sa fatigue et son potentiel d'énergie.
Se vêtir et se dévêtir	Capacité d'une personne de pouvoir s'habiller et se déshabiller, à acheter des vêtements. Également de construire son identité physique et mentale.
Maintenir sa température corporelle dans la limite de la normale (37,2 °C)	Capacité d'une personne à s'équiper en fonction de son environnement et d'en apprécier les limites.
Être propre et protéger ses <b>téguments</b>	Capacité d'une personne à se laver, à maintenir son niveau d'hygiène, à prendre soin d'elle et à se servir de produits pour entretenir sa peau, à ressentir un bien-être et de se sentir beau. Également à se percevoir au travers du regard d'autrui.
Éviter les dangers	Capacité d'une personne à maintenir et promouvoir son intégrité physique et mentale, en connaissance des dangers potentiels de son environnement.
Communiquer avec ses semblables	Capacité d'une personne à être comprise et comprendre grâce à l'attitude, la parole, ou un code. Également à s'insérer dans un groupe social, à vivre pleinement ses relations affectives et sa sexualité.
Agir selon ses croyances et ses valeurs	Capacité d'une personne à connaître et promouvoir ses propres principes, croyances et valeurs. Également à les impliquer dans le sens qu'elle souhaite donner à sa vie.
S'occuper en vue de se réaliser	Capacité d'une personne à avoir des activités ludiques ou créatrices, des loisirs, à les impliquer dans son auto-réalisation et conserver son <b>estime de soi</b> . Également de tenir un rôle dans une organisation sociale.
Se récréer	Capacité d'une personne à se détendre et à se cultiver. Également à s'investir dans une activité qui ne se centre pas sur une problématique personnelle et d'en éprouver une satisfaction personnelle.
Apprendre	Capacité d'une personne à apprendre d'autrui ou d'un événement et d'être en mesure d'évoluer. Également à s'adapter à un changement, à entrer en <b>résilience</b> et à pouvoir transmettre un savoir.

Tableau représentant les quatorze besoins fondamentaux de l'individu selon Virginia

Henderson tiré du site internet Wikipédia :

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Quatorze\\_besoins\\_fondamentaux\\_selon\\_Virginia\\_Henderson](https://fr.wikipedia.org/wiki/Quatorze_besoins_fondamentaux_selon_Virginia_Henderson)

## ANNEXE 3 :

Qu'est-ce qui se passe ?	Pourquoi ?
<b>Fonction mentale</b>	
<p>Difficulté à se souvenir ou à trouver le bon mot</p> <p>Difficulté à se concentrer</p> <p>Difficulté à apprendre des nouveautés</p>	<p>Les cellules nerveuses dans le cerveau libèrent des quantités différentes de certains messagers chimiques (qui envoient des impulsions de cellule à cellule) et le nombre de récepteurs sur les cellules nerveuses peut diminuer. Ainsi, le cerveau n'envoie pas les impulsions ou ne les traite pas aussi bien ou aussi rapidement.</p>
<b>Activité physique</b>	
<p>Instabilité ou perte d'équilibre</p>	<p>Les structures de l'oreille interne responsables de l'équilibre se raidissent et se détériorent légèrement.</p> <p>La partie du cerveau qui contrôle l'équilibre (le cervelet) peut dégénérer.</p>
<p>Vertiges ou étourdissements en position debout</p>	<p>Le cœur ne pompe pas assez de sang vers la tête parce qu'il est moins capable de répondre aux changements de position.</p> <p>Le système nerveux signale au cœur d'augmenter le flux sanguin moins efficacement.</p> <p>Les vaisseaux sanguins ne se resserrent pas assez pour maintenir une tension artérielle normale quand les personnes se lèvent.</p>
<p>Perte de force musculaire</p>	<p>Le nombre et la taille des fibres musculaires diminuent.</p> <p>L'organisme produit moins d'hormone de croissance et (chez les hommes) moins de testostérone, qui aide à conserver les muscles.</p>
<p>Difficulté à se déplacer</p> <p>Moins de souplesse</p>	<p>La production de liquide articulaire est moindre.</p> <p>Le cartilage entre les os des articulations devient plus rigide et peut s'éroder.</p> <p>Les tendons et les ligaments deviennent plus raides et plus faibles.</p> <p>Le tissu musculaire a disparu, remplacé par des tissus gras ou fibreux, ce qui diminue la force et rend les muscles plus rigides.</p>
<p>Difficultés pour l'exercice physique intense</p>	<p>Le cœur ne peut pas faire face à la grande demande de sang pendant l'exercice physique. Il ne peut pas accélérer aussi rapidement ou pomper aussi vite qu'avant, en partie parce que le cœur et les vaisseaux sanguins deviennent plus rigides et moins élastiques. En outre, le cœur ne répond pas aussi rapidement ou aussi bien aux messagers chimiques qui le stimulent normalement pour l'accélérer.</p>

	Les poumons ne peuvent pas faire face à la demande en oxygène pendant l'exercice. Une quantité d'air moindre est absorbée à chaque respiration et les poumons n'absorbent pas autant d'oxygène.
<b>Les sens</b>	
Besoin de lunettes de lecture	Le cristallin se raidit, rendant difficile la mise au point sur les objets proches.
Difficulté à voir dans la pénombre	La rétine de l'œil est moins sensible à la lumière. Le cristallin devient moins transparent.
Difficulté à s'adapter aux changements de niveau d'éclairage	Les pupilles réagissent plus lentement aux changements de lumière. Les opacités du cristallin augmentent l'éblouissement.
Sécheresse oculaire	Le nombre de cellules qui produisent des liquides pour lubrifier les yeux diminue. Les glandes lacrymales produisent moins de larmes.
Difficulté à comprendre les mots	La perte d'audition liée à l'âge (presbycousie) apparaît, qui affecte principalement les fréquences élevées (qui comprennent les consonnes, les sons qui aident les personnes à identifier les mots).
Perte d'audition	Une perte d'audition liée à l'âge (presbycousie) apparaît. Le cérumen s'accumule.
Perte du goût	Les papilles gustatives deviennent moins sensibles. La détection des odeurs est moins bonne parce que la muqueuse nasale devient plus fine et plus sèche et les terminaisons nerveuses du nez s'abîment.
Sécheresse buccale	La production de salive diminue.
<b>Difficultés d'alimentation</b>	
Difficultés à avaler	La bouche est sèche. Les muscles responsables de la déglutition s'affaiblissent et la coordination est moins bonne. Les personnes ne mâchent pas assez les aliments parce qu'il manque des dents ou la dentition ne s'ajuste pas bien. Ainsi, les gros morceaux d'aliments sont trop grands à avaler. Les os situés en haut du dos changent, faisant pencher la tête vers l'avant et comprimant la gorge.
Désintérêt pour l'alimentation	Le goût diminue, rendant les aliments moins appétissants. L'odorat diminue, rendant les aliments moins appétissants. La bouche est sèche, ce qui entraîne une perte de goût.



	<p>Il peut s'avérer difficile de mâcher à cause du manque de dents, parce que les muscles des mâchoires sont faibles ou que les prothèses dentaires ne s'ajustent pas bien.</p> <p>La déglutition est difficile.</p>
<b>Peau et cheveux</b>	
Rides	La couche de graisse sous la peau, qui agit comme un coussin, s'amincit.
Davantage de déchirures dans la peau	L'organisme produit moins de collagène et d'élastine, qui rendent la peau dure et élastique.
Peau sèche	Les glandes de la peau produisent moins de sébum.
Ecchymoses et éclatement des vaisseaux sanguins	Les vaisseaux sanguins de la peau deviennent plus fragiles.
Cicatrisation lente des plaies	<p>Le nombre de vaisseaux sanguins dans la peau diminue.</p> <p>Les cellules responsables de la cicatrisation des plaies agissent plus lentement et sont moins nombreuses.</p>
Difficulté à s'adapter aux changements de température	<p>La couche de graisse sous la peau qui aide à conserver la chaleur corporelle s'amincit.</p> <p>Le nombre de glandes sudoripares diminue, et ces glandes produisent moins de transpiration. La transpiration aide à refroidir l'organisme.</p> <p>Le nombre de vaisseaux sanguins diminue et le flux sanguin dans les couches profondes de la peau diminue. Par conséquent, l'organisme ne peut plus aussi bien éliminer la chaleur du corps.</p>
Diminution des sensations et de la sensibilité à la douleur	Le nombre de terminaisons nerveuses dans la peau diminue.
Cheveux gris ou blancs	Les follicules pileux produisent moins de pigment (mélanine).
Éclaircissement ou perte de cheveux	Les cheveux, qui doivent être remplacés périodiquement, poussent plus lentement, et certains follicules pileux arrêtent de produire de nouveaux cheveux.
<b>Fonction sexuelle</b>	
Sécheresse du vagin	La production d'œstrogènes est moindre.
Érections qui ne durent pas aussi longtemps, sont moins rigides ou demandent plus de temps.	<p>La production de testostérone est moindre.</p> <p>Le flux sanguin vers le pénis diminue.</p>

Tableau des caractéristiques du vieillissement, tiré du site internet :  
[https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/le-vieillessement/changements-corporels-du-vieillessement#v8968120\\_fr](https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/le-vieillessement/changements-corporels-du-vieillessement#v8968120_fr)

## **ANNEXE 4 :**

Critères DSM-5 de la démence : (2015)

p.711-712

### **« Troubles neurocognitifs majeur et léger**

Trouble neurocognitif majeur

- A- Preuve d'un déclin cognitif significatif par rapport à niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivo-motrices ou cognition sociale) reposant sur :
- 1- Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif ; et
  - 2- Une altération importante des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.
- B- Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien (c'est-à-dire tout au moins une aide nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise des médicaments).
- C- Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (délirium).
- D- Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (par exemple un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

*Spécifier si c'est dû à :*

**Une maladie d'Alzheimer** (p.721)

**Une dégénérescence lobaire frontale** (p.725)

**Une maladie à corps de Lewy** (p.730)

**Une maladie vasculaire** (p.733)

**Une lésion cérébrale traumatique** (p.737)

**L'usage d'une substance/d'un médicament** (p.476)

**Une infection par le VIH** (p.746)

**Une maladie à prions** (p.749)

**Une maladie de Parkinson** (p.751)

Une maladie de Huntington (p.754)  
Une autre affection médicale (p.756)  
Des étiologies multiples (p.757)  
Non spécifié (p.758) »

« Spécifier :

**Sans perturbation du comportement** : Si la perturbation cognitive ne s'accompagne d'aucune perturbation du comportement cliniquement significative.

**Avec perturbation du comportement** (*spécifier la perturbation*) : Si la perturbation cognitive s'accompagne d'une perturbation du comportement cliniquement significative (par exemple symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie ou tout autre symptômes comportemental).

*Spécifier la sévérité actuelle :*

**Léger** : Difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidiennes (par exemple travaux ménagers, gestion de l'argent).

**Moyen** : Difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne (par exemple manger, s'habiller).

**Grave** : Dépendance complète. »

pp.714-715

#### « Troubles neurocognitifs majeur et léger

Trouble neurocognitif léger

A- Preuve d'un déclin cognitif modeste par rapport à niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivo-motrices ou cognition sociale) reposant sur :

- 1- Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif ; et
- 2- Une altération modeste des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.

- B- Les déficits cognitifs n'interfèrent pas avec les capacités d'autonomie dans les actes du quotidien (c'est-à-dire que les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise des médicaments sont préservées mais un plus grand effort, des stratégies compensatoires ou un aménagement peuvent être nécessaires).
- C- Les déficits cognitifs ne doivent pas survenir exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (délirium).
- D- Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

*Spécifier si c'est dû à :*

- Une maladie d'Alzheimer** (p.721)
- Une dégénérescence lobaire frontale** (p.725)
- Une maladie à corps de Lewy** (p.730)
- Une maladie vasculaire** (p.733)
- Une lésion cérébrale traumatique** (p.737)
- L'usage d'une substance/d'un médicament** (p.476)
- Une infection par le VIH** (p.746)
- Une maladie à prions** (p.749)
- Une maladie de Parkinson** (p.751)
- Une maladie de Huntington** (p.754)
- Une autre affection médicale** (p.756)
- Des étiologies multiples** (p.757)
- Non spécifié** (p.758) »

*« Spécifier :*

**Sans perturbation du comportement :** Si la perturbation cognitive ne s'accompagne d'aucune perturbation du comportement cliniquement significative.

**Avec perturbation du comportement** (*spécifier la perturbation*) : Si la perturbation cognitive s'accompagne d'une perturbation du comportement cliniquement significative (par exemple symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie ou tout autre symptômes comportemental). »

## ANNEXE 5 :

### Critères DSM-5 de l'APA (2015) :

#### « Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Il y a un début insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines sont altérés).
- C. Les critères de maladie d'Alzheimer soit probable, soit possible, sont remplis comme suit :

#### *Pour le trouble neurocognitif majeur :*

**Une maladie d'Alzheimer probable** est diagnostiquée si l'un des éléments suivants est présent ; sinon, **une maladie d'Alzheimer possible** sera le diagnostic retenu.

- 1. Mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.
- 2. Les trois critères suivants sont présents :
  - a. Présence évidente d'un déclin se manifestant dans la mémoire et l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif (d'après une anamnèse détaillée ou une série de tests neuropsychologiques).
  - b. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
  - c. Absence d'étiologies mixtes (c'est-à-dire, absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie mentale, neurologique ou systémique ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).

#### *Pour le trouble neurocognitif léger :*

**Une maladie d'Alzheimer probable** est diagnostiquée si une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer est mise en évidence par les antécédents familiaux ou un test génétique.

**Une maladie d'Alzheimer possible** est diagnostiquée si aucune mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer n'est mise en évidence par les antécédents familiaux ou un test génétique et si les trois critères suivants sont présents :

- 1. Présence évidente d'un déclin de la mémoire et de l'apprentissage.
  - 2. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
  - 3. Absence d'étiologies mixtes (c'est-à-dire, absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique ou systémique, ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).
- D. La perturbation ne peut pas être mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou un autre trouble mental, neurologique ou systémique. »

## ANNEXE 6 :

### **Évolution des symptômes selon la Classification de Hoehn et Yahr (1967)**

Stade I : Atteinte unilatérale. Les tremblements ou la rigidité sont légers et affectent un seul côté du corps. L'incapacité fonctionnelle est négligeable avec handicap habituellement minime ou nul.

Stade II : Atteinte bilatérale. Les tremblements ou la rigidité sont modérés et affectent les deux côtés du corps. Aucune évidence d'instabilité posturale mais les mouvements sont lents et difficiles à coordonner.

Stade III : Atteinte bilatérale avec instabilité posturale. La personne marche à petits pas et présente des problèmes d'équilibre. L'incapacité fonctionnelle est légère à modérée avec le maintien de la capacité de vaquer à ses activités quotidiennes ; les tremblements et la rigidité peuvent être importants. Il y a une difficulté importante à coordonner les mouvements.

Stade IV : L'incapacité fonctionnelle est sévère : le patient ne peut faire ses activités quotidiennes sans assistance. Il y a une perte d'autonomie partielle, le patient a besoin d'aide pour réaliser ses activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, manger). Les déplacements sont possibles mais l'équilibre et la marche sont très perturbés ce qui fait que la personne chute très fréquemment.

Stade V : Perte complète d'autonomie. Le patient est grabataire, alité ou restreint à une chaise roulante. La personne a besoin d'aide pour réaliser ses activités de la vie quotidienne.

[3] ALBARET J-M, et al. Manuel D'enseignement De Psychomotricité Tome 4 Sémiologie Et Nosographies Psychomotrices. Chapitre 12 « Manifestations psychomotrices du vieillissement pathologique ». De Boeck Supérieur, 2018, p. 650

# ANNEXE 7 :

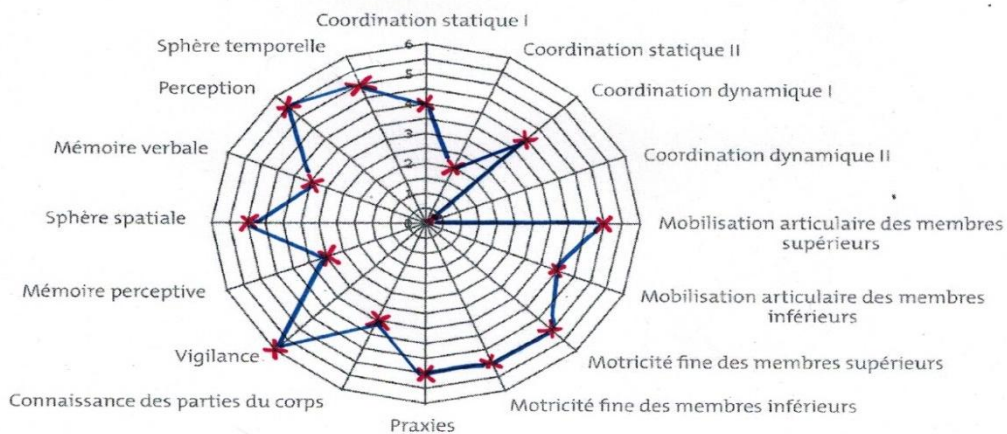
Nom : M.M Age : 83

Liste des Items	Notes sur 6
1. Coordination statique I	4
2. Coordination statique II	2
3. Coordination dynamique I	4
4. Coordination dynamique II	0
5. Mobilisation articulaire des membres supérieurs	5
6. Mobilisation articulaire des membres inférieurs	4
7. Motricité fine des membres supérieurs	5
8. Motricité fine des membres inférieurs	5
9. Praxies	5
10. Connaissance des parties du corps	3,5
11. Vigilance	3
12. Mémoire perceptive	6
13. Sphère spatiale	5
14. Mémoire verbale	3,5
15. Perception	5,5
16. Sphère temporelle	5
17. Communication *	5,5
Note totale	71

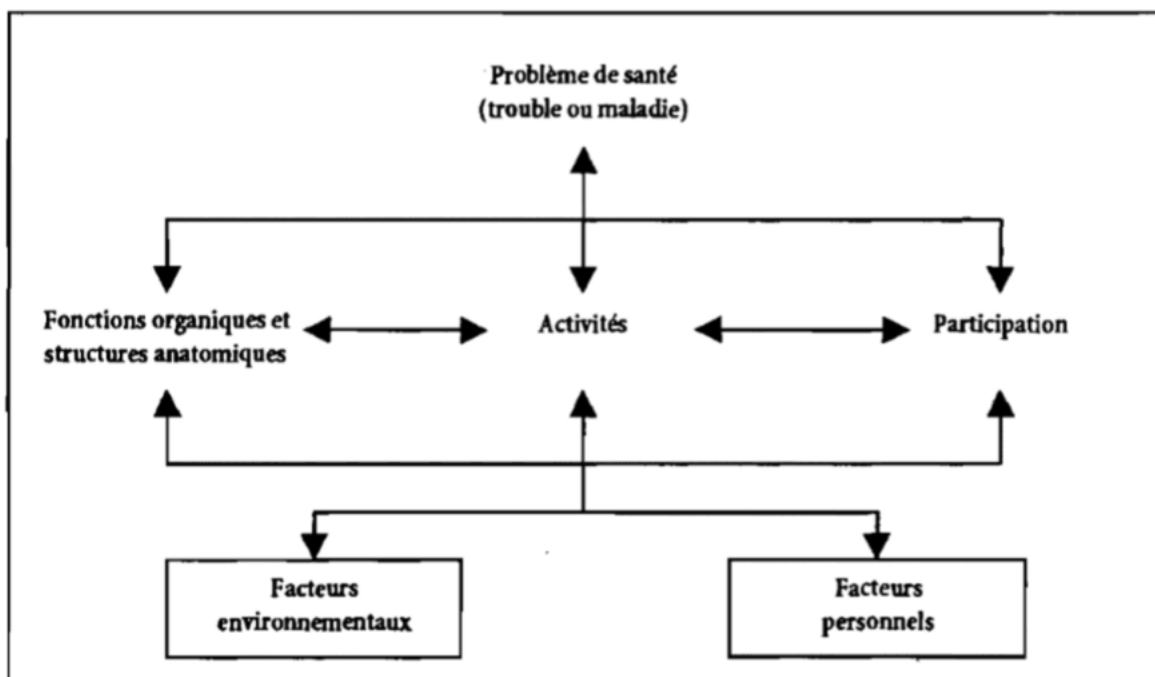
\* Cet item n'est pas représenté sur l'étoile de synthèse.

Ages	Moyennes	$\sigma$
60 ans – 64 ans 11 mois	95,8	4,2
65 ans – 69 ans 11 mois	95,1	4,8
70 ans – 74 ans 11 mois	94,2	5,0
75 ans – 79 ans 11 mois	90,4	8,4
80 ans – 84 ans 11 mois	87,7	6,5
85 ans – 89 ans 11 mois	84,9	9,1
90 ans et plus	77,0	9,3

## Etoile de synthèse



## ANNEXE 8 :



Interactions entre les composantes de la CIF , issu du document de l’OMS Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

([http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiPiZyi9NT hAhVGJhoKHYI DX0QFjACegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F42418%2F1%2F9242545422\\_fre.pdf&usg=AOvVaw0JpD2AzDW vc cBERKJTrV](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiPiZyi9NT hAhVGJhoKHYI DX0QFjACegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F42418%2F1%2F9242545422_fre.pdf&usg=AOvVaw0JpD2AzDW vc cBERKJTrV))



## ANNEXE 9 :

Localisation anatomique de la contention physique	Modalité de contention	Indications et justifications
<b>main</b>	mitaine	éviter les lésions de grattage au cours des épisodes de prurit, éviter l'arrachage des vêtements ou des dispositifs palliatifs utilisés dans la prise en charge de l'incontinence urinaire et/ou fécale.
<b>poignet</b>	bracelet	éviter l'arrachage d'une perfusion ou d'un autre dispositif invasif (Galindo-Ciocon, 1993) (Leith et al. 1999) : sonde urinaire, sonde nasogastrique, poche de colostomie, sonde d'intubation trachéale, sonde de trachéotomie, sonde nasopharyngée ou lunettes nasales pour oxygénothérapie en ventilation spontanée, pansement, suture chirurgicale, cathéter veineux périphérique ou central. Ajoutons-y : drain, lame, cathéter artériel, sonde d'entraînement électrosystolique.
<b>membre supérieur</b>	attelles	maintien d'une perfusion intraveineuse.
<b>cage thoracique</b>	veste, gilet, ceinture abdominale placée sous les aisselles,	maintien forcé au fauteuil, maintien du buste par la veste en cas d'incapacité à maintenir la rectitude du tronc. Dans une enquête effectuée en 1998 en Australie, Retsas (Retsas et al. (2), 1998) retrouve que la veste est le moyen de contention le plus utilisé en institution (25,3 % des cas parmi 2516 personnes âgées contenues par des moyens physiques).
<b>latéralement sur l'ensemble du corps</b>	barrières de lit, ridelles (au Québec), côtés de lit,	risque de chute du lit lors d'un mouvement nocturne ou d'une tentative pour se lever. Une autre justification est la demande du patient quant à son autonomie pour se mobiliser. En effet, certains résidents s'aident des barrières avec leurs membres supérieurs, en particulier pour le maintien et les retournements du corps lors des soins ou encore pour disposer des objets : commande du lit, sonnette. Cette dernière possibilité est souvent appréciée positivement par les soignants.
<b>abdomen</b>	ceinture abdominale ou drap,	maintien forcé au fauteuil.
<b>pelvis</b>	ceinture pelvienne,	maintien forcé au fauteuil, possibilité de dissimulation sous les habits, préservation de la liberté de la partie supérieure du corps, possibilité de s'aider de ce dispositif pour les transferts passifs ou assistés.
<b>au-dessus des cuisses</b>	table ou adaptable fixés ou bloqués en regard du fauteuil ou de la chaise, barre de maintien au fauteuil, butée centrale sur le siège, inclinaison postérieure de l'assise.	maintien forcé au fauteuil par impossibilité de se lever.
<b>face postérieure des cuisses et creux poplités</b>	traversin fixé dans un drap, au fauteuil, sous les genoux,	pourrait limiter le glissement (Bentejn et al. 2000)
<b>chevilles</b>	attaches sous la forme de bracelets	malade agité, en particulier en soins aigus, ou bien pour une attitude agressive utilisant les membres inférieurs
<b>toutes localisations</b>	attaches, courroies, bandes,	attaches possibles au niveau des jambes, bras ou taille (Lejeune et al. 2000)
	lit de type Alzheimer, grenouillère, système <u>SECURIDRAP*</u>	impossibilité de se lever du lit éviter le déshabillage itératif et manipulation des excréments.
<b>contentions physiques atypiques "cachées" ou "déguisées"</b>	souliers enlevés, lunettes ôtées, canne ou déambulateur enlevés.	limiter ou empêcher la mobilité.

<http://geriatrie-albi.com/contentionfauteuil.html>

# Table des matières

<b>Avant-propos</b> .....	4
<b>Introduction :</b> .....	5
<b>Chapitre 1 : La marche locomotion propre à l'espèce humaine et singularité de l'individu</b> .....	7
<b>I. Phylogénétique et ontogénèse de l'appareil locomoteur</b> .....	7
<b>A- La lignée humaine</b> .....	7
<b>B- La spécialisation du squelette humain sous l'influence de la marche bipède</b> .....	8
<b>C- Ontogénèse</b> .....	10
a) <b>Embryogenèse et fœtogénèse</b> .....	10
b) <b>À la naissance</b> .....	10
<b>D- La marche</b> .....	11
<b>II. Acquérir la marche</b> .....	13
<b>A- Généralité sur le développement psychomoteur</b> .....	13
a) <b>Qu'est-ce que le développement psychomoteur</b> .....	13
b) <b>La place des réflexes dans le développement</b> .....	14
c) <b>Les mécanismes induisant le développement psychomoteur</b> .....	15
<b>B- Se dresser pour mieux avancer</b> .....	16
a) <b>La place du tonus</b> .....	16
b) <b>Les redressements</b> .....	17
c) <b>Les changements de position</b> .....	17
<b>C- La locomotion de l'enfant</b> .....	18
a) <b>La reptation</b> .....	18
b) <b>La marche quadrupède</b> .....	18
c) <b>La marche bipède</b> .....	18
<b>D- L'appui des sens dans la marche</b> .....	21
a) <b>Sens tactile et informations tactiles</b> .....	22
b) <b>Flux olfactifs et auditifs</b> .....	22
c) <b>Flux visuels</b> .....	23
d) <b>Flux gravitaire et système vestibulaire</b> .....	23
e) <b>Proprioception</b> .....	23
<b>III. Les enjeux liés à la verticalisation et à la marche</b> .....	25

<b>A-</b>	<b>La marche : entre quête de bien-être et acte engagé .....</b>	<b>29</b>
<b>a)</b>	<b><i>Enjeux sanitaires</i> .....</b>	<b>29</b>
1.	<i>Les bienfaits de la marche sur le corps</i> .....	30
2.	<i>Les bienfaits de la marche d'un point de vue psychologique</i> .....	29
3.	<i>Recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)</i> .....	31
<b>b)</b>	<b><i>Le symbolisme de la marche</i>.....</b>	<b>29</b>
<b>B-</b>	<b>La verticalité et l'axe corporel.....</b>	<b>25</b>
<b>a)</b>	<b><i>Construction de l'axe corporel</i>.....</b>	<b>25</b>
<b>b)</b>	<b><i>Construction de l'identité</i> .....</b>	<b>26</b>
<b>c)</b>	<b><i>Enrichissement des expériences corporelles par le mouvement</i> .....</b>	<b>26</b>
<b>C-</b>	<b>Mouvements et plaisir .....</b>	<b>27</b>
<b>a)</b>	<b><i>Processus d'autonomisation</i> .....</b>	<b>27</b>
<b>b)</b>	<b><i>Marche et expression de l'identité</i>.....</b>	<b>28</b>
 <b>Chapitre 2 : Le vieillissement.....</b>		<b>33</b>
<b>I.</b>	<b><i>Le vieillissement physiologique</i>.....</b>	<b>33</b>
<b>A-</b>	<b>Définition du vieillissement .....</b>	<b>33</b>
<b>B-</b>	<b>Modifications liées au vieillissement .....</b>	<b>34</b>
<b>a)</b>	<b><i>Plan physique</i>.....</b>	<b>34</b>
1.	<i>Vieillessement des structures anatomiques</i> .....	34
2.	<i>Vieillessement sensoriel</i> .....	35
<b>b)</b>	<b><i>Plan cognitif</i> .....</b>	<b>36</b>
<b>c)</b>	<b><i>Plan psycho-affectif</i>.....</b>	<b>36</b>
<b>C-</b>	<b>Le ralentissement psychomoteur et ses conséquences.....</b>	<b>37</b>
<b>a)</b>	<b><i>Organisation spatio-temporelle</i> .....</b>	<b>37</b>
<b>b)</b>	<b><i>Vieillessement de l'équilibre</i> .....</b>	<b>38</b>
<b>c)</b>	<b><i>Vieillessement de la marche</i> .....</b>	<b>38</b>
<b>II.</b>	<b><i>Vieillessement pathologique et troubles de la marche</i> .....</b>	<b>39</b>
<b>A-</b>	<b>Démence et déambulation .....</b>	<b>39</b>
<b>a)</b>	<b><i>Généralité sur la mémoire</i> .....</b>	<b>39</b>
<b>b)</b>	<b><i>Généralité sur la démence</i>.....</b>	<b>40</b>
<b>c)</b>	<b><i>Maladie d'Alzheimer et déambulation</i> .....</b>	<b>41</b>
<b>B-</b>	<b>Parkinson et trouble de la marche.....</b>	<b>43</b>
<b>a)</b>	<b><i>Généralités sur la maladie de Parkinson</i>.....</b>	<b>43</b>

b)	<i>Impact de la maladie sur la marche</i> .....	45
C-	<b>Syndrome de désadaptation psychomotrice</b> .....	<b>45</b>
a)	<i>Généralités et définitions</i> .....	45
b)	<i>Conséquences sur la posture et la marche</i> .....	46
c)	<i>Prise en charge pluridisciplinaire</i> .....	47
 <b>Chapitre 3 : Quand la marche est altérée, comment continuer à avancer ?</b> .....		<b>48</b>
I.	<b>Quelques notions liées au vieillissement et à la perte de la marche</b> .....	<b>48</b>
A-	<b>Chute et estime de soi</b> .....	<b>48</b>
a)	<i>Généralité sur la chute</i> .....	48
b)	<b>Syndrome post-chute</b> .....	49
1.	<i>Définition</i> .....	49
2.	<i>Sémiologie clinique</i> .....	49
3.	<i>Pronostic</i> .....	50
c)	<b>Chute et identité de la personne</b> .....	50
B-	<b>Autonomie, dépendance et handicap</b> .....	<b>51</b>
C-	<b>Notion de deuil</b> .....	<b>53</b>
II.	<b>Deux rencontres en Unité de Soins Longue Durée</b> .....	<b>55</b>
A-	<b>Mon lieu de stage</b> .....	<b>55</b>
B-	<b>Rencontre avec Monsieur M.</b> .....	<b>55</b>
a)	<i>Première rencontre</i> : .....	55
b)	<i>États des lieux et anamnèse de Monsieur M</i> : .....	56
c)	<i>Projet de vie et en psychomotricité</i> : .....	59
d)	<i>Prise en charge et évolution</i> : .....	60
e)	<i>Conclusion de la prise en charge Monsieur M</i> .....	65
C-	<b>Rencontre de Madame T</b> .....	<b>66</b>
a)	<i>Première rencontre</i> : .....	66
b)	<i>États des lieux et anamnèse de Madame T</i> : .....	66
c)	<i>Projet de vie et en psychomotricité</i> : .....	68
d)	<i>Prise en charge et évolution</i> : .....	69
e)	<i>Conclusion de la prise en charge Madame T.</i> .....	71
III.	<b>Divers questionnements en tant que stagiaire</b> .....	<b>72</b>
A-	<b>Place de la contention en institution</b> .....	<b>72</b>
B-	<b>La discrimination du grand âge : l'âgisme</b> .....	<b>75</b>

<b>Conclusion</b> .....	77
<b>Bibliographie</b> .....	78
<b>ANNEXE 1</b> : .....	84
<b>ANNEXE 2</b> : .....	85
<b>ANNEXE 3</b> : .....	86
<b>ANNEXE 4</b> : .....	89
<b>ANNEXE 5</b> : .....	92
<b>ANNEXE 6</b> : .....	93
<b>ANNEXE 7</b> : .....	94
<b>ANNEXE 8</b> : .....	95
<b>ANNEXE 9</b> : .....	96
<b>Table des matières</b> .....	97