



HAL
open science

Le toucher thérapeutique, un accompagnement dans le vécu de la chute chez la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer

Amaryllis Ostuzzi

► To cite this version:

Amaryllis Ostuzzi. Le toucher thérapeutique, un accompagnement dans le vécu de la chute chez la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03322988

HAL Id: dumas-03322988

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03322988>

Submitted on 20 Aug 2021

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

***Le toucher thérapeutique, un accompagnement dans
le vécu de la chute chez la personne âgée souffrant de
la maladie d'Alzheimer.***

OSTUZZI Amaryllis

Née le 28 février 1999 à Mont de Marsan

Maître de mémoire : Léa Trufley

Juin 2021

Remerciements

A Léa Trufley, ma maîtresse de mémoire pour sa bienveillance, son soutien et ses conseils durant cette année d'écriture,

A Marie et Jennifer, mes maîtres de stage durant cette dernière année de formation. Pour leurs aides et recommandations si précieuses tant sur le plan théorique que sur le versant clinique,

A toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans l'écriture et la relecture de ce mémoire,

A tous les professionnels que j'ai pu rencontrer au cours de mon cheminement. Pour leurs partages et leurs entraides, qui m'ont permis de grandir un peu plus chaque jour,

A l'Institut de Formation en Psychomotricité, pour m'avoir fait découvrir un si beau métier,

A ma famille et amis, pour leurs écoutes et présences si importantes à mes yeux,

Et à Andoni, mon pilier et soutien de tous les instants.

Avant-propos

*Le corps, c'est toute une
histoire.*

*Le corps, c'est une apparence,
c'est une mouvance, ça donne
une forme et une image de soi.
C'est notre signature au monde.
C'est un signe de l'être, c'est une
exigence à être.*

*Le corps signe notre identité, il
la transcende. Il porte en lui
notre être profond, il le définit,
parfois il le subit.*

Il peut se faire lourdeur de vivre.

*Le corps est fait de chair et de
sang, de muscles et d'os.*

*Il est fait aussi de pensées et de
mots.*

*Le corps est notre concrétude,
notre réalité.*

*Il garde en lui tout le poids,
lourdeur ou légèreté, de nos
émotions.*

*Le corps porte notre histoire.
Une histoire individuelle, une
histoire de transmission
singulière.*

*Le corps porte des histoires, des
histoires de famille, de culture
et de groupe.*

*Il porte en lui la mémoire des
disparus. Entre vivants et morts,
le corps est un messenger...*

*Messenger parfois entendu,
parfois ignoré, parfois resté
énigmatique comme en attente
d'être déchiffré...*

*Notre corps raconte notre
histoire.*

Le corps c'est toute une histoire.

Catherine Potel.

Sommaire

Remerciements	
Avant-propos	
Sommaire	
Introduction	1
Partie I : La personne vieillissante.	4
I. La vieillesse et le vieillissement	5
II. Le vieillissement pathologique et la chute en institution.....	17
Partie II : Le toucher dans la pratique psychomotrice et son intérêt pour la personne âgée démente ayant chuté.....	36
I. Le métier de psychomotricien en EHPAD	37
II. La peau et le sens du toucher comme supports d'un réinvestissement de soi.	44
Partie III : Illustration clinique du toucher thérapeutique chez la personne âgée démente ayant chuté.....	59
I. Mon lieu de stage	60
II. L'accompagnement de Mme L.....	64
Conclusion.....	79
Annexes.....	81
Bibliographie	88
Table des matières.....	97

Introduction

Au travers de ces trois années de formation, j'ai appris à être à l'écoute de moi-même et des autres, j'ai pu approfondir les différents aspects de ce qu'est l'être psychomoteur. La psychomotricité représente pour moi bien plus qu'un métier, c'est une manière d'être au monde. C'est au début de cette dernière année d'étude avant l'obtention du diplôme d'Etat que j'ai pratiqué plus en profondeur la question du toucher en psychomotricité. Ainsi, c'est avec cette curiosité et cet attrait pour la qualité du toucher thérapeutique en psychomotricité, que j'ai progressé durant cette année d'écriture.

Le toucher est présent tout au long de la vie, il permet au fœtus d'accéder aux premières sensations de limites corporelles et c'est par le toucher et la fonction du dialogue tonico-émotionnel que s'instaurent les premières formes de communication entre la figure maternante et le bébé. Le flux tactile est essentiel pour la vie ainsi que pour le bon développement de l'être humain.

Le tact est un des sens qui est préservé tout au long de la vie. Pour les professionnels, c'est un mode relationnel privilégié qui permet de garder un lien le plus longtemps possible. Dans le cas des personnes âgées démentes ayant subi plusieurs traumatismes comme des chutes, l'apport du toucher thérapeutique peut venir faire sens et résonance.

C'est grâce à un premier stage obligatoire d'observation en gériatrie que j'ai ensuite décidé de réitérer l'expérience auprès de cette population pour ma dernière année d'étude. J'effectue un stage au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). J'ai apprécié d'une part, le contact auprès des personnes âgées et d'autre part, la diversité des actions que peut pratiquer le psychomotricien au sein de ces institutions.

Au cours de mes observations, j'ai pu remarquer des situations récurrentes et des problématiques assez similaires. Tout d'abord, la présence de personnes âgées souffrant de pathologie démentielle comme la maladie d'Alzheimer. De plus, des résidents se retrouvent souvent à vivre des traumatismes assez déconcertants comme celui des chutes.

J'ai donc choisi de m'intéresser à une situation bien particulière qui est celle des chutes chez la personne âgée en institution. En effet, c'est un événement qui fait l'objet de programme de prévention massif. Ainsi, je me suis questionnée sur l'accompagnement après la chute : comment la psychomotricité peut soutenir ce vécu douloureux ? J'ai approfondi mon questionnement en choisissant de développer comment ce vécu de la chute peut être accompagné chez la personne âgée souffrant de démence. Effectivement, cette pathologie est un facteur de risque important des chutes. De plus, la maladie d'Alzheimer entraîne de nombreuses répercussions que l'on peut également retrouver après une chute, notamment au niveau corporel.

En psychomotricité, le corps est un canal privilégié de communication ainsi qu'un support d'élaboration considérable. Afin d'accompagner le vécu de la chute chez la personne âgée démente, le toucher thérapeutique semble approprié.

Lors de mes réflexions j'ai pu dégager plusieurs hypothèses de travail en psychomotricité :

- Le vieillissement pathologique tel que la démence est un facteur de risque important des chutes. Ces dernières viennent contribuer à la fragilisation de l'équilibre psychocorporel des personnes âgées démentes.
- Ces répercussions psychocorporelles sont des atteintes que l'on peut accompagner en psychomotricité par diverses médiations mettant en jeu le toucher. En effet, le flux tactile est un mode relationnel souvent utilisé en institution auprès de personnes âgées démentes. Il peut être un outil intéressant dans l'accompagnement du vécu de la chute.

- La pratique du toucher-massage psychomoteur met en mouvement des notions psychomotrices comme le dialogue tonico-émotionnel, le tonus, le schéma corporel, l'image du corps, la contenance ainsi que les limites corporelles de la personne âgée. Le but de cette pratique est d'offrir un espace-temps en dehors des soins où le toucher n'est plus seulement vécu sous un aspect « médicalisé ». Le toucher massage psychomoteur permet de contribuer à un état de bien-être en abordant cette pratique sous un aspect relationnel.

Au travers de ces réflexions, j'ai pu dégager une problématique à laquelle je vais tenter de répondre durant l'écriture de ce mémoire :

Quel est l'apport du toucher thérapeutique dans le vécu de la chute chez les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ?

Plusieurs mémoires m'ont permis d'orienter ma réflexion notamment ceux traitant de l'intérêt du toucher thérapeutique chez la personne âgée en institution : (Chabellard, 2004) ; (Brethes, 2013) ; (É. Charpentier, 2013). (Plociniak, 2015) ; (Cofler, 2016) ; (Cazaban, 2018).

Afin de répondre à ce questionnement, j'ai choisi de développer mon raisonnement en trois grandes parties. Tout d'abord, je vais aborder l'aspect du vieillissement normal puis je continuerai par le vieillissement pathologique comme la maladie d'Alzheimer et enfin, j'aborderai les situations de chute. Ma deuxième partie sera axée sur le métier de psychomotricien en EHPAD ainsi que l'intérêt du toucher thérapeutique dans l'accompagnement de la personne âgée démente ayant chuté. Enfin, je finirai ma réflexion avec une partie plus clinique où je présenterai l'institution dans laquelle j'effectue mon stage ainsi que le suivi en psychomotricité de Mme L. axé autour du toucher massage psychomoteur.

*Partie I : La personne
vieillissante*

I. *La vieillesse et le vieillissement*

La vieillesse et le vieillissement sont des concepts fortement liés, il réside néanmoins une distinction. Le vieillissement est un processus physiologique tandis que la vieillesse correspond davantage à la période accompagnant ces mécanismes biologiques.

1. La vieillesse

La vieillesse est une période de la vie marquée par le vieillissement du corps, accompagnée d'un ralentissement des fonctions biologiques ainsi que d'une diminution des capacités intellectuelles.

Ainsi, la vieillesse est définie comme une « période de la vie succédant à l'âge mûr que l'on situe actuellement chez l'homme à partir de l'âge de soixante-cinq, soixante-dix ans. » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-l). De plus, nous pouvons ajouter que la vieillesse « s'oppose à la jeunesse : c'est la dernière période de la vie humaine, le temps de la vie caractérisé par le ralentissement des activités biologiques. » (Le Robert, s. d.). Cela peut également être défini comme une « diminution des forces physiques et le fléchissement des facultés mentales qui accompagnent habituellement cette période. » (Larousse, s. d.-c)

En fonction des cultures et des représentations sociales dans le monde, la vieillesse n'est pas investie de la même façon. Certaines personnes voient cette période comme de la sagesse, un nouveau chapitre, une pulsion de vie tandis que d'autres l'appréhendent de façon plus pessimiste en parlant de dégradation, de perte ou de mort.

En France, les représentations sociales de la vieillesse ont évolué en lien, entre autres, avec la place laissée par la société à cette partie de la population ainsi que par le vocabulaire utilisé dans la vie courante. Au fil des années, différents mots sont utilisés comme « vieux », « vieillards », « personnes âgées », « retraités », « troisième âge », « quatrième âge », « seniors » ou encore « l'ainé ». Puis, une dérive avec un vocabulaire gériatrique est apparue à la fin des années 1970. Cette dernière correspond à des termes objectivant insidieusement la personne âgée, on peut retrouver des qualificatifs comme : « les Alzheimer », « les fauteuils », « les lits » etc. En règle générale, le vocabulaire gériatrique

est un ensemble de termes médicaux permettant aux professionnels de santé de parler du processus de vieillissement (Jacqueline Trincaz, 2015).

La vieillesse accompagne la personne âgée dans le processus de vieillissement et connaît plusieurs interprétations. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient le critère d'âge de 65 ans et plus (Corpus de gériatrie, 2000, p.9-12). La société a tendance à assimiler la vieillesse avec l'âge du départ à la retraite ; à l'heure actuelle, c'est à partir de 62 ans. Enfin, l'âge moyen retrouvé dans les institutions gériatriques est de 85 ans. La perception de sa vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle. (Hugonot-Diener et al., 2017, p.303) ; (Corpus de gériatrie, 2000 p.9-12).

Il est en effet intéressant de garder en mémoire que ces représentations culturelles et communautaires sont multiples et variées. La vieillesse fait écho au sein de nos représentations sociétales, dans l'imaginaire collectif mais elle est également ancrée au cœur de l'individualité de chacun. Ainsi, l'histoire de vie et le rapport que nous avons à la vieillesse influencent nos représentations.

La vieillesse est donc une période de la vie marquée par les représentations sociales et individuelles. Nous allons, à présent, nous intéresser au processus du vieillissement.

2. Le vieillissement

Le vieillissement humain est un ensemble de mécanismes qui anime l'homme depuis toujours. De plus, ces enchainements physiologiques suscitent l'intérêt des sociétés dans toutes sortes de domaines. Le vieillissement est défini comme étant « un processus par lequel un organisme humain subit une série de transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules, ce qui provoque l'affaiblissement et le ralentissement des fonctions vitales et des modifications d'ordre physique, physiologique et psychique. » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-m). Le vieillissement se caractérise également comme le « fait de devenir vieux, ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort : le vieillissement de la peau ainsi qu'un affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge. » (Larousse, s. d.-d).

Le vieillissement est appréhendé dans le sens processuel, c'est un ensemble d'enchaînements qui nous amène à un certain état physique et psychique. Nous pouvons expliquer le vieillissement comme « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. ». (Corpus de gériatrie, 2000, p.9). Il est également caractérisé par des phénomènes résultants de l'intrication de divers facteurs génétiques et environnementaux. Le vieillissement n'est pas l'issue d'une maladie, c'est un processus lent et progressif (Corpus de gériatrie, 2000 p.9). Il est important de noter que le vieillissement détient un caractère singulier et n'obéit donc pas forcément à une tranche d'âge.

Nous pouvons constater au travers de ces définitions, que le vieillissement humain est un processus complexe. En effet, il repose sur différents facteurs génétiques, psychiques, cognitifs, socio-économiques ou encore sur des habitudes de vie. De plus, il provoque un certain nombre de modifications que nous allons développer.

A) Les modifications physiques

Le vieillissement physique est inéluctablement lié aux processus physiologiques. Nous allons parcourir brièvement quelques changements.

Tout au long de la vie, le corps évolue, entraînant peu à peu une transformation que l'on peut observer dans le reflet du miroir. La peau incarne l'une des composantes les plus flagrantes du vieillissement, notamment avec la perte d'élasticité et l'apparition des rides. Ces changements peuvent être accompagnés par un arrêt de la production de la mélatonine rendant les cheveux blancs. Ainsi, ces divers remaniements peuvent amener vers une modification de l'image que la personne peut avoir d'elle-même. (E. Charpentier, 2017 p.9-10).

Le vieillissement physiologique concerne une multitude d'organes et de mécanismes complexes. J'ai fait le choix de vous présenter une partie de celui-ci en m'attardant plus particulièrement sur le vieillissement sensoriel. En effet, en psychomotricité, nous accordons une grande place à la sensorialité et par conséquent à l'évolution des sens.

- Le vieillissement sensoriel

Le vieillissement touche les sens comme le toucher, l'odorat, le goût, l'audition, la vue, le système proprioceptif, ou encore le flux vestibulaire.

Le toucher est le premier sens à se développer et le plus important à la naissance. Il permet de ressentir le contact, la douleur, la température et la pression. (Hugonot-Diener et al., 2017 p.305). Il est intéressant de noter que le sens du toucher est certes endommagé avec le temps mais il reste néanmoins le sens le plus préservé et ce, jusqu'au dernier souffle.

Avec le vieillissement, le flux tactile est impacté au niveau de la sensibilité des récepteurs de la plante des pieds, ce qui entraîne une modification du relief en contact avec la surface du sol avec pour conséquence une perturbation de l'équilibre et des coordinations.

On observe également un changement dans la perception des vibrations et de la sensibilité cutanée. (Juhel, 2010, p.9-11). Ce phénomène est en lien avec la modification du nombre de mécanorécepteurs. En effet, « lorsqu'on vieillit, le nombre de mécanorécepteurs diminue, explique Bérengère Fromy, de l'Institut de biologie et chimie des protéines, à Lyon. Dans le même temps, les fibres nerveuses qui sont connectées à ces récepteurs s'abîment, ce qui ralentit la transmission des influx nerveux. » (Julien Bourdet, 2014)

L'odorat et le goût sont des sens liés, ils apportent une contenance et une réassurance depuis le plus jeune âge, le bébé est rassuré par l'odeur de sa mère. En parallèle au sens olfactif, on peut également remarquer chez le nourrisson, une accentuation du goût de l'amer ainsi qu'une évolution de la capacité à identifier les odeurs. Le goût, au travers des papilles gustatives situées sur la langue, permet de classer les aliments en fonction des saveurs : le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Dans les premiers mois de développement, le bébé est plus attiré par des goûts sucrés.

Chez les personnes âgées, le goût et l'odorat s'amoindrissent en raison d'une diminution du nombre de papilles gustatives ainsi que d'une baisse de leur efficacité. Nous pouvons également remarquer une accentuation du goût de l'amer et une attirance plus prononcée pour le sucré.

De même, il existe une altération de la capacité à identifier les odeurs. (Juhel, 2010, p.9-11). Ainsi, la personne âgée peut faire face à une hypoguesie qui est le fait d'observer une diminution ou une perte du goût. Cela peut être associé à une hyposmie qui se caractérise par une diminution de l'odorat. (Hugonot-Diener et al., 2017, p.304-305).

L'ouïe est une des fonctions d'alerte et d'orientation utilisée au quotidien depuis la naissance. De plus, les sons perçus en rapport avec l'environnement, permettent un ajustement au niveau tonico-postural. Elle supporte également la structuration dans un espace-temps.

En lien avec le vieillissement, il existe une variation graduelle de l'audition résultant d'une atteinte progressive de l'oreille interne et du nerf auditif. Cela peut engendrer des difficultés d'orientation spatio-temporelle, d'ajustement tonico-postural ou encore être un frein à la relation. (Juhel, 2010, p.9-11). En effet, l'audition se modifie et on peut observer des difficultés au niveau des sons. Ainsi, « les discriminations auditives sont moins bonnes, elles conduisent à la gêne au niveau de la compréhension, au chevauchement des sons, au brouillage des voix et aux acouphènes. » (Hugonot-Diener et al., 2017, p.304).

La vue est un sens très immature à la naissance, il se développe en rapport avec la myélinisation des nerfs optiques, le développement des visions focales et périphériques ainsi que les expériences liées à l'environnement du bébé.

Au cours de la vie, la vision évolue. Chez la personne âgée, nous pouvons constater un remaniement de la perception et de l'acuité visuelle, souvent en lien avec une modification de la souplesse du cristallin. (Richard W.Besdine, 2019). La capacité d'adaptation à l'obscurité change également, rendant les activités nocturnes comme la conduite plus difficiles. (Juhel, 2010, p.9-11). Il existe également une modification de la sensibilité aux contrastes et aux couleurs (Hugonot-Diener et al., 2017, p.304).

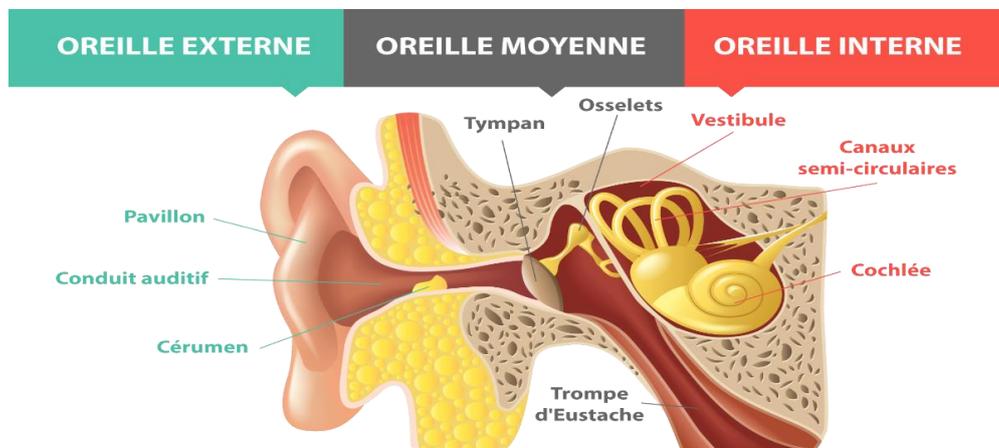
Le système proprioceptif est une sensibilité profonde connectée au système vestibulaire de l'oreille interne, il est en relation avec le flux tactile. Ce sens est nécessaire dans les fonctions d'équilibration, de déplacements ainsi que de coordinations.

La proprioception est un flux sensoriel continu, perçu ou non perçu par la conscience, qui communique des informations sur le degré de tonicité, sur les positions relatives des segments corporels, sur les mouvements ainsi que sur la vitesse comme l'accélération ou la décélération. Le flux proprioceptif joue un rôle principal dans le sentiment d'exister ainsi que dans le soutien de la construction et du bon fonctionnement psychique.

Le vieillissement du flux proprioceptif se caractérise, au niveau physiologique, par des modifications des nerfs périphériques véhiculant l'information des récepteurs vers les centres intégrateurs. Cela induit une modification de la sensibilité vibratoire et discriminative. Le vieillissement du sens proprioceptif est à mettre en lien avec le vieillissement de l'oreille interne et plus particulièrement du vestibule. Ces perturbations en lien avec les changements physiologiques du flux vestibulaire participent aux facteurs de risque des situations de chute. (Hugonot-Diener et al., 2017, p.304).

Le flux vestibulaire est le système résultant de l'association du vestibule et de la cochlée situés au niveau de l'oreille interne. Tous deux ont pour rôle d'être des mécanorécepteurs sensibles à des vibrations acoustiques et mécaniques. Il existe différentes atteintes du vestibule comme la presbyacousie qui est une chute de l'audition des fréquences aiguës (*Presbyacousie*, 2019). La presbyacousie concerne un grand nombre de personnes âgées, « elle touche 30 % des sujets de plus de 65 ans, 70 à 90 % de ceux de plus de 85 ans. » (Hugonot-Diener et al., 2017, p.304). Nous pouvons constater d'autres affections comme la presbyvestibulie qui peut être définie comme une altération progressive de l'efficacité du réflexe vestibulo-oculaire en rapport avec l'âge. Ce phénomène peut entraîner une augmentation du risque de chute. (Georges Dolisi, s. d.)

Afin de visualiser les différentes notions introduites précédemment, voici ci-dessous, un schéma représentant l'anatomie de l'oreille humaine :



L'ABC de l'oreille (Chantal Guimont, 2015)

Après avoir traité les modifications sensorielles rencontrées lors du vieillissement physiologique, nous allons à présent nous intéresser à un autre aspect du vieillissement qui est celui du domaine de la cognition.

B) Les modifications cognitives

Les fonctions cognitives sont les capacités cérébrales qui permettent d'être en interaction avec l'environnement. Grâce à ces dernières, nous pouvons nous concentrer, percevoir, raisonner, nous adapter et interagir avec l'entourage ou encore acquérir des connaissances. Toutes ces compétences se retrouvent au travers de l'attention, la mémoire, les fonctions visuo-spatiales, la cognition sociale, la mémoire de travail ou bien les fonctions exécutives.

Il n'existe pas d'âge distinct qui marque le changement des capacités cognitives. Cependant, nous pouvons observer que le vieillissement humain est accompagné par une série de modifications des capacités cognitives. Au travers de ces changements, nous pouvons observer un ralentissement global de la vitesse de traitement des informations, une augmentation du temps de réaction ainsi qu'une difficulté dans la pratique de la double tâche exécutée par l'intermédiaire de la concentration. (Caroline Roussel-Baclet, 2015)

Le vieillissement cognitif est généralement accompagné par une modification de volume du lobe frontal et de l'hippocampe (impliqué dans les nouveaux apprentissages.) Ce qui peut entraîner une désafférentation émotionnelle qui se manifeste par un retrait affectif et social associé à une apathie et une perte motivationnelle. (Hugonot-Diener et al., 2017, p.303).

Le système nerveux, y compris le cerveau, voit leur vitesse d'influx nerveux modifiée due à l'altération des membranes des cellules, ainsi que de la diminution du nombre de neurones. Nous pouvons observer également un ralentissement de la vitesse des réactions d'association ainsi que des fonctions comme la planification, le jugement, la prise de décision, la vitesse d'exécution ou encore la capacité à résoudre des problèmes. Toutes ces fonctions exécutives se trouvent au niveau du lobe frontal. (Juhel, 2010, p 11-13).

En lien avec les capacités attentionnelles, la mémoire épisodique est impactée au niveau de la phase d'encodage. De plus, la mémoire de travail observe un déclin de l'habileté à réaliser le stockage et le traitement de l'information. Au niveau de la mémoire sémantique, c'est l'accès au stockage d'information qui est plus compliqué. (Caroline Roussel-Baclet, 2015, p. 10-12).

Le vieillissement cognitif « normal » résulte donc d'un changement des capacités cognitives de la personne âgée. Il est important de faire la différence avec le vieillissement cognitif pathologique qui est marqué par une détérioration des facultés cognitives. Nous allons à présent nous intéresser aux modifications psychiques corrélées au processus du vieillissement.

C) Les modifications psycho-affectives

Le sentiment d'appartenance ainsi que l'estime de soi évoluent au fil des années, bien souvent en fonction de la place que la personne occupe dans la société, au sein de la famille ou du cercle amical. Le regard des autres et la façon d'appréhender ce dernier, occupent une place bien particulière dans la manière dont la personne se perçoit.

La personne âgée évolue, s'octroie une autre place, un autre rôle et doit trouver d'autres fonctions au sein de la société. Ainsi, la manière dont elle accueille ce moment de vie, ainsi que l'image, les représentations qu'elle y associe, impactent grandement le moral et l'état psychique. Ces changements résultent d'un mécanisme de renoncement aux états physiques, psychiques et sociaux qui conduisent la personne âgée à trouver une autre place. (Benois & Michel, 2010, p.14-16).

L'environnement joue également un rôle prépondérant. Prenons l'exemple d'une personne âgée qui voit son entourage disparaître petit à petit. Nous observons un isolement dû à un sentiment de solitude qui engendre des répercussions sur l'état affectif et psychique. Ainsi, il semble donc important de maintenir la présence d'un réseau social significatif afin de préserver un équilibre psycho-affectif. De même, le fait de pouvoir garder un contrôle sur sa vie, de mener des projets, d'avoir la capacité de subvenir à ses besoins ou bien de s'affirmer et d'exprimer ses émotions contribuent au bon équilibre psychique de la personne âgée. (Juhel, 2010, p.13-14).

De plus, le vieillissement sensoriel peut également avoir un impact sur la vie psycho-affective de la personne âgée. En effet, cela peut entraîner un retrait et un repli sur soi du fait de ne plus être en contact direct avec le monde extérieur. (Hugonot-Diener et al., 2017, p.304-305).

Le vieillissement psycho-affectif est lié au processus identitaire, au vieillissement physiologique et cognitif, il peut également être influencé par l'environnement. A cela s'ajoutent d'autres facteurs comme la perte d'autonomie et la dépendance.

D) L'autonomie et la dépendance

- L'autonomie

L'autonomie se définit comme la « faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-e). Elle se caractérise également par « la capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui ; caractère de quelque chose qui fonctionne ou évolue indépendamment d'autre chose » (Larousse, s. d.-a). La perte d'autonomie est considérée comme une déclinaison des capacités décisionnelles. Ainsi, la personne âgée ne peut plus faire ses propres choix. (Benois & Michel, 2010, p.4).

L'autonomie est donc le fait de pouvoir rester acteur de sa vie et des décisions le plus longtemps possible. Cette capacité reste liée à l'état de santé ainsi qu'aux moyens matériels et financiers. Le fait de rester le plus longtemps chez soi, dans une autonomie relative, permet à la personne âgée de garder des repères connus et vient renforcer le sentiment identitaire. (Benois & Michel, 2010, p.21).

L'autonomie peut être menacée par une désafférentation sociale en lien avec le vieillissement sensoriel, physique et cognitif de la personne âgée. En effet, toutes ces modifications peuvent être des acteurs principaux dans le mécanisme de dépendance. Il est donc important de garder un lien social manifeste avec la personne âgée afin de prévenir l'isolement et le retrait social. (Hugonot-Diener et al., 2017, p.305-306).

Nous pouvons observer des modifications comportementales chez les personnes âgées restant à leur domicile. Ainsi, en fonction des perturbations de leurs capacités, elles développent par la suite des stratégies de compensation appelées les « ethnométhodes ». Ce concept a été développé par un sociologue américain **Harold Garfinkel**. Les personnes âgées réinventent leurs quotidiens selon leurs incapacités. Par exemple : la petite lampe électrique déposée sous l'oreiller qui permet à la personne âgée de se déplacer dans son domicile la nuit : « *Je dors toujours avec une petite lampe électrique. Je l'ai sous mon oreiller comme ça, je ne risque pas grand-chose dans le noir complet.* » (Benois & Michel, 2010, p.6).

Il est important de réfléchir à toutes les possibilités avant d'envisager une entrée en institution car ce grand changement est souvent porteur de perturbations psycho-affectives chez la personne âgée. En effet, le domicile reste un des supports identitaires, il est lieu de toute l'histoire de vie, symbolisée au travers des objets et des racines de la personne. Le domicile fonctionne comme un ensemble de repères de l'identité. (Benois & Michel, 2010, p.21).

De plus, en matière de santé publique, l'autonomie des personnes âgées est devenue un enjeu crucial. En effet, le maintien à domicile coûte moins cher qu'une hospitalisation ou encore qu'une entrée en institution. A domicile, les aides extérieures sont apportées par les acteurs libéraux.

Nous avons vu l'importance de l'autonomie pour la personne âgée, nous allons à présent aborder le mécanisme de la dépendance.

- La dépendance

Intéressons-nous maintenant à la notion de dépendance qui peut se définir comme « l'état de quelqu'un qui est soumis à l'autorité d'autrui », (Larousse, s. d.-b). La dépendance se caractérise par le fait d'être « une personne qui est ou se place sous l'autorité, sous la protection d'une autre par manque d'autonomie. » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-f). La dépendance peut se traduire également par l'incapacité de faire soi-même dans les actes de la vie quotidienne. (Benois & Michel, 2010, p.4).

Chez la personne âgée, l'altération des capacités permettant l'accès à l'autonomie influe sur la mise en place d'aides extérieures. Souvent, l'entourage supporte les difficultés de la personne âgée en endossant le rôle d'aidant. Ce positionnement est généralement occupé par la famille proche comme le ou la conjoint(e), les enfants, les petits-enfants ou bien les amis environnants. Le rôle d'aidant peut entraîner peu à peu des dérives (maltraitements physiques, psychologiques etc...) en fonction de la manière dont la personne perçoit sa responsabilité. De plus, nous pouvons observer la plupart du temps, un épuisement des aidants qui n'arrivent plus à pallier les difficultés de la personne âgée. Pour suppléer le manque d'autonomie ainsi

que les difficultés des aidants, le recours à des intervenants extérieurs est possible. En effet, il existe des professionnels médicaux et paramédicaux qui permettent de maintenir la santé et les capacités de la personne âgée, à son domicile. Il subsiste également du personnel qualifié dans le maintien de la propreté ou bien de l'aide à domicile qui permettent à la personne âgée de rester chez elle.

En fonction des évènements de vie, de la santé, des ressources (familiales, économiques...), la famille ainsi que la personne âgée peuvent se diriger vers des institutions comme les maisons de retraite ou les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Le placement d'un proche en institution peut être accompagné d'un sentiment de culpabilité et de honte de la part des aidants. De plus, il est également important d'écouter et de prendre en compte la parole de la personne âgée concernée. (Benois & Michel, 2010, p.20-21).

Les EHPAD sont des structures accueillant des personnes âgées dépendantes de 60 ans ou plus. Cependant, au fil du temps, les profils ont changé. A présent les personnes accueillies sont plus âgées, avec une moyenne d'âge d'environ 85 ans. Les EHPAD qui étaient avant tout des lieux de vie, sont devenus peu à peu des lieux de soin pour des pathologies de plus en plus lourdes. (Podvin-Deleplanque et al., 2015, p.356).

La notion de dépendance amène la personne âgée vers un système de suppléance. Le vieillissement dit « pathologique » comme la maladie d'Alzheimer, entraîne le plus souvent un recours à l'institutionnalisation. Dans la partie suivante, nous allons étudier ce qu'est la maladie d'Alzheimer ainsi que les phénomènes des chutes qui ont un grand impact sur l'équilibre psychocorporel de la personne âgée.

II. Le vieillissement pathologique et la chute en institution

Les événements de vie viennent modifier la dynamique globale de la personne âgée. Nous pouvons observer l'apparition de diverses maladies ou encore la survenue de situations entraînant un véritable bouleversement comme les chutes.

1. Un syndrome démentiel : la maladie d'Alzheimer

A) Le vieillissement pathologique : les syndromes démentiels

Le vieillissement pathologique se caractérise par l'apparition de pathologies qui ne sont pas en lien avec le vieillissement dit « normal ». Nous pouvons observer toutes sortes de pathologies mais j'ai fait le choix de développer le syndrome démentiel et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer. Ce choix se base sur mes expériences au sein de mon lieu de stage qui est un EHPAD où la présence de syndromes démentiels est très répandue.

Le syndrome démentiel peut être défini par une altération des fonctions cognitives qui entraîne des troubles comportementaux et une perte d'autonomie. Il résulte de lésions au niveau du cerveau notamment par la perte des neurones et détient également un caractère progressif et irréversible. (Hudon, s. d.). De plus, il existe différents types de syndromes démentiels caractérisés par les mécanismes physiologiques, l'expression des signes cliniques ainsi que les localisations des atteintes du tissu cérébral. Nous pouvons observer les syndromes démentiels corticaux comprenant la maladie d'Alzheimer ainsi que les démences fronto-temporales. Il existe également les démences sous-corticales ainsi que les démences à la fois corticales et sous-corticales. (collège des enseignants de neurologie, 2016).

Les syndromes démentiels sont variés avec une expression clinique complexe. Intéressons-nous à présent aux syndromes démentiels corticaux et plus particulièrement à la maladie d'Alzheimer.

B) La maladie d'Alzheimer : définition et facteurs de risque

La maladie d'Alzheimer fait partie des syndromes démentiels corticaux qui sont caractérisés par le mécanisme dégénératif de la pathologie. La maladie d'Alzheimer a été découverte par un médecin allemand, Aloïs Alzheimer en 1906. (France Alzheimer & maladies apparentées, 2020, p.3). Il s'agit d'une pathologie dégénérative ce qui signifie qu'elle enlève progressivement toute autonomie à des individus autrefois indépendants. La maladie d'Alzheimer ne s'inscrit pas dans une dynamique du processus normal du vieillissement car elle se caractérise par une atteinte du tissu cérébral par des protéines. Cette pathologie touche en moyenne plus de femmes que d'hommes. Elle peut se manifester plus tôt dans la vie mais elle est généralement présente chez la personne de plus de 65 ans. (Juhel, 2010, p.95).

Il existe différents facteurs de risques dans le cas de la maladie d'Alzheimer comme :

- l'âge avancé,
- les antécédents familiaux,
- l'hérédité avec l'existence de certains gènes (comme l'ApoE4),
- le diabète de type 2 à l'âge adulte,
- la trisomie 21,
- le niveau de scolarité et le niveau socio-culturel (un bas niveau scolaire ou socio-culturel augmenterait les chances d'apparition de la maladie),
- le sexe avec une prédominance chez les femmes car elles vivent plus longtemps.

Il peut y avoir d'autres facteurs de risque comme le stress, l'obésité, les épisodes de dépressions ou encore le manque d'exercice cognitif. (Juhel, 2010, p.95-97).

Au niveau symptomatique, la maladie d'Alzheimer se caractérise par une amnésie hippocampique associée à des éléments du syndrome aphaso-apraxy-agnosique (atteinte temporo-pariétale). (collège des enseignants de neurologie, 2016).

L'aphasie se définit comme « une altération plus ou moins profonde de la fonction du langage, sans paralysie des organes de l'articulation, chez un individu atteint de lésions des centres nerveux, et qui se manifeste par la perte plus ou moins totale de la compréhension et de l'usage des signes linguistiques, parlés ou écrits. » (Centre National de Ressources

Textuelles et Lexicales, s. d.-c). Dans le cas de cette pathologie, l'aphasie peut se traduire par un manque du mot, et en fin d'évolution par un jargon.

L'apraxie gestuelle se manifeste par « une incapacité pour un sujet ayant toutes ses facultés intellectuelles, motrices et sensitivo-sensorielles, d'adapter ses mouvements au but recherché, en raison de troubles cérébraux organiques » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-d). Dans la maladie d'Alzheimer, cela s'exprime dans les actes du quotidien comme l'utilisation des appareils ménagers.

L'agnosie est le fait d'être « dans l'incapacité de reconnaître un objet ou un élément du réel, alors que leurs qualités sensibles sont perçues par fonctions sensorielles restées intactes ». (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-a). Dans cette pathologie, il est souvent observé l'apparition de la prosopagnosie qui peut se définir par « la perte de la faculté de reconnaître les physionomies » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-i).

Il est probable de retrouver également des difficultés dans l'orientation temporo-spatiale (collège des enseignants de neurologie, 2016). La maladie d'Alzheimer est une pathologie chronique évolutive qui entraîne un syndrome inflammatoire et des remaniements, ce qui empêche le processus de compensation par la plasticité neuronale.

Cette pathologie connaît une progression plus ou moins rapide comprenant plusieurs phases. Ainsi, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut traverser la phase prodromale, le stade de début, le stade modéré, le stade évolué ou sévère puis le stade terminal. Ces différentes étapes sont marquées par l'aggravation des troubles ainsi que par l'évolution du retentissement global dans la vie de la personne atteinte. (Charazac, 2020b, p. 320-321).

La maladie d'Alzheimer est une pathologie très handicapante au quotidien, elle entraîne le plus souvent la mise en place d'aides extérieures ou l'entrée en institution. Ainsi, cette pathologie dégénérative engendre des modifications physiologiques en lien avec les différentes structures du cerveau.

C) Les mécanismes physiologiques et les structures atteintes

Les mécanismes qui entrent en jeu dans cette pathologie sont des accumulations de protéines à certains endroits du cerveau, qui détruisent progressivement le tissu cérébral comprenant les neurones et les synapses. Il existe deux protéines entrant dans ce processus : la protéine Tau, qui fait circuler les protéines depuis l'endroit où elles sont sécrétées jusqu'à l'endroit où elles sont excrétées c'est-à-dire au niveau des synapses. Ainsi que la protéine Abeta, qui est extracellulaire et synthétisée parfois sous forme non soluble. Ces protéines se déposent près des neurones, créent des amas et entraînent des morts neuronales. (France Alzheimer & maladies apparentées, 2020, p.4).

Les démences sont des pathologies évolutives. Elles se révèlent dans le temps avec une augmentation des troubles et aucun retour en arrière. Cette pathologie entraîne des perturbations à différentes endroits au niveau du cerveau :

Tout d'abord au niveau de l'hippocampe qui permet de mettre en mémoire et récupérer les souvenirs. Il se situe dans le lobe temporal interne et fait partie du système limbique qui est le siège de la mémoire et des émotions. Cette structure est atteinte en début de pathologie par les lésions de la maladie d'Alzheimer. L'hippocampe est garant, entre autres, de la mémoire verbale et visuelle et permet le stockage des informations, la mémorisation, l'organisation spatiale et topographique. (Charazac, 2015a, p.139). Les personnes démentes ont des difficultés à reconnaître les visages et objets communs (agnosie), sont plus irritables et anxieuses avec un sentiment de méfiance. Cela engendre des difficultés dans les apprentissages et la mémorisation. (Juhel, 2010, p.98-101).

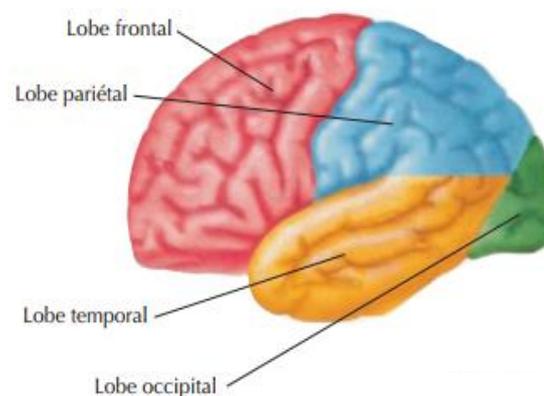
Le lobe temporal qui joue un rôle dans l'organisation du langage et de la mémoire, est touché. Ainsi, la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer rencontre des difficultés au niveau du langage. (Juhel, 2010, p.98-101). La mémoire à court terme qui permet de maintenir des informations quelques instants, est également impactée. (France Alzheimer & maladies apparentées, 2020, p.8).

L'affectation du lobe pariétal, impliqué dans la perception spatiale en lien avec nos sens, induit des difficultés d'orientation dans l'espace. (Juhel, 2010, p.98-101). Il peut également être observé une perturbation des capacités de compréhension et de production d'un discours. (Charazac, 2015a, p.320).

Les dommages du lobe frontal, qui intervient dans la planification du langage et des mouvements volontaires, provoquent des modifications au niveau comportemental se traduisant notamment par une apathie, un repli sur soi, ou encore un désintéressement rapide des activités. (Juhel, 2010, p.98-101). En effet, le lobe frontal et plus particulièrement la partie préfrontale correspond à une zone du cerveau qui est en charge du bon fonctionnement des comportements. (Charazac, 2015a, p.319).

Le lobe occipital, siège du décodage de l'information visuelle qui permet d'associer, de reconnaître et d'orienter les images, subit des perturbations. La personne âgée démente présente des difficultés à évaluer les notions de profondeur et de grandeur. Elle détient des atteintes au niveau du schéma corporel ainsi que des complications dans le domaine de la compréhension et de la gestualité. (Juhel, 2010, p.98-101).

Afin de visualiser au mieux les différentes régions cérébrales citées, voici ci-dessous, un schéma représentant une vue latérale du cerveau humain.



Cerveau vue latérale ; planche n° 104
(Netter et al., 2011)

La maladie d'Alzheimer, s'inscrit au sein des processus physiologiques et vient impacter progressivement les capacités mnésiques et cognitives. Cette pathologie entraîne également des perturbations psycho-affectives et comportementales que nous allons développer.

D) Les modifications psycho-affectives et comportementales

La maladie d'Alzheimer peut engendrer des troubles de l'humeur ainsi que des troubles du comportement. (France Alzheimer & maladies apparentées, 2020, p.10). Nous allons en développer quelques-uns.

Cette pathologie est soumise à des modifications thymiques. Il existe des manifestations dépressives ou encore de l'anxiété. Il s'agit souvent d'anxiété réactionnelle majeure liée au fait de se retrouver perdu, de ne pas reconnaître son environnement, de constater que l'entourage part et de ne pas savoir où ni pourquoi, cela traduit l'angoisse d'abandon.

Nous pouvons également observer des troubles de l'affectivité, incarnés par un émoussement des affects ou bien de l'incontinence émotionnelle. L'émoussement des affects est « un défaut de réactivité aux stimulations émotionnelles. Il se caractérise par une réduction des expressions affectives, une perte de la recherche du plaisir, l'indifférence et l'apragmatisme » (Spychala, 2005a, p.36-37). L'incontinence émotionnelle se caractérise par une « labilité émotionnelle importante. Elle correspond à des fluctuations brutales du ressenti et de son expression avec apparition fugace de vécus dépressifs ou euphoriques, d'irritabilité, d'explosions coléreuses, de phases d'excitation ou de désintérêt. » (Spychala, 2005a, p.36-37). Il peut subsister un déni de la pathologie qui est le fait de ne pas vouloir accepter la réalité ou alors de l'anosognosie qui se caractérise par l'inconscience de ses troubles.

Il existe d'autres manifestations en lien avec cette pathologie comme de l'agitation qui se manifeste par un ensemble de comportements en décalage avec la norme sociale. Ainsi, nous pouvons observer des déambulations, des vocalises, des cris, ou encore des mouvements répétitifs. (Piano & Lafont, 2014, p.35).

De plus, la démence peut se caractériser comme « une pathologie des liens et des limites (ou des contenants), c'est-à-dire une rupture des chaînes associatives mentales simultanément à l'effacement des contenus représentatifs (ou représentations) ». (Péruchon, 2012, p.40). Cela signifie que cette pathologie porte atteinte aux limites corporelles ainsi qu'aux représentations que la personne peut avoir d'elle-même.

Nous avons vu que la maladie d'Alzheimer provoque un certain nombre d'altérations dans le quotidien des personnes âgées. A cela, s'ajoutent des modifications corporelles et identitaires.

E) Les perturbations corporelles et identitaires en lien avec la maladie d'Alzheimer

L'identité peut être définie comme « la conscience de la persistance du moi ». Lorsqu'elle est perturbée au cours de changements, il peut apparaître une perte de l'identité et de l'identité du moi » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-g). La construction du « Moi » prend racine dans l'interaction avec l'environnement ainsi que dans les interactions précoces. Ainsi, lors d'évènements traumatiques, les atteintes peuvent s'inscrire dans le corps et faire reflet au niveau du « Moi ». Nous pouvons également décrire l'identité comme « un ensemble de critères, de définitions d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments : celui d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'exister » (Hilion, 2015, p.255).

La maladie d'Alzheimer vient bousculer tout le fonctionnement de la personne âgée. En fonction de l'évolution de la pathologie, nous observons des atteintes corporelles et identitaires plus ou moins importantes. Ainsi, il est important de prendre en compte que « la perte d'adaptabilité due aux troubles cognitivo-moteurs est très anxiogène pour le patient qui perd confiance en lui-même et en son propre corps. » (Hilion, 2015, p.256).

Les troubles cognitifs ainsi que les remaniements socio-environnementaux viennent perturber le statut identitaire ainsi que le sentiment d'exister qui est accompagné d'une

dévalorisation de soi. Les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer traversent une crise identitaire qui vient fragiliser la conscience de soi. (Kiledjian, 2014, p.8).

De plus, l'atteinte identitaire peut se montrer précoce et évolue tout au long de la pathologie jusqu'à la mort ; ainsi, « sa précocité se marque par des phénomènes de dépersonnalisation à un stade où les symptômes cognitifs n'ont pas toujours franchi le seuil clinique ou sont attribués à une banale dépression. C'est une altération aiguë de la conscience de soi souvent contemporaine d'un état anxieux majeur, s'accompagnant d'un sentiment de transformation de soi ou du monde accompagné de phénomènes sensoriels (hallucinations) ou d'une altération des limites du corps propre. » (Charazac, 2020b, p.337).

Le corps en relation est un support significatif de la construction identitaire. Plusieurs auteurs ont développé des notions en lien avec le corps. Nous pouvons retrouver les concepts de schéma corporel ainsi que celle d'image du corps. En effet, ce sont des piliers dans la construction du sentiment d'exister, ils permettent à la personne d'interagir avec le monde extérieur. Nous allons nous intéresser aux modifications de ces représentations du corps ainsi qu'aux répercussions engendrées par la maladie d'Alzheimer.

- Le schéma corporel et ses modifications

Le schéma corporel est la connaissance du corps dans sa réalité. Il désigne « à la fois un modèle postural reposant sur la sensori-motricité et une représentation du corps propre accessible à la conscience. » (Charazac, 2020a, p.36).

C'est un concept développé en premier lieu par deux neurologues **Head et Bonnier**.

Head décrit le schéma corporel comme étant un standard postural sous l'influence des différentes perceptions extérieures. Il insiste sur la capacité de plasticité qui permet une « mise à jour » de cette représentation du corps.

Bonnier, quant à lui, appuie la notion de « schéma » qui vient apporter une donnée spatiale à notre représentation du corps. Ainsi, le schéma corporel s'inscrit dans un repère topographique qui vient unifier nos sensations, nos perceptions et nos représentations. Nous ne pouvons pas détacher le concept du schéma corporel de la subjectivité de la personne. En effet, l'homme se vit par et dans son corps, teinté de sa propre individualité. (Morin, 2013a, p.21-22).

Selon **De Ajuriaguerra** (1970), le schéma corporel est « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et 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. »

Le schéma corporel se construit par l'expérience sensori-motrice, c'est une connaissance universelle et unanime. Vers 7 ans, l'enfant a une somatognosie de son corps et une connaissance du haut, du bas, des deux côtés, de la structuration axiale, du volume et de la profondeur de son corps. (Potel Baranes, 2019, p.150-151). La somatognosie correspond à « l'image que nous nous faisons de notre corps » en rapport avec l'espace environnant. (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-j)

Selon **Schilder**, le schéma corporel est « en perpétuelle auto-construction et autodestruction interne. Il est vivant dans ce processus continu de différenciation et d'intégration » (Charazac, 2020a, p.36).

Charazac fait un lien entre le schéma corporel et les atteintes de ce dernier dans la maladie d'Alzheimer. Pour lui, le comportement est basé sur la sensori-motricité qui vient formater le schéma corporel. Dans la maladie d'Alzheimer, le corps malade en lien avec l'atteinte du cerveau, empêche la personne d'avoir des comportements dit « normaux ». Il ajoute également qu'au stade sévère de la maladie, le schéma corporel est « altéré par les troubles de la marche, l'amaigrissement et tout ce qui entretient un risque de chute » (Charazac, 2012, p.106-107).

Le schéma corporel de la personne âgée démente, se détériore peu à peu, ce qui entraîne une perte de conscience des limites corporelles ainsi qu'une détérioration de la capacité de perceptions du corps. Ainsi, lors des moments de soin comme la prise d'une douche, il peut être observé des réticences, des refus, des cris ou encore de l'agressivité. En effet, la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer n'a plus de conscience des limites du corps et ressent les vêtements comme une « seconde peau ». (France Alzheimer & maladies apparentées, 2020, p.22).

Le schéma corporel peut se retrouver perturbé par cette pathologie du fait d'atteintes multiples. L'image du corps qui fait aussi partie du modèle des représentations du corps est également impactée par cette pathologie.

- L'image du corps et son altération

L'image du corps a été étudiée et conceptualisée par de nombreux auteurs avec des visions différentes.

Selon **Wallon**, l'enfant développe la notion de corps propre qui peut se décrire par le fait de construire une image unifiée de son corps en passant par le stade du miroir démontré par **Lacan**. De plus, **Wallon** explique que cette image est « le prélude de l'activité symbolique par laquelle l'esprit arrive à transmuter en univers les données de la sensibilité » (Morin, 2013b, p.39-40).

Selon **Jean Lhermitte** (neurologue), l'image du corps peut s'expliquer par le fait que « chacun de nous possède, effleurant au seuil de sa conscience, une image, un schéma tridimensionnel de son corps ; c'est grâce à l'existence de cette image de notre corps qu'il nous est possible de sentir, de percevoir, enfin de développer notre action sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure. » (Morin, 2013b, p.40-41).

Schilder apporte un autre regard sur le concept d'image du corps qui peut se définir comme « un terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination : un apparaître à soi-même du corps, terme qui indique aussi que, bien que passant par les sens, ce n'est pas là pure perception, et bien que contenant des images mentales et des représentations, ce n'est pas là pure représentation » (Morin, 2013b, p.42-43).

Françoise Dolto conçoit l'image du corps comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant et ce, avant même que l'individu en question soit capable de se désigner par le pronom personnel Je, sache dire Je ». (Charazac, 2020a, p.39).

Il y a une mémoire du corps et c'est l'image du corps, garante de l'identité du sujet, qui incarne la continuité du rapport que l'individu établit entre le passé et le présent. « L'image du corps fait partie de la représentation qu'un sujet a de lui-même : je sens mon corps comme le siège de sensations et d'expériences que je vis « en première personne », et qui m'appartiennent en propre. » (Jeannerod, 2010, p.193).

Dans sa théorie, **Charazac** parle du concept de l'image du corps ainsi que des modifications en lien avec la maladie d'Alzheimer. Au cours du développement de cette pathologie, le corps subit un morcellement. En effet, nous pouvons constater un glissement de l'incapacité « de faire » vers l'incapacité « d'être ». Tout d'abord, il y a des sensations de transformation qui apparaissent à l'entrée de la maladie et qui touchent les fonctions impliquées dans la pensée. Nous pouvons constater l'apparition des maux de tête, des déformations de perceptions. A ce premier stade, ces sensations ne viennent pas remettre en cause le sentiment de soi. (Charazac, 2012, p.110).

La prochaine étape est marquée par une détérioration et une dissociation progressive des fonctions qui assurent normalement l'autonomie. Il y aura d'une part, celles qui perdurent et d'une autre part, celles qui disparaissent. De plus, le fait de ne plus pouvoir répondre à ses besoins de manière autonome fait entrer en jeu des traitements et contacts par l'extérieur comme la mise en place de protections (couches), les aides à la toilette ou au repas (quand cela n'est pas fait dans le respect de la personne). Ainsi, ces actions ont un impact certain sur l'image du corps qui se dissocie progressivement entre ce qui est toujours perçu comme soi et ce qui est de l'ordre des intrusions ou inclusions de l'extérieur. (Charazac, 2012, p.110).

Nous pouvons observer une remise en cause du sentiment physique de soi par des états psychiques qui varient et influencent les comportements. Ainsi, il existe une alternance des états d'agitations anxieuses et d'indifférences passives. Ce morcellement peut être aggravé si jamais la prise en charge du corps n'est pas réfléchie et pensée en équipe. En effet, le corps de la personne âgée ne sera alors que confié d'un professionnel à l'autre sans continuité, d'où l'importance de travailler ensemble avec un objectif commun. (Charazac, 2012, p.110).

L'image du corps peut être restaurée progressivement avec des soins contenant et valorisants comme une aide à la toilette adaptée et respectueuse. A contrario, des circonstances comme les chutes ou des postures aberrantes, viennent impacter l'image du corps. (Charazac, 2012, p.110).

Charazac cite **François Tosquelles**, psychanalyste et psychiatre, qui fait un parallèle intéressant pour comprendre ce qui peut se passer pour la personne démente : « Tosquelles invitait ses auditeurs à imaginer ce qu'ils seraient s'ils devaient chaque matin au réveil remonter leur corps dont les parties se seraient défaites dans la nuit. Dans le cas du sujet dément, ce n'est pas une simple image car les troubles du comportement sont effectivement fréquents après une mauvaise nuit due à l'incontinence, au froid ou aux barrières. » (Charazac, 2012, p.110). La personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer subit, par conséquent, des impacts identitaires considérables.

La maladie d'Alzheimer peut perturber la personne dans sa globalité. Ainsi, elle cause des dommages corporels et identitaires au travers du schéma corporel et de l'image du corps, qui peuvent mettre à mal la personne démente. Il est intéressant d'aborder, à présent, les situations de chute et d'expliquer comment elles peuvent aggraver ce sentiment de soi déjà fragilisé.

2. Les situations de chute

A) Définitions et données épidémiologiques

La chute peut se définir comme « la perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait » (Choque, 2017, p.3). Cet évènement vient faire écho dans la globalité de la personne âgée. Ainsi, « la chute, [est un] incident corporel fréquemment redouté par les personnes âgées, [qui] questionne invariablement la rencontre entre réalité externe et réalité interne en chacun, et les destins possibles des rapports entre le somatique et le psychique au cours du vieillissement. » (Racin, 2015, p.35).

Il est important de noter que, tous les ans environ, plus de 450 000 personnes de plus de 65 ans sont victimes de chute et plus de 9 300 personnes en décèdent. Chaque année, en France, plus de 76 000 personnes sont hospitalisées pour des fractures du col du fémur. Une personne de plus de 65 ans fait, en moyenne, 3 chutes par an. (Santé Publique France, 2020)

Tous ces chiffres nous permettent de prendre conscience de l'importance de la prévention des chutes en matière de santé publique mais également de la prise en charge après la survenue d'une chute. De plus, le fait de tomber au sol est un évènement multifactoriel qui repose sur différents facteurs intrinsèques (comme l'état de santé ou les habitudes de vie) et extrinsèques (c'est-à-dire liés à l'environnement comme le domicile). (Santé Publique France, 2020).

Nous pouvons observer que le nombre de chutes en institution est plus élevé qu'en milieu général, à hauteur de 60 %. Pour expliquer ce phénomène, il est nécessaire de prendre en compte la dynamique du sujet et donc les nombreuses pathologies comme les syndromes démentiels ou encore les troubles cognitifs. Il est intéressant de noter qu'une personne âgée ayant déjà chuté en institution voit son risque de chute multiplié par 20. Le paramètre important à souligner est le temps passé au sol sans capacité à se relever. En effet, une personne ayant passé plus d'une heure au sol, voit ses risques d'entraîner des conséquences psychopathologiques augmenter considérablement. (Navarro Ocampo et al., 2017, p.43)

Il est important de prendre conscience que la chute chez la personne âgée est susceptible d'entraîner des modifications dans le quotidien comme une hantise de rechuter accompagnée d'une limitation spontanée de la marche. Nous allons à présent nous intéresser aux facteurs de risques pouvant influencer sur les situations de chute que la personne âgée peut rencontrer.

B) Les facteurs de risque

Ainsi, portons notre attention aux différents facteurs de risques de la chute. Il y a tout d'abord les facteurs biologiques :

- Sexe et âge avancé : les femmes, du fait de la ménopause, ont une accélération de la perte osseuse et une fragilisation des os,
- Les maladies aiguës ou chroniques comme l'ostéoporose,
- La vision réduite et la diminution de la proprioception,
- L'hypotension orthostatique ou postprandiale,
- Les problèmes de pieds comme les oignons ou déviation latérale du gros orteil,
- Les troubles cognitifs et les démences.

Il existe aussi des facteurs comportementaux, liés aux comportements, aux émotions et aux décisions prises par la personne âgée comme :

- La prise de médicament et la polymédication,
- Les modifications psychologiques après une première chute comme l'anxiété ou la dévalorisation de soi qui vont entraîner une diminution de l'activité physique,
- Le manque d'exercice physique,
- La dénutrition et la déshydratation,
- Les attitudes risquées adoptées dans les activités de la vie quotidienne.

Enfin, les facteurs environnementaux et socio-économiques se rapportent à toutes les infrastructures extérieures, aux lieux de vie de la personne ou encore à ses moyens financiers pour répondre à ses besoins fondamentaux. (Choque, 2017, p.3-10).

Au sein d'une institution, nous pouvons prendre en compte d'autres facteurs de risque de chutes comme le fonctionnement institutionnel (organisation au travail, méconnaissance des recommandations en matière de contention physique...) ainsi que l'environnement de la personne âgée (porte d'ascenseur, sol mouillé, table roulante...). (Charazac, 2015b, p.364).

Une étude a été menée dans des EHPAD en Bavière, portant sur plus de 70 000 chutes de résidents ; elle met en lumière plusieurs données importantes. Ainsi, il y a des moments de la journée qui influent sur le risque de chute. Dans l'étude citée, les personnes âgées chutent plus souvent lors des transferts (42%) ou encore pendant la marche (35%). Il est important de noter que les risques de chute sont maximaux, le matin entre 6 heures et 8 heures et se déroulent principalement dans les chambres ou les salles de bain des personnes âgées. (Podvin-Deleplanque et al., 2015, p.356).

Nous avons défini et abordé l'aspect du déroulé mécanique de la chute ainsi que les différents facteurs de risque. A présent, il est important de nous tourner davantage vers le sens de cette dernière. Nous allons traiter plus en détails les différentes interprétations que la chute peut avoir chez la personne âgée.

C) Le sens de la chute

Généralement, la chute n'est pas vécue de manière anodine. Le fait de tomber au sol, ramène vers une certaine vulnérabilité, vers une défaillance du corps et une perte de la verticalité. En fonction de l'âge auquel elle intervient, la chute n'est pas perçue ni investie de la même façon. En effet, l'âge est porteur de représentation car nous sommes inscrits dans un contexte spatio-temporel. La chute chez le sujet âgé vient marquer une cassure dans son histoire. Ainsi, du fait de sa proximité avec la mort, cette dernière prend un sens particulier pour la personne âgée car elle peut symboliser la dernière étape de la vie.

Il existe différentes interprétations possibles des chutes (Navarro Ocampo et al., 2017, p.43-44) :

- Il peut y avoir des chutes dites chutes d'appel, c'est une recherche plus ou moins consciente de l'attention de l'autre, du contact,
- Il existe des chutes dit de refus qui traduisent l'incapacité d'accepter la diminution de ses compétences physiques et fonctionnelles liées donc à un surinvestissement de ses capacités,
- Il peut y avoir les chutes de stress, qui viennent manifester un sentiment d'angoisse, de désorganisation spatio-temporelle. Ainsi, cela peut se retrouver lors de l'arrivée dans l'établissement ou lors de la survenue d'un évènement traumatique avec pour conséquence une déstabilisation émotionnelle qui peut entraîner une mauvaise régulation corporelle et la chute,
- Nous pouvons observer les chutes symptômes ou symboles qui viennent incarner une demande non verbalisée, elle vient faire rupture dans l'identité déjà fragilisée de la personne. C'est une manifestation comportementale brutale, face à un conflit, un défaut ou un évitement de mentalisation. La chute devient le signifiant dans le sens où elle traduit l'inconscient de la personne,
- La dernière est la chute suicide qui se manifeste chez les personnes âgées ayant des pathologies lourdes et étant très fatiguées.

En fonction du temps passé au sol, ainsi que des moyens mis en place à ce moment-là, le vécu de la chute ne sera pas le même. Prenons l'exemple d'une personne qui chute dans sa chambre à 7 heures du matin et qui reste seule pendant plus d'une heure. Elle ressent le sol froid, personne ne répond à ses appels, des sentiments de solitude et de détresse prennent le pas. De plus, les blessures physiques peuvent venir influencer le capital de bon rétablissement. De même, le cadre spatio-temporel ainsi que le soutien psycho-affectif à l'instant T, viennent impacter le vécu ainsi que les conséquences de la chute pour la personne âgée. (Ribadier & Sainjeon-Cailliet, 2011a, p.53).

Ainsi, la chute peut incarner de nombreuses significations. A présent, nous allons nous intéresser aux conséquences variées que cela peut entraîner chez la personne âgée.

D) Les conséquences d'une chute

- Répercussions physiques

Pour ce qui est des atteintes directes, nous pouvons observer une multitude d'atteintes physiques en fonction du choc corporel. Ainsi, il peut exister des fractures du col du fémur, du bassin, du sacrum ou encore du poignet. Il y a également une possibilité de tassement vertébral, d'entorse, de plaie, de brûlure ou encore d'hématome sous-dural. (Choque, 2017, p.11). Nous pouvons aussi noter une déshydratation, une hypothermie, un risque d'escarre ou bien une installation progressive vers une dépendance ou un état grabataire en lien avec la durée d'immobilisation et l'incapacité à se relever du sol. (Haute Autorité de Santé, 2009)

La chute entraîne des atteintes physiques qui nécessitent une prise en charge rapide afin de limiter de multiples conséquences sur le long terme. Les chutes provoquent également un résonance psychique non négligeable.

- Répercussions psychiques et identitaires

La chute confronte la personne âgée à un sentiment d'insécurité. Elle peut provoquer de l'anxiété, une perte de confiance en soi, un sentiment de dévalorisation, qui viennent mettre à mal l'estime de soi. Cette situation entraîne des répercussions physiques qui impactent la boucle désir-satisfaction chez la personne âgée. En effet, nous observons une perte de fonction et par conséquent une modification des moyens.

Au niveau émotionnel, la chute provoque une douleur psychique se traduisant par des changements psychologiques tels que l'apparition du sentiment d'abandon, de solitude, d'un bouleversement narcissique ainsi que d'une atteinte de l'image du corps. (Navarro Ocampo et al., 2017, p.45).

La chute vient marquer la personne âgée de manière symbolique, elle signifie une rupture. Ainsi, la violence et la rapidité de l'évènement font rupture car « la rapidité de l'épisode et sa violence introduisent la notion de non-maîtrise du corps, donc de soi, et un vécu de l'inertie : « Je suis tombée comme une masse. » ». (Ribadier & Sainjeon-Cailliet, 2011, p.52).

Cet événement vient signifier à la personne âgée, son vieillissement. Ainsi, l'entourage peut de manière réactionnelle, accentuer le sentiment de dévalorisation de soi en la surprotégeant. La prise de conscience d'une certaine vulnérabilité vient impacter l'identité de la personne âgée. (Ribadier & Sainjeon-Cailliet, 2011a, p.53-54).

Chez la personne âgée, la chute vient s'inscrire dans un registre physique et psycho-affectif. Elle peut entraîner d'autres répercussions comme des syndromes psychomoteurs.

- Les syndromes psychomoteurs associés

Nous avons jusqu'à présent constaté que les chutes sont des événements déstabilisants pour la personne âgée tant dans les répercussions physiques que psychiques. Les chutes peuvent également entraîner l'apparition de syndromes psychomoteurs complexes. Nous pouvons retrouver, à court terme, de l'inhibition psychomotrice liée au traumatisme de la chute mais également des complications à long terme comme des syndromes post-chute ou syndrome de désadaptation psychomotrice.

Le syndrome post-chute se manifeste par des modifications somatiques comme des troubles de la position statique assise qui s'observent par une rétropulsion et une incapacité de passage en antépulsion. La position dynamique debout est caractérisée par un placement du tronc en projection vers l'avant, une flexion des genoux ainsi qu'une marche à petit pas sans temps unipodal, ni déroulement du pied au sol. (Lepage et al., 2012, p.75-76). Nous pouvons également observer un élargissement du polygone de sustentation, un appui talonnier anti-physiologique ainsi qu'une absence des réactions de parachutes en lien avec une sidération des automatismes de la marche. Ce syndrome provoque parallèlement des conséquences psychiques comme une accentuation de l'angoisse lors des changements de positions ou bien des réflexes d'agrippements lors des passages dans le plan de la verticalisation. D'autres manifestations sont à constater comme l'anxiété, la dévalorisation de soi ou encore un repli sur soi. Le syndrome post-chute engendre une perte d'autonomie conséquente du fait de la diminution des activités quotidiennes. (Ribadier & Sainjeon-Cailliet, 2011a, p.53).

Le syndrome post-chute est considéré comme une urgence gériatrique mais il est également important de prendre en charge le vécu de la chute en lui-même. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la chute provoque des retentissements physiques, psycho-affectifs et environnementaux. De plus, cet évènement de vie, vient fragiliser la personne âgée dans sa dynamique psychocorporelle et par conséquent, identitaire. (Ribadier & Sainjeon-Cailliet, 2011a, p.56).

Nous avons vu au travers de cette première partie, l'évolution globale de la personne âgée, tout d'abord en commençant par le processus du vieillissement « normal ». Puis, nous avons développé le vieillissement « pathologique » et plus particulièrement la maladie d'Alzheimer ainsi que les situations de chutes. Il est intéressant de noter que cette pathologie est un facteur de risque important des chutes. De plus, ces dernières entraînent à leur tour des répercussions complexes qui viennent fragiliser l'équilibre psychocorporel déjà précaire de la personne âgée démente. En psychomotricité, nous pouvons répondre à ces différentes problématiques par diverses médiations.

Dans la seconde partie de cet écrit, nous allons nous intéresser au rôle du psychomotricien au sein d'un EHPAD ainsi qu'à un type de réponse qu'il peut mettre en place afin d'accompagner les problématiques post-chute de la personne âgée démente.

Partie II : Le toucher
dans la pratique
psychomotrice et son
intérêt pour la
personne âgée
démence ayant chuté

I. Le métier de psychomotricien en EHPAD

La profession de psychomotricien est riche et variée, l'utilisation de diverses techniques et médiations permet de répondre à des problématiques complexes tout en étant au plus près des besoins de la personne.

1. Définitions et cadre d'exercice

A) Définitions de la psychomotricité et du métier de psychomotricien

- La psychomotricité

La psychomotricité repose sur un paradigme qui est le suivant : « le développement et le fonctionnement humains comprennent trois volets absolument indissociables et en permanente interaction : la motricité, les sensations et les représentations. » (Potel Baranes, 2019, p.27).

La psychomotricité est une profession appartenant au champ du paramédical. Elle se situe au carrefour complexe de différentes disciplines comme la psychanalyse, la phénoménologie ou encore la neurologie etc. Elle prend le parti de considérer l'être humain dans une dynamique globale et développementale, accordant une place centrale au corps, aux sensations et aux mouvements dans l'expression au sein d'une relation. (Ignazio & Martin, 2018, p.10). La psychomotricité est définie comme « l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques et plus particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des positions, des mimiques. Elle étudie la façon dont sont marquées dans le corps un certain nombre de modalités évolutives des mécanismes des fonctions instrumentales et relationnelles. » (Ballouard, 2011, p.5).

Cette discipline ancienne, connue et reconnue, permet l'émergence d'une profession qui est celle du psychomotricien.

- Le métier de psychomotricien

Le psychomotricien est un professionnel diplômé d'Etat du secteur paramédical, intervenant sur prescription médicale. Plusieurs décrets ont façonné ce métier, en passant du diplôme de psycho-rééducateur au diplôme d'Etat de psychomotricien en 1988. (Laubier & Mauvezin, 2020, p.96) (*annexe 1*). Le psychomotricien a pour but de « favoriser le bon développement psychomoteur et à le préserver tout au long de la vie. Lorsque cet équilibre est perturbé par un trouble ou un handicap, d'origine physique ou psychique, le psychomotricien intervient par une approche corporelle à visée rééducative ou thérapeutique. » (Ignazio & Martin, 2018, p.12). Il peut prendre en charge des personnes de tout âge, allant du nourrisson jusqu'à la personne âgée.

Le psychomotricien intervient dans différents champs d'actions comme la prévention, l'éducation psychomotrice, la rééducation psychomotrice, la thérapie psychomotrice, les médiations thérapeutiques ou encore les psychothérapies psychocorporelles. (Potel Baranes, 2019, p.346-355). Pour cela, le psychomotricien dispose de plusieurs outils comme le bilan psychomoteur qui est composé de dispositifs standardisés ou encore de l'observation clinique. Lors des prises en charge, le psychomotricien peut utiliser des médiations comme la danse, la balnéothérapie, la relaxation etc... Il dispose aussi de médiateurs (objets) comme la balle à picot, de la pâte à modeler, des legos etc... Dans sa profession, le psychomotricien se met en jeu corporellement et prend en compte le patient dans une dynamique globale comprenant les sphères affectives-cognitives et motrices. (Bonneil et al., 2020, p.13).

La psychomotricité est une pratique riche, variée qui fait appel à un sens créatif certain. Ce métier est de plus en plus présent au sein du système de soin comme dans les EHPAD.

- Le métier de psychomotricien en EHPAD

Le psychomotricien en EHPAD peut intervenir afin de pratiquer des bilans psychomoteurs, et mener des prises en charge à caractère individuel ou collectif en fonction des besoins des patients. Le psychomotricien vient mettre en action différentes notions psychomotrices comme le schéma corporel, l'image du corps, l'organisation spatio-temporelle, les praxies et gnosies, la régulation tonique et tonico-émotionnelle, les

coordinations ou encore la graphomotricité. Le psychomotricien peut également intervenir pour des problématiques plus ciblées comme les prises en charge des troubles psycho-comportementaux, des douleurs, de l'anxiété ou encore de l'accompagnement en fin de vie. (Dormia & Feve, 2015, p.5).

Le psychomotricien peut prendre part de manière globale au sein de l'établissement afin de mener des prises en charge individuelles ou collectives. Il peut également être affecté au Pôle d'Activité et de Soins Adapté (PASA). Dans ce cas, le psychomotricien mène des ateliers de groupe, afin de mettre au travail les fonctions psychomotrices des résidents dans un cadre de soins bien spécifique.

En ce sens, le psychomotricien dispose de plusieurs outils afin de répondre aux différentes problématiques rencontrées en EHPAD. Nous allons développer le bilan psychomoteur ainsi que la notion de médiation.

2. Les outils de travail du psychomotricien en EHPAD

A) Le bilan psychomoteur

- Définition du bilan psychomoteur :

Le bilan psychomoteur est un outil standardisé qui permet, au travers de situations encadrées par des consignes, l'obtention de résultats normés. Le bilan psychomoteur s'inscrit dans une démarche spécifique, il est prescrit par un médecin afin de participer à l'élaboration d'un diagnostic.

Tout d'abord, le psychomotricien mène un entretien avec la famille ou l'entourage du patient. Cette rencontre permet de procéder à ce que l'on appelle l'anamnèse qui est « la reconstitution de l'histoire pathologique d'un malade, au moyen de ses souvenirs et de ceux de son entourage, en vue d'orienter le diagnostic » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-b). En psychomotricité, cet entretien a donc pour but de recueillir des informations sur l'histoire de vie, sur le développement psychomoteur de la personne et permet de mettre en lumière la demande.

À la suite de cette rencontre, le psychomotricien élabore une passation de bilan psychomoteur adaptée afin d'apprécier les différentes compétences psychomotrices de la personne. Pour cela, il dispose des bilans psychomoteurs étalonnés et normés et peut également utiliser l'observation clinique. Toutes les données cliniques rapportées sont mises en lien avec les données paracliniques récoltées lors de l'anamnèse ainsi qu'avec les différents bilans et examens pratiqués par les autres professionnels. Pour donner suite à l'examen psychomoteur, le psychomotricien rédige un compte rendu de ses observations ainsi que des résultats étalonnés et effectue une restitution auprès de la famille ainsi qu'à l'institution dans laquelle le patient se trouve. (Potel Baranes, 2019, p.248-249).

Le bilan psychomoteur est donc un outil propre au psychomotricien et permet de faire un état des lieux des capacités psychomotrices d'une personne à un instant T. En fonction de la demande et du public accueilli, le psychomotricien adapte les épreuves de la passation du bilan.

- Le bilan psychomoteur en EHPAD

En EHPAD, le psychomotricien peut pratiquer l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP) qui est un bilan relativement complet, évaluant les fonctions psychomotrices de la personne âgée. Le psychomotricien peut utiliser l'EGP afin de faire un dépistage, d'orienter une prise en charge ou bien de la réévaluer (Michel, Soppelsa, Albaret, 2011). Ce bilan repose sur 17 items abordant :

- les coordinations statiques et dynamiques,
- les mobilisations passives et actives,
- la motricité fine des membres inférieurs et supérieurs,
- le repérage spatio-temporel,
- la mémoire verbale et perceptive,
- les praxies,
- la connaissance des parties du corps,
- la vigilance,
- ou encore la communication.

Le psychomotricien peut également compléter le bilan en utilisant d'autres mises en situation comme le dessin du bonhomme de GOODENOUGH qui donne accès à l'état projectif ainsi qu'au symbolisme du corps de la personne âgée. Le dessin est un « temps d'expression, de symbolisation, de sublimation, privilégié ; le dessin permet à la personne âgée de se relier à son affectivité et au mode de ses pensées. La feuille et la trace graphique permettent la création d'un espace utilisé par la personne pour se distancier de son image de malade et retrouver un état de sujet désirant » (Calza, 2011, p.245). D'autres bilans psychomoteurs peuvent être également utilisés auprès de cette population, c'est au psychomotricien de composer la passation en fonction des notions psychomotrices à évaluer.

De plus, l'observation clinique permet d'affiner le profil psychomoteur du patient. En effet, le psychomotricien observe principalement les informations relevant de la communication non-verbale comme la posture, le tonus, les expressions faciales ou encore la prosodie de la voix. (Calza, 2011, p.245).

Dans le cas des personnes âgées démentes ayant fait une chute ou à risque de chute, le psychomotricien seul ou accompagné d'un kinésithérapeute peut pratiquer d'autres tests en complément. Ainsi, il existe le « Test Tinetti » qui évalue l'équilibre et donc le risque de chute ou le « Get up and Go Test » qui observe les compétences dans les divers transferts de la personne âgée. Ces bilans permettent une évaluation des capacités fonctionnelles. Le transfert dans le milieu médical correspond à l'action de faire passer une personne d'un support à l'autre, comme passer d'un lit au fauteuil par exemple.

Au travers de ces différents bilans et observations, le psychomotricien peut évaluer les compétences psychomotrices de la personne âgée ainsi que les besoins et divers axes de travail. Il peut également proposer une prise en charge psychomotrice adaptée afin de répondre aux problématiques mises en lumière.

B) Les médiations thérapeutiques

- Définition des médiations thérapeutiques

Les médiations font partie du cadre clinique du psychomotricien. Elles sont diverses ; on peut y retrouver de la danse, de la balnéothérapie, de la médiation cheval, des arts martiaux, de la musique etc... Les médiations ne sont pas orientées vers une dynamique de réussite ou d'échec, les compétences ne se retrouvent pas au premier plan. En effet, l'enjeu principal est d'offrir un espace où le sujet peut découvrir ses potentialités. De plus, La dynamique de relation et de communication est un paramètre important car « [elle] devient l'organisateur des temps de rencontre » (Potel Baranes, 2019, p.353).

Le psychomotricien peut proposer des médiations en fonction du projet de soin du patient mais à condition que cela fasse sens pour les deux personnes. En effet, il est nécessaire que le patient soit acteur et qu'il adhère au projet afin que la prise en charge puisse fonctionner. De plus, la médiation est un support au travail thérapeutique et peut mener le patient, au travers de la relation, vers des processus de symbolisation. Ainsi, « tous les dispositifs cliniques, c'est-à-dire centrés sur le travail de symbolisation et d'appropriation subjective de l'expérience vécue du sujet rencontré, utilisent une médiation qui est le vecteur du langage grâce auquel le travail de symbolisation va pouvoir se développer. » (Roussillon, 2019, p.42-43).

Les médiations sont des outils très utilisés en psychomotricité. Dans le cas de l'accompagnement du vécu de la chute chez les personnes âgées démentes, le psychomotricien peut proposer diverses médiations en fonction des besoins et du profil psychomoteur du patient.

- Les médiations thérapeutiques en EHPAD pour accompagner le vécu de la chute chez la personne âgée démente

La chute est un évènement marquant qui vient faire rupture au sein de l'équilibre psychocorporel de la personne âgée. Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, nous avons constaté les différentes atteintes cognitives, psycho-affectives, comportementales, corporelles et identitaires. Fort de toutes ces connaissances, le psychomotricien peut proposer toutes sortes de prises en charge psychomotrices afin d'engager un travail corporel avec la personne âgée.

Le projet de prise en charge s'appuie sur les besoins de la personne âgée ainsi que sur les résultats des différents bilans de l'équipe pluridisciplinaire. Le psychomotricien peut, en fonction de toutes ces informations, proposer des médiations adaptées. Dans ce cas précis, des prises en charge groupales autour de la marche thérapeutique, de la relaxation, de l'expression corporelle ou encore de la gym douce, peuvent faire sens. En effet, ce sont des médiations qui mettent en jeu des composantes psychomotrices comme le schéma corporel, l'image du corps, les coordinations dynamiques, le repérage spatial, la régulation tonique ou encore l'équilibre. (Charazac, 2015c, p.496-497). Dans le cas des pathologies comme la maladie d'Alzheimer, le psychomotricien peut engager un travail afin de venir stimuler le schéma corporel qui est, de fait, vécu comme morcelé. Il peut, au travers de diverses médiations, permettre au patient d'investir un espace de redécouverte du corps. (Spychala, 2005b, p.64).

D'autres médiations individuelles comme le bain thérapeutique, le toucher thérapeutique, la relaxation activo-passive, sont indiquées. Celles-ci permettent un travail sur l'enveloppe corporelle, les limites du corps, ou encore l'image du corps. (E. Charpentier, 2017, p.13-16). Toutes ces médiations ont pour but une mise en jeu du corps qui amène vers une verbalisation des vécus.

Parmi toutes ces possibilités, j'ai choisi de développer le travail que le psychomotricien peut mener autour du toucher thérapeutique. En effet, le toucher est un sens encore très présent et porteur de signification chez la personne âgée.

II. La peau et le sens du toucher comme supports d'un réinvestissement de soi.

La peau et le flux tactile permettent un maintien du lien relationnel et un sentiment d'existence. Dans le cas des personnes âgées démentes faisant des chutes fréquentes, nous pouvons constater une fragilisation de l'équilibre psychocorporel. Ainsi, en réponse à ces répercussions, le psychomotricien peut proposer une prise en charge mettant en jeu le toucher.

1. La peau : un repère identitaire

A) Un fonctionnement physiologique

La peau est l'organe le plus étendu du corps humain puisqu'elle le recouvre entièrement. Elle se développe au niveau embryonnaire sur la base du tissu ectodermique qui comprend également l'accroissement du système nerveux et des organes sensoriels. La peau est caractérisée, comme « l'organe du corps le plus grand, le plus étendu (2 m²), le plus lourd (3 à 5 kg), le plus riche, le plus sensible, et se compose de plusieurs couches de tissus » (Marvaud, 2020, p.138).

A l'âge adulte, l'homme détient trois couches différentes de tissus qui forment la peau. Ce sont l'épiderme, le derme et l'hypoderme, chacun de ces tissus a des fonctions et des caractéristiques singulières.

Le tissu épidermique représente la couche la plus superficielle et perceptible du corps humain. L'épiderme est constitué à « 80 % à 95 % de cellules épidermiques, qui sont des kératinocytes. Les 5 % restants sont dévolus à la pigmentation, au système immunitaire et à la jonction avec le système nerveux périphérique. ». (Pireyre, 2015, p.76).

Le derme est décrit comme un « support conjonctif pauvre en cellules et constitué de collagène de type I et d'élastine. Cette composition explique la tonicité et l'élasticité de la peau. Le derme est fortement vascularisé, ce qui rend possible la nutrition et les échanges d'informations. » (Pireyre, 2015, p.76).

Le tissu hypodermique correspond à ce qui est « communément appelé la graisse. Il est constitué d'adipocytes dont le nombre est déterminé dès l'enfance. C'est un isolant thermique. » (Pireyre, 2015, p.76).

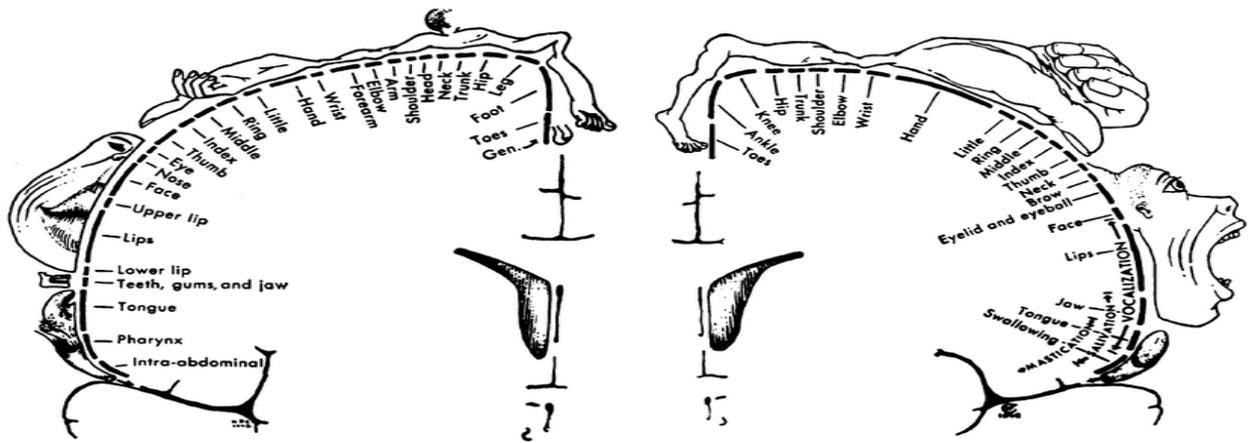
De plus, la peau comporte de nombreux récepteurs sensoriels et permet de ressentir le contact, la pression, les vibrations par les mécanorécepteurs. Elle assure également au travers des thermorécepteurs recevoir des sensations de chaleur ou de froid. Enfin, par les nocicepteurs, il est possible de ressentir la douleur. (Schaub et al., 2016, p.9).

La peau est un organe essentiel à l'être humain qui assure quatre fonctions physiologiques (Montagu & Leboyer, 1979, p.11) :

- Une fonction de protection contre les agressions extérieures (mécaniques et irradiantes) et évite les intrusions de corps étrangers ou de substance,
- Une fonction d'organe sensoriel au travers des différents récepteurs cités précédemment,
- Un rôle dans la régulation thermique,
- Et permet d'assurer le fonctionnement métabolique au niveau des graisses ainsi qu'au regard du métabolisme de l'eau et du sel.

La peau n'est pas qu'un simple organe qui permet d'envelopper le corps ou bien de participer au maintien du squelette. En effet, les **Homunculus de Penfield** sensoriels et moteurs exposés à la page suivante, permettent d'apprécier les représentations proportionnelles des fonctions tactiles dans le développement de l'individu. La peau se compose de l'ensemble des organes les plus étendus et les plus actifs au sein du système sensoriel. L'homme peut vivre en étant aveugle, sourd, sans fonctionnalité gustative ou olfactive. Cependant, il lui serait impossible de survivre sans les propriétés assurées par la peau. (Montagu & Leboyer, 1979, p.12-14).

C'est en lien avec différents organes des sens, comme la sensibilité kinesthésique et l'équilibration, que la peau permet aussi le maintien des fonctions psychomotrices. Ainsi, la peau est en relation avec la fonction respiratoire, le maintien du tonus ou encore avec la circulation sanguine. (E. Charpentier, 2017, p.9).



Homunculus de Penfield.

Côté gauche : Carte corporelle basée sur le toucher et les sensations associées ; nommée homunculus sensoriel.

Côté droit : l'image miroir représente la zone motrice primaire, une carte de base pour les mouvements volontaires (homuncule moteur).

Adapté de : Penfield et Rasmussen (1950). Le cortex cérébral de l'homme. Copyright 1950 Macmillan Publishing Company; copyright renouvelé 1978 Theodore Rasmussen. (Figure 1.5, s. d.)

Outres ses fonctions biologiques, la peau permet également de contenir et de délimiter, au niveau psychique, un espace interne d'un espace externe. La construction de ces limites corporelles repose sur différentes dynamiques.

B) Un support psychique et corporel

La peau étaye la notion d'enveloppe corporelle, c'est une enveloppe protectrice du corps qui permet d'assurer un rôle de contenance et de limites corporelles. Ainsi, « la peau joue le rôle de frontière entre soi et l'autre. Marqueur de l'intimité et de l'identité, elle permet de rentrer en contact les uns avec les autres » (Reynaud, 2019, p.119). Mais il est évident que cette construction nécessite l'interaction d'autrui.

Dans un premier temps, le fœtus assemble et construit son enveloppe corporelle au travers des échanges sensoriels avec la cavité utérine. Puis, cela se poursuit à la naissance par les interactions avec son environnement. Cette construction nécessite un soutien et un étayage maternel au travers de divers échanges comme le peau à peau, les caresses ou encore le portage. C'est par cet appui que le bébé peut se sentir contenu, soutenu et enveloppé. Ainsi, c'est « par le biais de l'introjection de la fonction contenante maternelle, [que] l'enfant ressent son corps comme contenu et unifié. Il acquiert un sentiment d'exister dans sa propre peau et de sécurité interne. » (Reynaud, 2019, p.119).

Didier Anzieu théorise la métaphore du Moi-peau en relation avec la construction de l'enveloppe corporelle. Ainsi, il définit le Moi-peau comme « la première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique s'étayant sur les sensations de la peau et consistant en une figuration symbolique de celle-ci. » (Kaës, 2008, p.80-81). C'est donc au travers des expériences au contact de la peau que les fonctions psychiques du nourrisson s'étayent : « l'enfant peut percevoir la surface de sa peau comme contenante et limitante, et acquérir un sentiment d'intégrité de son enveloppe corporelle assurant au Moi une enveloppe narcissique ». (Reynaud, 2019, p.119).

Certaines notions retrouvées dans la pratique psychomotrice du toucher sont développées parmi les concepts de holding (le portage) et de handling (les soins avec les mains) développés par **Winnicott**, et associés aux neuf fonctions du Moi-peau développées par **Anzieu** :

- La fonction de maintenance de psychisme par l'intériorisation du « Holding » maternel : « cela correspond à l'adossement au corps de la mère qui garantit au bébé sa continuité corporelle, notamment par le contact de ses mains sur la peau, ainsi que par le portage, cela va permettre à l'enfant de faire l'expérience de sa solidité et de son unité. » (Potel, 2009)
- La fonction de contenance par l'intériorisation du « Handling » maternel. Pour **Anzieu**, cette fonction est « celle d'un sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés » (Kaës, 2008, p.81).

- La fonction de pare-excitation où le moi-peau sert de protection entre les agressions externes et les excitations pulsionnelles internes. Selon **Anzieu**, c'est la mère qui assure cette fonction de pare-excitation.
- La fonction d'individuation du Soi qui apporte « un sentiment d'être unique et la conscience d'avoir ses propres limites corporelles. » (E. Charpentier, 2017, p.42).
- La fonction d'inter-sensorialité qui permet de donner un sens commun aux informations provenant des organes des sens, comme les sensations kinesthésiques, visuelles ou encore auditives,
- Ainsi que la fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles qui permet de renvoyer en miroir une image de la réalité du sujet et de ce qu'il est. (Reynaud, 2019, p. 120-121).

Dans le cas des personnes âgées démentes, ces fonctions du Moi-peau peuvent se détériorer et causer des difficultés au niveau identitaire et relationnel. En effet, plus l'enveloppe se retrouve fragilisée et plus les interactions entre les espaces dehors-dedans se font difficilement. Cela a pour conséquence une appréhension du monde extérieur qui devient de plus en plus menaçant. (Charazac, 2020a, p.40).

Le psychomotricien peut venir jouer un rôle comme celui développé par **Winnicott** avec le concept de la « mère suffisamment bonne ». Le thérapeute revêt le rôle de soutien pour le patient, « il soutient l'effort de celui-ci pour actualiser dans la relation la blessure qui l'encombre encore, en lui permettant d'avoir soudain sept ans, deux ans, et encore moins. Il prend alors la position, homologue à celle de la mère, de comprendre, prendre en même temps l'autre comme un adulte réussi dans bien des aspects et un bébé plein d'espoir, tout ceci sans jugement ni contradiction. » (Martineau, 2006, p.173).

Ainsi, la peau assure de nombreuses fonctionnalités et c'est par l'intermédiaire du toucher que le bébé se construit peu à peu. A présent, nous allons développer l'aspect et l'intérêt du toucher thérapeutique dans le cadre de la pratique psychomotrice.

2. Le toucher en psychomotricité

A) Définition du toucher

Le toucher peut être défini comme le fait de « toucher quelqu'un, d'entrer en contact avec quelqu'un, quelque chose » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-k). Il peut se traduire par « la faculté de sentir un objet matériel, cela peut être l'action ou l'acte de sentir quelque chose avec la main » (Montagu & Leboyer, 1979, p.86).

Comme le décrit **Ashley Montagu**, dans son livre « *La peau et le toucher un premier langage* », le toucher se base sur les sensations et sur le fait de ressentir. De plus, il n'est pas ressenti comme un simple contact physique mais bien comme une émotion. En effet, le verbe toucher signifie également être sensible aux sentiments humains car « quand nous disons que nous avons été touchés en particulier par un beau geste ou par un acte de sympathie, c'est l'état d'émotions que nous désirons décrire ». (Montagu & Leboyer, 1979, p.86).

Ainsi, le toucher ne se résume pas simplement au fait de prendre contact avec quelqu'un ou quelque chose. Il est également porteur de nombreuses significations et détient une valeur émotionnelle. Nous allons nous intéresser, à présent, aux différents touchers présents au sein des établissements médicaux. En effet, au travers des diverses pratiques professionnelles, le toucher peut revêtir de nombreuses significations.

B) Les différents types de toucher retrouvés en institution

Dans les institutions médicalisées comme les EHPAD, le toucher est le plus souvent retrouvé lors des soins comme la toilette, le repas ou les actes médicaux. C'est une forme de contact qui est généralement dans une optique de soins avec, couramment, des actes « mécaniques ». Parfois, les contraintes temporelles et économiques poussent les professionnels de ce secteur à aller toujours plus vite et à faire toujours plus en un minimum de temps. Ainsi, l'aspect relationnel et affectif que l'on peut retrouver dans le toucher sont parfois relayés au second plan.

Cependant, il existe une réelle demande et un besoin urgent de contact corporel au sein de ces établissements, qui prennent en charge des personnes âgées atteintes de pathologies importantes. En effet, il peut être retrouvé des problématiques comme « la diminution de l'estime de soi, la peur de la mort, l'anxiété, l'altération de l'image corporelle, le sentiment d'isolement, la dépendance, le sentiment d'être rejeté, la dépersonnalisation et la régression qui sont tous des facteurs qui contribuent à augmenter le besoin d'être touché de la personne âgée » (Boudreault & Ntetu, 2006, p.53). Ainsi, le besoin d'être touché est présent tout au long de la vie mais il paraît encore plus nécessaire lorsque les années passent et que les pathologies deviennent de plus en plus présentes. En psychomotricité, l'utilisation du toucher thérapeutique permet d'offrir un espace de prise en charge en dehors des soins invasifs ou médicalisés.

Au travers de cette médiation, le patient et le thérapeute mettent en jeu diverses notions comme les enveloppes corporelles, la communication non verbale, le dialogue tonico-émotionnel, dans le but de venir soutenir l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée. Cette médiation peut se décliner en plusieurs pratiques, comme le toucher massage psychomoteur, le toucher relaxation ou encore le toucher et enveloppement sec. (E. Charpentier, 2017, p.14-16).

Ainsi, le toucher thérapeutique met en jeu de nombreuses notions psychomotrices et s'inscrit dans une dynamique relationnelle. Cette médiation peut faire fonction de support dans l'intégrité psychocorporelle de la personne âgée démente ayant subi plusieurs traumatismes comme les chutes.

C) Le toucher thérapeutique dans la thérapie psychomotrice

- Les notions psychomotrices en lien avec le toucher

Dans la pratique psychomotrice, le toucher aborde diverses notions psychomotrices et assure de multiples fonctions. Ainsi, par le toucher, nous pouvons observer la mise en place d'un dialogue tonique entre le patient et le thérapeute. Le dialogue tonique est développé par **Wallon** comme étant un canal de communication non verbal reposant sur le tonus. Ainsi, la mère peut communiquer et comprendre les besoins du bébé au travers de la variation des états toniques. **De Ajuriaguerra** reprend ce concept, en mettant un accent plus prononcé sur l'importance des émotions. Le dialogue tonico-émotionnel serait « le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. » (Bachollet & Marcelli, 2010, p.14).

Dans l'application psychomotrice du toucher thérapeutique avec les personnes âgées, le psychomotricien prête attention à cette écoute corporelle et peut ajuster son tonus en fonction des variations toniques du patient. De plus, le psychomotricien peut mettre en évidence la présence de tensions ou encore proposer des ajustements au niveau postural. La pratique du toucher thérapeutique permet de faciliter « le développement du soi corporel d'un patient par le biais de la sensation, de la conscience immédiate, du mouvement et de la posture » (E. Charpentier, 2017, p.10).

Le toucher thérapeutique met également en jeu les notions de schéma corporel et de l'image du corps précédemment développées. Ainsi, au travers de cette pratique, le psychomotricien apporte de la contenance et des sensations d'enveloppement. De plus, cela « peut permettre de réveiller la mémoire corporelle, de libérer des émotions retenues depuis longtemps, de réorganiser la structure corporelle et, partant, de modifier la relation entre le patient et sa vie » (E. Charpentier, 2017, p.11).

En vieillissant, le corps peut être perçu comme défaillant ce qui peut engendrer une baisse de l'estime de soi. Par conséquent, au travers de cette pratique, le patient peut réinvestir son corps de manière positive en l'assimilant à un lieu ou à une sensation de plaisir et par la suite reprendre confiance en lui. Ces fonctions primordiales du toucher peuvent permettre à la personne âgée de retrouver un schéma corporel et une image du corps moins dégradés. (E. Charpentier, 2017, p.11).

Le toucher thérapeutique peut donc être un réel vecteur de communication non verbale, s'appuyant sur les postures, les mimiques, le regard, la respiration ou encore le dialogue tonique ou tonico-émotionnel. De plus, nous avons vu également l'importance de l'utilisation du toucher comme support de l'intégration et de la conservation des représentations corporelles comprenant le schéma corporel et l'image du corps.

Dans la relation thérapeutique, le psychomotricien peut jouer un rôle de soutien pour la personne âgée.

- Le rôle du psychomotricien dans le soutien et la mise en sens de l'éprouvé corporel

Par la pratique du toucher thérapeutique, le psychomotricien se retrouve impliqué de manière corporelle et psychique. Ainsi, par sa disponibilité et la qualité de son approche par le toucher, ce dernier réunit plusieurs paramètres qui peuvent participer au soutien de la mise en sens des éprouvés de la personne âgée. De plus, « selon **Catherine Potel** cette capacité d'impression et d'expression du psychomotricien est à rapprocher de la fonction contenante de la mère. Cette dernière possède une grande capacité à être en relation avec son enfant et sait entendre et décrypter son discours infra-verbal et y mettre suffisamment de sens et d'émotions pour que s'instaure progressivement un véritable dialogue ». (E. Charpentier, 2017, p.46-47).

Ainsi, le psychomotricien peut jouer cette fonction de contenance et soutenir la personne âgée dans la mise en sens des éprouvés corporels. Suivant le profil du patient, ainsi que les objectifs de la prise en charge, la thérapie psychomotrice est orientée afin de permettre le passage de l'éprouvé corporel aux ressentis. En effet, lors de la pratique du toucher

thérapeutique, il existe une mise en action de la boucle sensations-perceptions-représentations. Cette boucle soutient par les expériences et les sensations reçues, une mise en sens au niveau psychique qui permet à la personne d'accéder vers une forme de représentation. Ainsi, afin de faciliter cet accès à la représentation, le psychomotricien peut utiliser plusieurs moyens d'expression des éprouvés corporels, comme le dessin, la peinture, la pâte à modeler ou encore l'expression verbale. (E. Charpentier, 2017, p.47).

- La relation thérapeutique et le toucher

Au sein de la relation thérapeutique, le psychomotricien est mobilisé dans une dynamique globale. De nombreuses qualités sont requises afin de permettre l'installation de l'alliance thérapeutique ainsi que le bon déroulement de la prise en charge. Parmi ces diverses compétences, il est nécessaire d'adopter une position empathique. Cette dernière peut s'observer sous trois aspects différents. En effet, il existe **l'empathie cognitive** qui « désigne la capacité à comprendre les pensées et intentions d'autrui. ». Cela renvoie à la théorie de l'esprit étudiée en psychologie cognitive. Nous pouvons aussi observer **l'empathie affective** qui « est la capacité à comprendre, non pas les pensées, mais les émotions d'autrui. Ce partage d'émotions, va au-delà de la simple contagion émotionnelle ». Cette position se traduit par le fait de pouvoir comprendre les émotions d'autrui sans les éprouver soi-même. La dernière attitude est qualifiée « **d'empathie compassionnelle** [...]. Elle ne consiste pas simplement à constater la souffrance ou la joie d'autrui, mais suppose une attitude bienveillante à son égard ». (Dortier, 2017, p.2).

Ainsi, le psychomotricien, par sa position empathique, peut s'adapter au plus près de l'état tonique et émotionnel du patient, et s'élabore alors une « dyade relationnelle ». Le thérapeute peut « décoder » les variations toniques, « il s'agit ainsi par une mise en éveil de la sensibilité sensorielle et tonique du psychomotricien, d'être en disponibilité pour recevoir les émotions ou plutôt le vécu du patient, dans le but de lui offrir le maximum de possibilité d'échanges. » (E. Charpentier, 2017, p.61-62).

De plus, le toucher thérapeutique implique une notion d'espace qui est celle de la proxémie développée par **Hall**. Cette théorie découle d'une observation faite chez les animaux. Ainsi, **Hall** l'adapte à l'homme en développant plusieurs distances relationnelles, prenant en compte des paramètres comme la voix, le contact, la chaleur, l'odeur ou encore la vision. (Descamps, 1993, p.125-126).

Il en distingue quatre différentes : (E. Charpentier, 2017, p.59).

- La distance publique entre **3,60 et 7,50 mètres** qui correspond à la distance des discours et des cérémonies officielles, il est possible d'observer la communication non-verbale par les gestes et les postures.
- La distance sociale comprise entre **1,20 et 3,60 mètres**, on la retrouve lors des événements informels, cela permet de percevoir un peu mieux la personne mais il n'y a pas encore de contact physique.
- La distance personnelle instaurée entre **0,45 et 1,20 mètres**, est retrouvée lors des contacts proches ou amicaux, la personne a accès au visage mais pas au corps entier de l'interlocuteur.
- La distance intime comprise **en dessous des 0,45 mètres**, cela traduit un espace de réconfort, une sphère intime où la communication non verbale prime avec notamment le toucher ou encore l'odorat.

Le toucher thérapeutique implique les différentes sphères spatiales évoquées dans la théorie de **Hall** car « il faut tout d'abord aller à la rencontre de la personne en frappant à la porte de sa chambre [...] mais aussi en s'adressant à elle via les canaux de communication auditifs ou visuels afin de respecter la distance sociale. Puis l'échange se fait dans une distance proche de la distance personnelle pour ainsi observer plus précisément l'état postural de la personne etc. » (E. Charpentier, 2017, p.59-60).

Toutefois, il semble important de souligner que le toucher thérapeutique est également une rencontre entre deux personnes qui sont toutes les deux « touchées ». En effet, le psychomotricien est impliqué corporellement mais aussi émotionnellement. C'est pourquoi, il est important de mettre des mots sur les éprouvés corporels et de prendre du recul afin d'éviter tout contre-transfert ou passage à l'acte. (E. Charpentier, 2017, p.60-63).

Le contre-transfert et le passage à l'acte sont des termes appartenant au champ psychanalytique. Ainsi, ils peuvent être expliqués comme un phénomène qui « commence par désigner la sensibilité de l'analyste à l'amour de transfert des patientes, sensibilité qui peut le mener à un acting out [=passage à l'acte]. Si aucune entrave ne doit être mise au développement de l'amour de transfert, moteur de la cure, un possible contre-transfert amoureux doit être absolument réprimé. Il risque de faire obstacle à l'écoute de l'analyste ou d'interrompre la cure en cas de passage à l'acte » (Dudzeele, 2007, p.11). Ainsi, le psychomotricien doit être au clair avec plusieurs choses. D'abord, avec lui-même, puis avec le rapport à la médiation qu'il utilise, ainsi qu'avec le public et les problématiques associés dans la pratique.

Comme toutes médiations inscrites dans une dynamique relationnelle, le toucher détient des contre-indications.

- Les limites du toucher thérapeutique dans la relation soignant-soigné

Au sein de la pratique psychomotrice, il existe des contre-indications en fonction de la méthode utilisée. Dans le cas du toucher thérapeutique chez la personne âgée démentielle ayant subi plusieurs chutes, il y a certaines précautions à prendre. Du fait de la fragilisation des enveloppes corporelles, ainsi que par les différentes atteintes notamment au niveau de l'image du corps, le toucher doit être progressif, contenant et sécurisant. De plus, il est primordial de prendre en compte les ressentis ainsi que les volontés de la personne. De même, certains paramètres peuvent mener à un arrêt ou à un réajustement de la prise en charge. Les différents facteurs abordés dans cette partie ne représentent pas une liste exhaustive des contre-indications en matière de toucher thérapeutique.

Parmi ces éléments, il est essentiel de percevoir et d'entendre le refus. Ce dernier peut s'exprimer au travers du langage mais également par la communication non-verbale comme la posture, les variations toniques, les mimiques. Ainsi, lors de la pratique du toucher thérapeutique, « il est important de veiller à ce que la personne soit en mesure psychiquement et corporellement de le recevoir. La dimension relationnelle est importante, ainsi que le sentiment de confiance. » (E. Charpentier, 2017, p.54).

La douleur est également une donnée importante en prendre en compte dans la pratique du toucher. Elle est définie par l'International Association of the Study of Pain comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion. ». A cette définition est ajouté l'aspect communicationnel, ainsi « l'impossibilité à communiquer n'élimine en aucune façon la possibilité qu'une personne expérimente une douleur et ait besoin d'un traitement antalgique approprié. » (Floccia et al., 2020, p.199). La douleur touche donc la personne âgée dans son identité psychocorporelle, avec des conséquences plus ou moins variables. Bien que le toucher thérapeutique, soit une des pistes de travail les plus utilisées lors de la prise en charge de la douleur, il semble important de considérer ces diverses répercussions psychocorporelles dans cette prise en soin.

Le toucher thérapeutique permet également au patient d'accéder à une certaine forme de régression qui marque un retour vers des stades affectifs et mentaux antérieurs. Ce terme appartient au champ de la psychanalyse ; ainsi, sous un aspect psychologique « la régression est un retour en arrière de la libido, de l'énergie psychique. [...]. [Cette dernière] anime ou réanime des matériaux psychiques antérieurs qui reposent dans l'inconscient. Ainsi chargés d'énergie, ces matériaux deviennent vivants, perceptibles et donc accessibles à la conscience. C'est en ce sens que la régression est un recours pour le travail thérapeutique » (Sandor-Buthaud, 2003, p.7). Dans la pratique psychomotrice, le terme de régression est également utilisé lors de la pratique de certaines médiations ou techniques. Il y est attaché une part importante à l'aspect corporel et sensoriel que la personne peut expérimenter dans un cadre contenant et sécurisant, apportant un réel travail thérapeutique. Cependant, la pratique du toucher peut ramener le patient vers un aspect archaïque et régressif, qui peut être vécu de manière difficile par certaines personnes. Ainsi, il est important de prendre en compte ce cas de figure, afin de pouvoir adapter au mieux la pratique du toucher. (E. Charpentier, 2017, p.56).

En effet, le toucher thérapeutique est une médiation complexe qui nécessite un questionnement certain de la part du professionnel qui l'utilise. A présent, nous allons démontrer l'intérêt de la prise en charge du toucher thérapeutique pour la personne âgée démente ayant chuté.

- L'intérêt de l'accompagnement du toucher thérapeutique dans le vécu de la chute pour les personnes âgées démentes

Nous avons constaté précédemment dans cet écrit, le rôle fragilisateur que peut avoir la démence sur l'équilibre psychocorporel de la personne âgée. En effet, cette pathologie marque une rupture biographique dans l'histoire et le temps du sujet. Cette dernière entraîne également des répercussions importantes au niveau des enveloppes corporelles. De plus, les événements comme les chutes viennent, outre les dommages physiques, accentuer les impacts psychiques et identitaires déjà fragilisés de la personne âgée démente. En effet, il existe une perte de confiance en soi, une dévalorisation importante ainsi qu'une atteinte des représentations du corps. L'image du corps se retrouve d'autant plus perturbée tant la chute marque brutalement la personne âgée dans son histoire et son vécu corporel. Ainsi, le toucher thérapeutique peut s'inscrire dans une dynamique de prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire, non médicamenteuse, venant répondre aux problématiques retrouvées chez la personne âgée. « Les plaintes corporelles sont souvent à l'origine d'une indication de prise en charge psychomotrice. On repère fréquemment un désinvestissement corporel chez la personne âgée. Le corps peut être vécu comme douloureux, défaillant, source d'inquiétude et devient parfois le mode d'expression d'un mal-être ». (Guillon & de Brucq, 2008)

La pratique du toucher est d'autant plus importante pour une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, qu'elle peut faire fonction de relais dans la communication. Ainsi, « toucher une personne Alzheimer revêt un caractère de réparation affective. Le toucher peut être véritablement thérapeutique en inscrivant à travers le corps des événements psychiques symboliques qui ont pour effet de restaurer l'équilibre somato-psychique, un sentiment de bien-être, de déclencher un mouvement désirant et de reconnaissance, d'estime de soi. Il peut également avoir des effets sur le niveau d'attention et sur l'orientation spatiale en favorisant la conscience de l'environnement. » (Spsychala, 2005b, p.68). De même, nous pouvons observer que le retour aux sensations en passant par le pôle perceptivo-sensori-moteur est une voie souvent utilisée auprès de cette population. (Péruchon, 2012, p.43). Le toucher représente donc un mode relationnel immédiat, un lien ultime permettant de rassembler ce corps morcelé. Il peut donc servir de relais dans le but d'une restauration affective ou bien de stimulation sensorielle au sein d'un cadre relationnel contenant.

De plus, la pratique du toucher thérapeutique peut faire sens dans le cas de personnes âgées ayant fait une chute car elle permet « une prise de conscience du corps, de ses capacités et de ses limites, une revalorisation narcissique » (Ribadier & Sainjeon-Cailliet, 2011, p.59). Au travers du toucher thérapeutique, le psychomotricien peut travailler sur l'aspect de l'hypertonie oppositionnelle, de l'harmonisation du tonus et des postures par le dialogue tonico-émotionnel. De même, il est possible d'engager un travail proprioceptif et kinesthésique afin d'amener vers une prise de conscience du corps, des appuis et des limites corporelles. « Il sera alors question non plus uniquement du désavantage à vieillir mais également du plaisir d'être, d'exister avec toute la sagesse et le bonheur que l'âge peut apporter. » (Ribadier & Sainjeon-Cailliet, 2011, p.58-59).

Au travers de cette seconde partie, nous avons pu découvrir une partie du métier de psychomotricien au sein d'une structure de soins comme les EHPAD. De plus, nous avons développé l'importance des différentes composantes du toucher dans la conduite psychomotrice auprès des personnes âgées démentes ayant subi des chutes.

A présent, nous allons nous intéresser à mon lieu de stage ainsi qu'à la pratique du toucher massage psychomoteur, développée dans le cadre de la prise en charge psychomotrice de Mme L.

Partie III : Illustration
clinique du toucher
thérapeutique chez la
personne âgée
démence ayant chuté

Dans cette dernière partie, nous allons découvrir mon lieu de stage ainsi que ma place en tant que stagiaire. Puis, nous allons développer plus particulièrement le toucher massage psychomoteur ainsi que son intérêt en réponse aux diverses problématiques des personnes âgées démentes ayant chuté. Dans un dernier temps, nous aborderons le suivi instauré auprès de Mme L.

I. Mon lieu de stage

1. Le stage

A) Présentation de l'EHPAD et du PASA

- L'EHPAD

Je suis actuellement en stage au sein d'un EHPAD. La structure accueille des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus dont le maintien à domicile n'est plus possible. Selon la dépliant de la structure, il existe une capacité d'accueil de 70 chambres avec une unité protégée de 12 places ainsi qu'une unité classique comportant 58 places. En ce qui concerne la disposition et l'agencement des pièces, l'EHPAD dispose d'une salle à manger commune, d'une salle d'animation, de 4 salons, d'un salon de coiffure ainsi que d'une salle de kinésithérapie. Ces espaces communs favorisent la vie sociale de chacun. Une salle à manger des familles permet également de recevoir les proches des résidents.

De plus, cet EHPAD détient un Pôle d'Activité de Soins Adaptés (PASA) que nous allons découvrir.

- Le PASA

Le PASA est un lieu de vie intégré à l'EHPAD, qui permet de recevoir en journée des résidents et propose des activités groupales. Au niveau du cadre spatial, ce dispositif est généralement scindé en plusieurs pièces dont un salon, une salle à manger, une cuisine, un coin repos, un bureau, une pièce d'animation ainsi qu'un espace extérieur sécurisé. Cependant, il est évident que tous ces dispositifs n'ont pas la même taille ni le même agencement.

Cet endroit est destiné aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs et comportementaux modérés, il permet de répondre spécifiquement aux besoins de chacun avec un projet d'accompagnement personnalisé. C'est après l'évaluation des capacités cognitives mises en évidence par le Mini Mental State Examination (MMSE) et avec l'accord du médecin coordinateur, que les personnes âgées peuvent intégrer le PASA.

Cet accompagnement peut être mis en place par différents professionnels comme l'Assistant de Soins en Gérontologie (ASG), le psychologue, le psychomotricien ou encore l'ergothérapeute. Les ateliers ont pour but de maintenir les capacités cognitivo-motrices et l'autonomie des résidents. Pour ce faire, les professionnels proposent des ateliers groupaux cognitifs, moteurs, sensoriels et créatifs comme du dessin, de la peinture, des massages, de la danse, des ateliers gym douce etc... Il peut également être pratiqué des repas thérapeutiques, des ateliers de cuisine ou de jardinage qui permettent de raviver des souvenirs de la vie quotidienne.

En raison de la situation sanitaire actuelle, le nombre de résident accueillis simultanément est restreint. En effet, les groupes sont limités à 5 personnes pour l'unité classique contre 8 en temps normal et de 2 personnes pour l'unité protégée contre 4 en règle générale. De plus, les résidents des différents services ne sont jamais mélangés afin d'éviter tout risque de contamination.

Le cadre des modalités d'accueil des résidents a sans cesse évolué depuis le début de la crise sanitaire. Ces changements ont nécessité une adaptation de toute l'équipe pluridisciplinaire au niveau organisationnel. Ainsi, cela engendre une rupture dans la continuité du cadre qui est sans cesse remodelé. Les répercussions s'observent chez les résidents qui ont du mal à se repérer et à comprendre la nécessité sanitaire de ces changements. En effet, le cadre et les rituels sont des repères importants pour la personne âgée, cela structure le temps et permet de lutter contre les angoisses.

A présent, nous allons nous intéresser aux divers professionnels intervenant au sein de cette structure.

B) Les professionnels de la structure

Il existe différents professionnels et intervenants extérieurs exerçant auprès des résidents. Tout d'abord, il y a l'équipe administrative composée de la directrice ainsi que de la secrétaire. Puis, il y a une équipe pluridisciplinaire composée :

- D'infirmiers,
- D'aides-soignants,
- De médecins coordinateurs,
- D'une psychologue,
- D'une psychomotricienne,
- D'une assistante de soins en gérontologie,
- D'un animateur,
- D'agents du service hospitalier.

Cette équipe est présente au quotidien au sein de l'institution et des résidents.

Il y a également différents intervenants extérieurs comme :

- Des kinésithérapeutes,
- Des orthophonistes,
- Des pédicures-podologues,
- Des ergothérapeutes.

Ces acteurs libéraux, interviennent ponctuellement de manière autonome.

Ainsi, je vais à présent développer ma place et mon rôle de stagiaire au sein de cette structure.

C) Ma place de stagiaire

J'ai été présente au sein de la structure durant 7 mois tous les mercredis ainsi que lors des vacances scolaires. Au début de mon stage, j'ai pu assister avec les divers professionnels à leurs ateliers. J'ai également participé aux différents repas thérapeutiques. Cependant, en raison de la situation sanitaire, le PASA s'est retrouvé fermé pendant plusieurs semaines (durant le mois de novembre), ce qui m'a amenée à faire connaissance avec les résidents en séances individuelles, dont Mme L. Cela m'a permis par la suite de proposer un suivi en psychomotricité pour Mme L. Durant la fermeture du PASA, j'ai pu suggérer de manière adaptée des activités psychomotrices en chambre. De plus, en collaboration avec ma maître de stage, nous avons réalisé plusieurs passations de bilan psychomoteur (EGP).

Dans un second temps, après la réouverture du PASA, j'ai pu animer de manière autonome des séances groupales ainsi qu'une prise en charge individuelle. Je rencontrais donc une semaine sur deux un groupe de l'unité classique puis, l'autre semaine, les résidents de l'unité protégée. J'ai également pu mettre un place un projet de prise en charge individuelle pour Mme L. autour du toucher massage psychomoteur.

Ces variations répétées au niveau du cadre de la structure ont parfois été déroutantes car il fallait en permanence traiter de nouvelles informations et revoir tout le fonctionnement et la dynamique de groupe. Cependant, tous ces changements m'ont permis de développer davantage mon autonomie ainsi que ma capacité d'adaptation.

Nous avons développé le fonctionnement institutionnel ainsi que la structure dans laquelle je suis en stage cette année. A présent, nous allons nous intéresser, au suivi en psychomotricité instauré auprès de Mme L., ainsi qu'à la pratique du toucher thérapeutique et plus particulièrement, celle du toucher massage psychomoteur.

II. L'accompagnement de Mme L.

1. Une médiation : le toucher massage psychomoteur

Tout d'abord il semble important de souligner que la pratique du toucher massage psychomoteur se décline dans une dynamique relationnelle, de bien-être et d'accès vers une certaine détente. En tant que psychomotricien, le massage n'est pas abordé dans une optique de kinésithérapie ou autres professions exerçant cette pratique. C'est-à-dire que le but premier du psychomotricien n'est pas une rééducation fonctionnelle ou une diminution des atteintes physiques ou physiologiques. Dans la pratique du toucher massage psychomoteur, les mains du thérapeute sont « contenant dans un corps contenu ». (Sarda, 2002, p.92).

Ainsi, le massage se décline sur tout le corps comme le dos, les bras, les jambes, les pieds, les mains, la tête, ainsi que la face avant. Il est important de prêter attention aux mouvements ainsi qu'aux zones corporelles touchées, en évitant les parties intimes. Cette pratique correspond à « un toucher d'apaisement, donc de soin, et pas un toucher qui pourrait susciter confusion, ambiguïté et excitation. » (Sarda, 2002, p.92). De même, le toucher massage psychomoteur auprès des personnes âgées peut se délivrer au moment de la toilette, de manière spontanée lorsque cela peut se trouver nécessaire mais également dans un cadre thérapeutique avec des objectifs de prise en charge.

De plus, le toucher massage psychomoteur peut se pratiquer à l'aide d'huile de massage qui permet de faciliter les différents mouvements. Etant donné les difficultés de mobilisation et de déplacement que l'on peut rencontrer auprès de la population gérontologique, les massages se pratiquent de manière adaptée. La personne âgée s'installe le plus souvent assise dans un fauteuil ou alors en décubitus dorsal sur un lit. Ainsi, lors de la pratique, « le contact est lent et minutieux, et peut s'attarder aux niveau des extrémités et des articulations. Il peut s'agir de pressions légères, glissées, accompagnées ou non de quelques mobilisations passives en veillant à protéger les articulations. » (E. Charpentier, 2017, p.14).

Le toucher massage psychomoteur n'est donc pas une technique trop précise, bien apprise, et appliquée de façon mécanique ou trop systématique. C'est une méthode subjective, une manière de faire et d'être, de communiquer, d'accompagner le soin, dans le but de rassurer, calmer, réconforter, détendre. Cependant, il est important d'avoir une base pratique et théorique de cette médiation. En effet, c'est une rencontre au plus près entre deux personnes. De ce fait, le cadre d'une thérapie psychomotrice peut être une bonne réponse afin d'éviter toutes dérives de la pratique du toucher.

Nous avons développé sur un versant théorique la pratique de la médiation du toucher massage psychomoteur auprès de cette population. A présent, nous allons nous intéresser à l'application clinique de celle-ci dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique.

2. Application du toucher massage psychomoteur dans le suivi en psychomotricité de Mme L.

A) Notre rencontre

Je rencontre Mme L. en octobre 2020 lors d'un atelier groupal au sein du PASA. Mme L. est une dame plutôt maigre, les yeux bleus, elle a des cheveux courts blonds, elle semble coquette et porte des bijoux. Mme L. est installée dans un fauteuil roulant et dispose d'une attelle au bras droit. Son visage paraît marqué par la fatigue, elle semble quelque peu désorientée. Au niveau relationnel, Mme L. est assez en retrait, il faut régulièrement la solliciter afin qu'elle puisse prendre part aux activités.

Au fil des rencontres, j'observe une déambulation importante lors des moments de latence ou de repos. Ainsi, Mme L. témoigne d'une grande fatigabilité mais ne semble pas pouvoir s'arrêter de déambuler. Ces prises de risque significatives sont des facteurs importants de risque de chute. En effet, Mme L a fait quatre chutes en l'espace de quatre mois.

Les problématiques apparentes de Mme L. m'ont rapidement interpellée et m'ont donné envie de réfléchir à ce que la psychomotricité pouvait lui apporter. Nous allons, à présent, prendre connaissance de l'histoire de vie de Mme L.

B) Histoire de vie

Mme L. est une femme âgée de 98 ans, née le 31 janvier 1923 à Bordeaux ; sa famille est originaire du Pays-basque. Mme L. a rencontré son mari à l'âge de 15 ans et s'est mariée avec ce monsieur qui était entrepreneur en bâtiment ; elle était institutrice et adorait son métier dont elle garde de très bons souvenirs. Mme L. allait au théâtre, au cinéma et rencontrait beaucoup ses amis. Elle a également souvent voyagé avec son mari tout au long de sa vie. Elle a eu deux filles et s'est beaucoup occupée de ses petits-enfants au moment de la retraite notamment au niveau des apprentissages scolaires. Mme L. est à présent veuve.

Mme L. est entrée dans l'institution le 28 mai 2018 mais la raison n'est pas stipulée. Dans son dossier, il est noté des antécédents de pathologies osseuses notamment au niveau des hanches et des genoux avec un recours à la mise en place de prothèses totales bilatérales. Mme L. a également de l'hypotension artérielle qui nécessite le port de bas de contention. Elle porte des lunettes, des appareils auditifs et présente un syndrome démentiel apparenté à la maladie d'Alzheimer.

C) Présentation générale

- Bilans pluridisciplinaires

Mme L. présente un score de **12** au Mini Mental State Examination Greco (**MMSE**) (*annexe 2*), effectué en septembre 2020. Ce test permet d'évaluer les fonctions cognitives, le score de Mme L. témoigne d'une démence modérée.

Une réévaluation de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (**AGGIR**) (*annexe 3*), démontre une diminution des capacités dans les actes de la vie quotidienne avec un score passant de **3 à 2**.

A cela, s'ajoute une augmentation des troubles du comportement quantifiés par l'échelle Inventaire Neuropsychiatrique Version pour Equipe Soignante (**NPI-ES**) (*annexe 4*), qui révèle un score de **19** avec une prévalence pour les troubles anxiodépressifs et les comportements moteurs aberrants. Il est également noté un trouble du sommeil avec un retentissement léger. Dans sa conclusion, la psychologue insiste sur l'intérêt des prises en charge non médicamenteuses qui apportent une contenance et une réassurance.

- Bilan psychomoteur

En collaboration avec la psychomotricienne de la structure, nous avons réalisé, en décembre 2020, l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP) de Mme L. En voici le compte rendu.

Au cours des épreuves motrices (**coordinations statiques** et **dynamiques**), Mme L. témoigne d'une grande difficulté lors des différentes mobilisations. Sa posture reste précaire et se traduit par un regard dirigé vers le sol ainsi qu'une flexion du buste vers l'avant. Lors des déplacements, Mme L. a besoin d'être accompagnée du fait de son instabilité posturale ainsi que de ses tremblements. Son équilibre reste fragile rendant la marche difficilement praticable. Les coordinations dynamiques diverses ne sont pas envisageables car Mme L. les refuse et verbalise une peur de la chute. Toutes ces modifications dans le schéma de marche et de la motricité globale de Mme L. pourraient être mises en lien avec les multiples chutes subies.

Lors des **mobilisations passives**, Mme L. témoigne d'une capacité **d'ajustement tonique** hétérogène. En effet, l'hémicorps gauche est plus facilement mobilisable contrairement à l'hémicorps droit qui présente des **paratonies**. Cela se caractérise par une « anomalie de la contraction musculaire dans laquelle le muscle, au lieu de se relâcher (...) se contracte plus ou moins » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d.-h). De plus, les capacités d'**imitation** sont partiellement préservées ; il existe une confusion spatiale dans l'exécution des mouvements (confond la droite et la gauche). Le mime des gestes symboliques est conservé.

Les capacités de **motricité fine** ainsi que les **praxies** sont perturbées par une hypertonie distale ainsi que des tremblements. Mme L. a de grandes difficultés lors des épreuves faisant appel à la **mémoire perceptive** et la **mémoire verbale** qui sont le reflet du trouble démentiel. La **sphère temporo-spatiale** est également impactée ; néanmoins les mémoires épisodique et sémantique restent assez efficaces. Mme L. détient de bonnes capacités **graphiques** notamment lors des items d'écriture et de copie de figures géométriques malgré la présence de tremblements.

Du point de vue du **schéma corporel**, Mme L. a conservé une somatognosie satisfaisante ; cependant lors de la passation du **Dessin du Bonhomme** (de GOODENOUGH), Mme L. est en incapacité de produire un dessin complet. Lors de la réalisation de l'épreuve, elle verbalise ses difficultés et montre des signes de désorientation. La production du dessin reste très pauvre, (seulement un cercle et deux traits accolés). Des hypothèses peuvent être formulées ; cela pourrait témoigner d'une dégradation de l'intégration des représentations du corps (**schéma corporel et image du corps**) ou témoigner d'une difficulté dans l'accès à une production et une représentation du corps en 2D. Cette dégradation de l'intégration des représentations du corps pourrait être mise en lien avec la pathologie de Mme L. ainsi que les diverses chutes subies. De plus, Mme L. détient un discours péjoratif sur ses capacités et ses productions, le besoin de réassurance est important.

La **compréhension des consignes** reste difficile tout au long des passations et implique un besoin d'étayage corporel et verbal important. De plus, **l'attention** reste également fluctuante. Lors des rencontres, Mme L. témoigne de manière aléatoire des signes de fatigabilité. Cependant, elle souhaite toujours continuer au-delà de ses capacités ou de son état apparent. Cela pourrait traduire une impossibilité d'écoute de ses sensations qui pourrait nécessiter un accompagnement.

Pour conclure, le bilan psychomoteur de Mme L. révèle des résultats inférieurs (entre -3 et -4 en dessous de l'écart-type) à la moyenne de la population du même âge (48,5/102). Les résultats de ce nouveau bilan sont à mettre en lien avec ceux du précédent. En effet, lors du précédent bilan psychomoteur, Mme L. avait obtenu un score de 68/102. Ce déclin des

capacités semble témoigner d'une aggravation du syndrome démentiel et peut être mis en lien avec les récents évènements traumatisants comme les chutes.

Au cours du bilan, Mme L. prend plaisir à effectuer les différents items même si elle commente de manière péjorative certaines de ses productions. Il est important de rassurer et revaloriser Mme L. sur ses capacités afin d'éviter un décrochage attentionnel et un repli sur soi.

Ainsi, les bilans pluridisciplinaires démontrent un tableau clinique complexe avec diverses difficultés notamment sur le plan tonique ainsi qu'au niveau des représentations du corps. Intéressons-nous à présent à l'évolution de Mme L. au sein de l'établissement.

- Parcours dans l'institution

De nombreux changements ont eu lieu au cours de ces derniers mois pour Mme L. Ainsi, il y a eu le transfert de l'unité classique vers l'unité protégée, des modifications répétées au niveau des modalités d'accueil au sein du PASA mais aussi de nombreux changements dans le quotidien liés à la crise sanitaire.

Lors de mon arrivée dans l'établissement, Mme L. occupait une chambre au sein de l'unité classique. Elle pouvait se déplacer seule à l'aide d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur. Mme L. a ensuite été transférée à l'unité protégée à la fin de l'année 2020 pour cause d'anxiété, de déambulations importantes ainsi qu'en raison d'un indicateur de risque de chute élevé. En effet, Mme L. a fait deux chutes en l'espace d'un mois. Elle a également subi un traumatisme au niveau du bras droit qui a conduit à la mise en place d'une attelle. Les chutes ont eu pour conséquence une évolution dans la dynamique de déplacement. De ce fait, Mme L. alterne les déplacements avec son déambulateur et son fauteuil roulant en fonction de son état.

Depuis son intégration dans l'unité protégée, l'équipe note un certain apaisement en lien avec un cadre spatial plus restreint et contenant. Cependant, les comportements moteurs aberrants et l'anxiété restent présents. Mme L. a chuté deux fois de plus ces derniers mois et continue de déambuler à certains moments ce qui occasionne une prise de risque.

Le cadre des modalités d'accueil au sein du PASA a également beaucoup évolué au cours des derniers mois. En effet, durant une certaine période, l'accueil et le déroulement des activités se passaient à l'unité protégée et non plus au PASA avec tout le groupe. Toutes ces modifications des repères spatio-temporels (lieux d'accueil, rythme et modalité de déroulement des activités) ont eu un effet déstructurant pour Mme L.

Pour chaque résident, l'institution élabore un Projet d'Accompagnement Personnalisé (**PAP**) qui permet d'orienter les prises en charge ainsi que de répondre aux besoins des personnes âgées. Les objectifs du PAP de Mme L. sont de favoriser un mieux-être, lutter contre l'anxiété envahissante et les troubles du comportement. Les indicateurs relevés sont un niveau d'anxiété élevé, une fatigue ainsi qu'un risque de chute important. Afin de répondre à ces objectifs, Mme L. bénéficie d'une prise en charge en orthophonie et en psychomotricité à raison d'une séance par semaine. Elle est également présente au sein du PASA trois fois par semaine, dont un jour complet, une matinée et lors d'un repas thérapeutique.

Suites aux observations précédentes ainsi qu'aux multiples discussions avec les équipes encadrantes, j'ai proposé un accompagnement en psychomotricité pour Mme L. En effet, les difficultés apparentes de Mme L. sont les suivantes : d'une part, la présence de plusieurs chutes qui entraînent un vécu difficile pour Mme L et d'autre part, la manifestation d'une anxiété envahissante ainsi que des troubles du comportement.

D) Accompagnement en psychomotricité

- La construction d'un cadre

Le cadre dans la pratique psychomotrice ; permet de délimiter les champs des possibles mais également de soutenir l'expression du patient. Pour ce faire, il est nécessaire que le cadre remplisse plusieurs conditions. Ainsi, il doit délimiter des conditions d'espace, de matériel, de temps, d'encadrement et de fonctionnement institutionnel. Toutes ces conditions et ces choix permettent d'orienter, d'organiser et de délimiter une prise en charge. (Potel Baranes, 2019, p.358-359).

C'est pourquoi, la prise en charge de Mme L. se déroule dans sa chambre, chaque mercredi après-midi, pendant 45 minutes. En effet, il était important de garder un endroit familial et sécurisant afin que Mme L. se sente à l'aise. La rythmicité des séances a permis d'inscrire un suivi régulier. De plus, le temps imparti de 45 minutes permet de prendre le temps avec Mme L. afin de bien restructurer la raison de ma venue, de l'aider lors de ses déplacements et de son installation.

La prise en charge se décline sur 4 mois, du début du mois de janvier à la fin du mois d'avril. Afin d'aller vers une fin de prise en charge progressive, les séances du mois d'avril sont espacées à raison d'une fois par quinzaine.

Les séances sont structurées avec un temps de présentation, une aide à l'installation puis un moment de retour aux sensations par la respiration. Le corps de séance est axé sur le toucher médié par l'objet dans un premier temps, puis par un toucher direct. Je pratique également de grands éventails cartographiant tout le corps. En fin de séance, il y a un temps de verbalisation ainsi qu'une carte du corps humain à colorier en fonction des sensations ressenties.

Mme L. ne semble pas avoir la capacité de se rappeler du suivi en psychomotricité. En effet, lorsque je vais à sa rencontre, Mme L. peut me dire qu'elle me reconnaît mais ne peut pas donner mon prénom ni ma fonction. De même, lorsque je lui explique l'objet de ma venue,

elle semble agréablement surprise et heureuse de pouvoir profiter de ces temps de massage, sans se rappeler que l'on se rencontre toutes les semaines. Afin de permettre à Mme L. de pouvoir s'orienter et s'inscrire dans un repère temporel, j'ai mis en place, avec la collaboration de l'équipe de l'unité protégée, un calendrier avec les dates et les horaires inscrits et surlignés. De plus, il y est écrit la raison de ma venue ; cependant, il semble que Mme L ne puisse pas vraiment s'en saisir.

Au travers de ces observations, il s'avère que le corps et les sensations prennent une place prépondérante dans le relais de la dynamique relationnelle et thérapeutique. Ainsi, « à ce stade, l'investissement de la personne prodiguant les soins de nursing est comparable à celui de l'objet-clé. De même que le nourrisson reconnaît la voix, l'odeur et le toucher de sa mère, le patient Alzheimer finit par communiquer avec quelqu'un qu'il identifie au son de sa voix, à l'odeur de ses vêtements et à sa façon de le toucher. » (Charazac, 2012, p.112-113).

Néanmoins, au fil des séances et après de nombreuses répétitions, Mme L. semble pouvoir s'inscrire de plus en plus au sein de la dynamique relationnelle. En effet, elle a récemment pu donner mon prénom de manière spontanée ce qui semble démontrer une certaine intégration.

Après avoir détaillé les modalités du cadre thérapeutique, je vais, dans cette prochaine partie, développer les différentes étapes de la prise en charge auprès de Mme L.

- Le toucher médié

Dans un premier temps, j'initie un toucher médié par un objet afin que cela ne soit pas trop intrusif. Ainsi, plusieurs actions découlent au travers de l'utilisation des objets comme les ballons, cela permet d'apporter de « la contention, la pression du corps contre le matelas (lequel sert d'appui au corps total) permettent l'apaisement des tensions internes, l'accès à l'expérience vivante de la pesanteur, donnent du poids au corps qui est alors perçu global, lourd, consistant, présent à soi, unifié. » (Sarda, 2002, p.92).

De plus, Mme L. peut choisir parmi plusieurs balles et ballons de différentes tailles et textures. De même, pour l'installation, Mme L. a le choix entre le fauteuil ou le lit. Elle peut également adopter une pratique d'automassage ou de massage simple (prodigué par mes soins). Mme L. opte la majeure partie du temps pour un massage simple. De ce fait, il est important pour moi de consulter Mme L. dans les décisions du déroulement des séances afin de la rendre au maximum actrice de sa prise en charge.

Les stimulations sensorielles sont généralement pratiquées sur tout le corps, afin de procurer des sensations de globalisation et d'unicité corporelle, ce qui a été le cas pour Mme L. De plus, ces massages sensoriels peuvent également se pratiquer au niveau d'une zone douloureuse particulière à la demande du patient.

Ainsi, lors de nos premières rencontres, Mme L. me confie avoir encore très mal au bras droit et au dos. Mme L. porte également un regard très négatif sur son corps et ses capacités depuis les chutes. Elle a pu me confier que « *c'est triste de ne pas avoir un corps qui va aussi vite que sa tête* » ; « *je ne suis plus comme avant* ». Nous avons souvent discuté des changements qu'ont pu entraîner les chutes sur son corps, sur sa dynamique motrice générale et sur sa façon de les appréhender. Cela a permis d'engager un réel travail autour de la revalorisation de soi et de ses capacités.

Lors des séances de toucher thérapeutique, Mme L. a pu investir ses ressentis corporels et son corps d'une façon différente. En effet, cet espace de soin contenant a permis à Mme L. d'accéder à des temps de bien-être, où le corps n'est pas vécu comme un poids ou une contrainte. Ainsi, j'ai pu lui proposer des temps de massages sensoriels à base de stimulations tactiles à l'aide d'une balle à picots. Tout au long des séances, il m'a été possible d'observer une certaine détente marquée par une diminution du tonus global. De plus, lors d'une séance, Mme L. a pu me dire que cela « *la soulageait* » et « *qu'elle se sentait revivre* ». Ces témoignages de Mme L. démontrent les effets apaisants et valorisants que peut procurer l'utilisation du toucher thérapeutique.

Après plusieurs rencontres et avec l'accord de Mme L., je lui ai proposé l'instauration du toucher direct par le toucher massage psychomoteur.

- Le toucher direct

Les séances sont orientées vers un massage ciblé sur une zone corporelle comme le membre supérieur, inférieur, la face avant ou encore le visage. Les massages orientés vers une partie du corps sont souvent répétés durant plusieurs séances afin d'amener une progression et une intégration des sensations corporelles. Ainsi, nous avons commencé les séances par des massages au niveau du membre supérieur, puis inférieur. Nous avons ensuite investi la région de la face avant pour finir par le visage. Au cours des massages, je nomme les parties du corps afin de permettre un repérage topographique de celui-ci et une association des sensations corporelles. Ceci permet d'engager un travail autour des représentations du corps, notamment du schéma corporel. A chaque rencontre, il est important de questionner Mme L. et d'avoir son consentement afin que la séance puisse se dérouler.

Lors des prises en charge, Mme L. a tendance à être dans le contrôle et à vouloir que tout se passe au mieux, ce qui peut se traduire par certaines tensions corporelles. En effet, Mme L. présente des paratonies au niveau des membres supérieurs et inférieurs mais peut progressivement se détendre et moins accompagner les mouvements ou les massages. Cela peut être en partie diminué par l'effet du dialogue tonico-émotionnel et des nombreuses réassurances. Au fil du temps, j'ai pu observer une évolution dans la relation thérapeutique. Mme L. exprime souvent « *être en confiance avec moi* », « *me laisser m'occuper de tout* ». Ces témoignages de Mme L. démontrent une certaine capacité à ne plus vouloir toujours maîtriser les événements et à tendre vers un lâcher prise.

De plus, Mme L. semble très réceptive au suivi en psychomotricité. J'observe, lors des séances, une diminution de l'agitation motrice et verbale. Le tonus s'abaisse progressivement au niveau du visage, puis d'un point de vue global. Mme L. laisse peu à peu sa tête se reposer dans le fauteuil ou le lit, ferme les yeux et a souvent la bouche ouverte. La respiration est marquée par de grandes inspirations et expirations. J'observe également une profonde détente globale révélée par la présence de spasmes. De plus, l'état de vigilance semble diminuer peu à peu. En fin de séance, Mme L. exprime de manière générale que « *c'est agréable* ».

De même, les temps de respiration en début et en fin de séance sont relativement bien investis par Mme L. En effet, j'observe un ancrage corporel par la respiration qui se montre de plus en plus profonde et régulière. Mme L. semble plus apaisée et calme après ces rituels. Par la suite, je procède à un effleurage du corps pratiqué en début et en fin de séance. Celui-ci a pour but une prise de conscience des différentes parties du corps et une unification des sensations corporelles. De ce fait, il se pratique en partant des épaules, passant par la face avant, descendant au niveau des membres inférieurs et revenant au niveau des bras. Il est également possible de pratiquer un passage au niveau de la tête de la personne. Les parties intimes sont soigneusement évitées dans le respect du patient.

Au cours des séances, Mme L. témoigne parfois d'états de désorientation temporo-spatiales, d'anxiété ou encore de dévalorisation de soi. Elle exprime souvent le fait de vouloir bien faire mais de ne plus pouvoir, car « *son corps n'est plus comme avant* ». Lors de nos discussions, je lui demande ce qui peut causer ces difficultés. Mme L. pointe du doigt les chutes et exprime le vivre difficilement. Je note également des signes de peur et de stress lors des déplacements ou des transferts. En effet, Mme L. ne sait plus comment faire pour s'allonger ou s'asseoir. Il lui est également difficile de se lever seule et de marcher. Toutes ces complications engendrent chez Mme L. une dévalorisation de soi et de ses capacités. De ce fait, lors des installations en séance, j'accompagne verbalement et corporellement Mme L. afin qu'elle puisse réexpérimenter les différentes étapes motrices entre les positions debout, assises et couchées. Cela lui a permis d'accéder progressivement à une décomposition et une intégration des mouvements menant à une certaine indépendance lors des transferts. J'accompagne également Mme L. lors des déplacements afin de se rendre dans sa chambre, ce qui lui permet de travailler sur le rythme de marche ainsi que sa motricité globale. Au cours de ces temps de locomotion et d'installation, la réassurance et la revalorisation des capacités de Mme L. sont nécessaires.

Nous pouvons mettre en lien ces observations cliniques avec les temps de verbalisation et de dessin des fins de séance.

- Evolution des temps de verbalisation

Le rapport au corps et aux sensations corporelles peut être souvent difficile pour les personnes âgées comme Mme L. car cela peut renvoyer vers une certaine connotation négative. En effet, il est récurrent d'entendre des discours très péjoratifs sur l'écoute de soi et le recours aux soins. Ainsi, Mme L. rencontre des difficultés à dire quand elle ressent des douleurs ou de parler d'évènements difficiles comme les chutes. De ce fait, Mme L. a tendance à minimiser les événements en lien avec sa santé car, selon elle, « *il faut être dur au mal* ».

Au cours de nos discussions en fin de séance, Mme L. me confie « *ne pas être suffisamment à l'écoute de son corps et de ses sensations* ». Cette évolution dans le discours de Mme L. est à mettre en relation avec le travail autour de la symbolisation des différentes sensations de son corps par le dessin (*annexe 5*). En effet, grâce à ce dispositif, Mme L. peut situer les endroits de son corps où les sensations sont agréables, gênantes ou douloureuses. Cela se décline au travers d'un code couleur instauré puis reporté sur le dessin.

Nous pouvons faire l'hypothèse que le fait que Mme L. puisse dire qu'elle n'est pas suffisamment à l'écoute de son corps et de ses sensations, démontre l'amorce d'un travail d'écoute de soi car elle peut se rendre compte qu'elle néglige cet aspect. En effet, au début de la prise en charge, il était difficile pour Mme L. de nommer et de décrire des sensations diverses mais au fur et à mesure du travail en séance, elle peut s'en approcher.

Au fil des rencontres, j'observe une évolution au niveau de la verbalisation. Mme L. peut enrichir son vocabulaire en lien avec les sensations ainsi que le rapport au corps. En effet, au début de la prise en charge, Mme L. exprime que « *c'est agréable* », que « *cela fait du bien* ». Puis, petit à petit, Mme L. peut se confier et être à l'écoute de son état psychocorporel. Ainsi, elle peut me dire par moments « *avoir mal aux bras* » ; « *être fatiguée dû aux changements* » ; « *se sentir en confiance avec moi* » ; « *se sentir bien* » « *être détendue* ». L'alliance thérapeutique instaurée et le travail engagé par Mme L. lui permettent d'accéder peu à peu à son corps et de renouer avec ses sensations.

Mme L. s'est montrée de plus en plus investie dans ces temps d'échange et de travail autour du dessin à colorier. Au départ, il était difficile de différencier les parties du corps et les sensations qu'elle pouvait ressentir. Puis, au fil des séances, Mme L. a pu prendre le temps de les nommer et d'engager un travail d'écoute de soi. En effet, certaines sensations en lien avec des régions corporelles étaient difficiles d'accès pour Mme L. Cependant, elle a pu me proposer de créer une autre catégorie et un code couleur en plus, qui est celle « *des zones corporelles que l'on ne sent pas encore* ». Ainsi, au fur et à mesure des séances, Mme L. a pu se concentrer sur une écoute corporelle plus riche et globale.

De même, au cours de nos échanges, nous avons pu faire des liens avec les multiples chutes subies par Mme L. De ce fait, j'ai pu constater une évolution dans son discours avec moins de dévalorisation de soi et de ses capacités. Mme L. est plus à l'écoute d'elle-même et un certain apaisement est observable.

Le travail engagé avec Mme L. a permis une mise en sens des éprouvés corporels ainsi qu'un soutien des enveloppes et des représentations du corps. A présent, nous allons développer les perspectives d'évolution de la prise en charge pour Mme L.

- Perspectives d'évolution

Le suivi de Mme L. se poursuit jusqu'à la fin de mon stage en raison des retours positifs de Mme L. sur la pratique ainsi que des discussions avec l'équipe encadrante de l'unité. En effet, elle a noté une nette amélioration depuis le début de la prise en charge en ce qui concerne l'agitation, l'anxiété envahissante et la dévalorisation de soi. Mme L. semble plus apaisée avec moins de comportements moteurs aberrants. Le travail autour de l'image du corps et de la revalorisation de soi est à poursuivre.

Après mon départ, le suivi en tant que tel ne pourra pas se poursuivre en raison d'un manque de moyens économiques et humains. Cependant, après réflexion avec ma maître de stage, il est possible que Mme L. puisse intégrer un groupe au sein du PASA qui a pour projet de développer l'écoute sensorielle au travers de diverses stimulations comme les relaxations et les massages sensoriels. De plus, la structure dispose d'une pièce avec une baignoire qui permet de pratiquer des bains thérapeutiques. Cela pourrait être un dispositif à proposer à Mme L. car cela lui permettrait de maintenir un travail sur les enveloppes corporelles et la contenance.

Ainsi, il existe plusieurs possibilités afin de poursuivre les actions engagées auprès de Mme L. De ce fait, le choix de la médiation se fera en accord avec les besoins et la dynamique globale de Mme L.

Au cours de cette dernière partie, nous avons pu découvrir l'application clinique et thérapeutique du toucher auprès d'une population vieillissante. De plus, nous avons pu développer les différents aspects du cadre thérapeutique. Ainsi, nous pouvons observer que ce cadre peut être modulé en fonction de plusieurs données comme le besoin, le patient, le lieu de pratique ou encore les moyens mis à disposition. L'application de la pratique psychomotrice du toucher auprès de Mme L., m'a permis de connaître un peu plus les différents aspects de cette médiation.

Conclusion

A travers cet écrit, nous avons développé de nombreux aspects du vieillissement et de la pratique psychomotrice, cela étant dans le but de répondre à un questionnement initial qui est : **Quel est l'apport du toucher thérapeutique dans le vécu de la chute chez les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ?**

La maladie d'Alzheimer représente un facteur important de risque de chute. De plus, cette pathologie provoque de nombreuses conséquences psychiques et corporelles. La chute, quant-à-elle, est un évènement qui fait résonance en chacun de nous. Cet impact varie en fonction de l'âge et de l'état de santé. La chute comporte de nombreuses significations et peut engendrer l'expression de divers troubles complexes. Ainsi, ces deux phénomènes sont intriqués et agissent l'un sur l'autre. De ce fait, l'unité psychocorporelle de la personne âgée s'en trouve doublement perturbée.

Le toucher par son approche globale et contenante peut soutenir l'unicité psychocorporelle de la personne âgée démente ayant chuté. En effet, c'est un sens apportant des contacts enveloppants et structurants. Il permet également de mettre en jeu la communication non-verbale par les postures, les mimiques ou encore le dialogue tonico-emotionnel. La pratique du toucher offre un retour aux sensations corporelles et engage un travail des représentations du corps.

Grâce à l'accompagnement mis en place auprès de Mme L., j'ai pu prendre conscience de la richesse de cette pratique et de l'intérêt qu'il peut détenir dans l'accompagnement du vécu des chutes. De part cet engagement et cette relation de confiance thérapeutique, Mme L. a pu progressivement engager un travail de reconnexion avec ses sensations corporelles. De ce fait, il est intéressant d'apprécier l'impact que le toucher thérapeutique peut avoir auprès de cette population dont le besoin de contact est si important.

En ce qui concerne mes ressentis, je me suis sentie à l'aise dans la relation thérapeutique, j'ai pu développer et pratiquer cette médiation qui m'intéresse grandement. La mise en place de cette prise en charge m'a permis de me familiariser avec les différents paramètres du cadre et de comprendre l'importance du soutien relationnel que peut pratiquer le psychomotricien auprès de cette population.

De ce fait, j'ai pu également observer, au travers de mes différents lieux de stage, la multitude d'actions que peut exercer le psychomotricien en lien avec le toucher. En effet, au cours de mon stage en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), j'ai pu appliquer cette pratique afin de répondre à différents besoins. De plus, c'est une médiation qui est de plus en plus utilisée auprès des enfants qui sont en demande de ce contact contenant, enveloppant et sécurisant. Ainsi, la médiation du toucher thérapeutique peut s'appliquer à de nombreux publics comprenant des problématiques différentes.

Annexes

Annexe 1 :

Décret d'acte de compétences du psychomotricien :

1. Le décret de compétence du psychomotricien :

JOURNAL OFFICIEL DU 6 JUILLET 1990
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉCRET

relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

LE PREMIER MINISTRE,

SUR le rapport du ministre des affaires sociales et de l'emploi,

— VU le Code de la Santé Publique, notamment l'article L. 372,

— VU le décret n° 74-112 du 15 février 1974, modifié notamment par le décret n° 85-188 du 7 février 1985 portant création du diplôme d'État de psychomotricien,

— VU l'avis de l'Académie nationale de médecine,

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

DÉCRÈTE :

ARTICLE 1^{er} :

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient

1) Bilan psychomoteur

2) Éducation précoce et stimulation psychomotrice

3) Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants, au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

— retards du développement psychomoteur,

— troubles de la maturation et de la régulation tonique,

— troubles du schéma corporel,

— troubles de la latéralité,

— troubles de l'organisation spatio-temporelle,

— dysharmonies psychomotrices,

— troubles tonico-émotionnels,

— maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies,

— débilité motrice,

— inhibition psychomotrice,

— instabilité psychomotrice,

— troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4) Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Suite annexe 1 :

ARTICLE 2 :

Peuvent accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1^{er} les personnes titulaires du diplôme d'État de psychomotricien.

ARTICLE 3 :

Peuvent également accomplir les actes professionnels énumérés à l'article 1^{er} les salariés ayant exercé, à titre principal et dans les conditions fixées à l'article 1^{er}, l'activité de psychomotricien pendant au moins trois ans au cours des dix années précédant la date de publication du présent décret et qui auront satisfait dans les trois ans suivant cette date à des épreuves de vérification des connaissances. Les modalités d'organisation, la nature du contenu de ces épreuves ainsi que la composition du jury sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du conseil supérieur des professions paramédicales.

ARTICLE 4 :

Le ministre des affaires sociales et de l'emploi et le ministre délégué auprès du ministre des affaires sociales et de l'emploi, chargé de la santé et de la famille, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal Officiel de la République française.

Fait à Paris, le 28 avril 1988

PAR LE PREMIER MINISTRE,
LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI
LE MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE
L'EMPLOI CHARGÉ DE LA SANTÉ.

Annexe 2 :

Mini Mental State Examination (MMSE) GRECO :

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. En quelle année sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |
| 2. En quelle saison ? | <input type="checkbox"/> |
| 3. En quel mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quel jour du mois ? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quel jour de la semaine ? | <input type="checkbox"/> |

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

- | | |
|--|--------------------------|
| 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est située ce département ? | <input type="checkbox"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ? | <input type="checkbox"/> |

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|--------------------------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*

Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**

24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

- | | |
|--|--------------------------|
| 25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, | <input type="checkbox"/> |
| 26. Pliez-la en deux, | <input type="checkbox"/> |
| 27. Et jetez-la par terre. »**** | <input type="checkbox"/> |

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit »

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

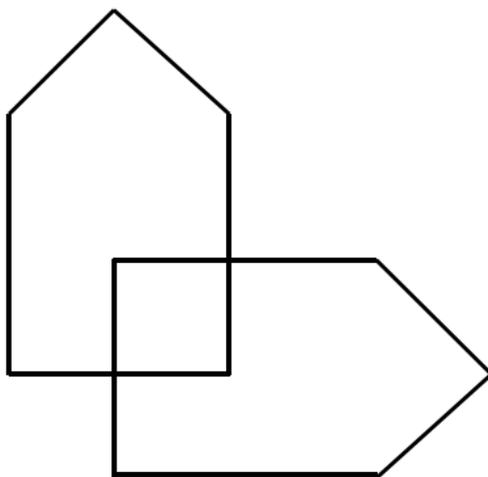
Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Suite Annexe 2 :

« FERMEZ LES YEUX »



Score supérieur à 24 : démence très légère,

Score entre 19 et 24 : démence légère,

Score entre 10 et 18 : démence modérée,

Score inférieur à 10 : démence sévère.

Annexe 4 :

Grille NPIES

provenant du Centre Mémoire de Ressources et de Recherches – CHU
de Nice :

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

Nom: _____ Age: _____ Date de l'évaluation: _____

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

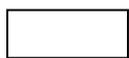
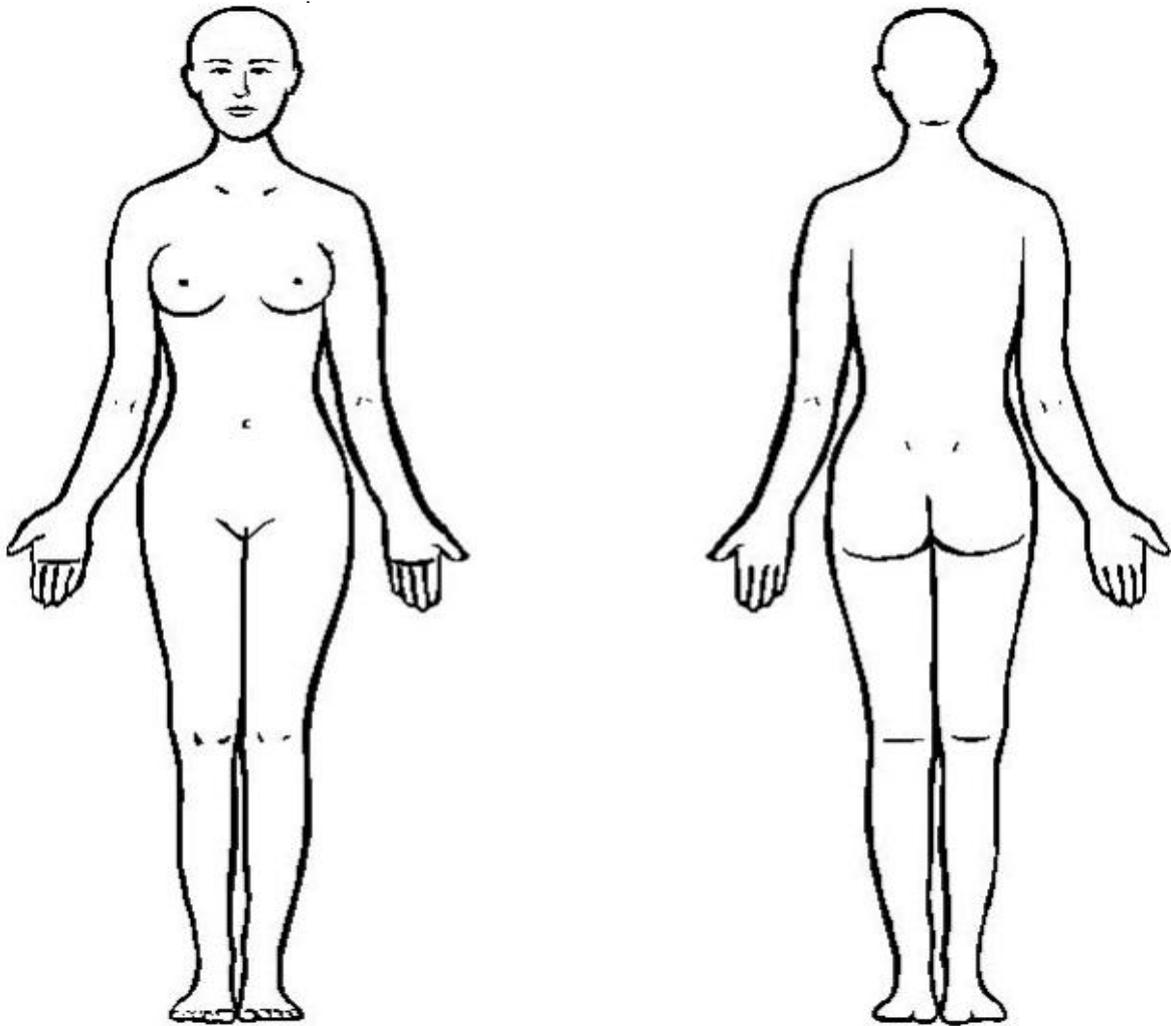
pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 10					[]	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 12					[]	

Annexe 5 :

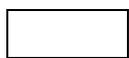
Dessin utilisé en séance avec Mme L. :



Parties du corps **douloureuses**



Parties du corps **gênantes**



Parties du corps **agréables, qui vont bien**

Bibliographie

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances Psy*, n° 49(4), 14.

Ballouard, C. (2011). 1. Définitions de la psychomotricité. *Aide-Memoire*, 2e éd., 5.

Benois, M.-F., & Michel, C. (2010). *Approche psychologique de la personne âgée appréhender le vieillissement, en comprendre les manifestations, accompagner et entretenir le "bien vivre*. (p.4; 6 ; 14- 16 ; 20-21) Doc éditions.

Bonneil, A., Meunier, C., & Reby-Bodereau, A. (2020). *Psychomotricité et troubles psychomoteurs*, 13.

Boudreault, A., & Ntetu, A.-L. (2006). Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées. *Recherche en soins infirmiers*, N° 86(3), 53.

Brethes, C. (2013). ' « Je vieillis donc je suis »' : Renarcissiser nos aînés en institution par la médiation toucher. 92.

Calza, A. (2011). *Psychomotricité*. 245.
https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100052772966.0x000001

Caroline Roussel-Baclet. (2015, septembre 19). *Le vieillissement cognitif*. 10-12.

Cazaban, S. (2018). `` Aïe, mes enveloppes ! '' *La psychomotricité, un soutien aux enveloppes psychocorporelles des personnes âgées atteintes de syndrome démentiel*. 80.

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-a). *AGNOSIE : Définition de AGNOSIE*. Consulté 4 mars 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/agnosie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-b). *ANAMNÈSE : Définition de ANAMNÈSE*. Consulté 11 février 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/anamn%C3%A8se>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-c). APHASIE : Définition de APHASIE. Consulté 4 mars 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/aphasie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-d). APRAXIE : Définition de APRAXIE. Consulté 4 mars 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/apraxie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-e). AUTONOMIE : Définition de AUTONOMIE. Consulté 9 janvier 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/autonomie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-f). DÉPENDANCE : Définition de DÉPENDANCE. Consulté 9 janvier 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/d%C3%A9pendance>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-g). IDENTITÉ : Définition de IDENTITÉ. Consulté 26 janvier 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/identit%C3%A9>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-h). PARATONIE : Définition de PARATONIE. Consulté 1 avril 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/paratonie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-i). PROSOPAGNOSIE : Définition de PROSOPAGNOSIE. Consulté 4 février 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/prosopagnosie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-j). SOMATOGNOSIE : Définition de SOMATOGNOSIE. Consulté 1 avril 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/somatognosie>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-k). TOUCHER : Définition de TOUCHER. Consulté 4 mars 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/toucher>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-l). VIEILLESSE : Définition de VIEILLESSE. Consulté 9 janvier 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/vieillesse>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-m). VIEILLISSEMENT : Définition de VIEILLISSEMENT. Consulté 9 janvier 2021, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/vieillessement>

Chabellard, E. (2004). Toucher pour exister ou l'intérêt de l'accompagnement psychomoteur des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Charazac, P. (2012). Chapitre 6. Le soutien par le corps. *Psychotherapies*, 106-107; 110 ; 112-113.

Charazac, P. (2015a). 15. La maladie d'Alzheimer et l'état démentiel. *Aide-Memoire*, 2e éd., 319-320.

Charazac, P. (2015b). 16. Maladie grave, douleur, chute et glissement. *Aide-Memoire*, 2e éd., 364.

Charazac, P. (2015c). 22. Médicaments et thérapies spécialisées. *Aide-Memoire*, 2e éd., 496-497.

Charazac, P. (2020a). 3. Le corps. *Les Ateliers du praticien*, 3e ed., 36 ; 39-40.

Charazac, P. (2020b). 15. La maladie d'Alzheimer et l'état démentiel. *Les Ateliers du praticien*, 3e ed., 320-321 ; 337.

Charpentier, É. (2013). Toucher thérapeutique et psychomotricité : Soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée. 93.

Charpentier, E. (2017). Le toucher thérapeutique chez la personne âgée (p 9-11 ;13-16; 42; 46-47; 54; 56; 59-63)

<http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=http://international.scholarvox.com/book/88841182>

Choque, J. (2017). Prévention des chutes des personnes âgées en institutions : Hôpital, Ehpad, maison de retraite : 200 exercices pratiques et ludiques, 350 photographies démonstratives. (p 3-11)

Cofler, M. (2016). Réflexions sur l'intérêt du toucher thérapeutique en psychomotricité dans l'expression de troubles du comportement de la personne âgée démente. 100.

Collège des enseignants de neurologie. (2016, novembre 22). Syndrome démentiel. Collège des Enseignants de Neurologie.

<https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-9>

Corpus de gériatrie. (2000). Le vieillissement humain : Vol. tome 1 (p. 9-12).

Descamps, M.-A. (1993). 14—La proxémie ou le code des distances. Psychologie d'aujourd'hui, 2e ed., 125-126.

Dormia, C., & Feve, S. (2015). Psychomotricité auprès de la personne âgée : Fiches d'activités à l'usage du psychomotricien. (p. 5)

Dortier, J.-F. (2017). Empathie et bienveillance : Révolution ou effet de mode ? Sciences Humaines, N° 293(6), 2-2.(p. 2)

Dudzeele, G. C. de. (2007). Contre-transfert et désir de l'analyste. Les Lettres de la SPF, N° 17(1), 11.

Floccia, M., Ru, F. L., & Martin, V. (2020). Chapitre 5. Douleurs. In Hypnose en pratiques gériatriques (p. 199). Dunod.

<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/hypnose-en-pratiques-geriatriques--9782100813100-page-199.htm>

France Alzheimer & maladies apparentées. (2020). Mieux comprendre la maladie d'Alzheimer. Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées. (p.3-4; 8; 10; 22) www.francealzheimer.org

Georges Dolisi. (s. d.). Presbyvestibulie—Dictionnaire médical. Consulté 24 janvier 2021, à l'adresse <https://www.dictionnaire-medical.net/term/49802,1,xhtml>

Guillon, M., & de Brucq, H. (2008). 43 La psychomotricité : Thérapeutique non médicamenteuse dans la prise en charge de la personne âgée. *NPG*, 8, A24-A24.

[https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(08\)74171-0](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(08)74171-0)

Haute Autorité de Santé. (2009, juin 23). Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Haute Autorité de Santé.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees

Hilion, A. (2015). Chapitre 15. Maladie d'Alzheimer et psychomotricité. In *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 255-256). Dunod.

<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/cas-pratiques-en-psychomotricite--9782100721399-page-252.htm>

Hudon, C. (s. d.). Maladie d'Alzheimer. Association québécoise des neuropsychologues. Consulté 26 janvier 2021, à l'adresse <https://aqnp.ca/documentation/degeneratif/maladie-d-alzheimer/>

Hugonot-Diener, L., Rossi, E., Gauillard, J., Hanon, C., Guyon, F., & Kruczek, E. (2017). Retrait et vieillissement. *L'information psychiatrique*, Volume 93(4), 303-306.

Ignazio, A. d', & Martin, J. (2018). 100 idées pour développer la psychomotricité des enfants. (p. 10; 12)

Jacqueline Trincaz. (2015). Personne âgée : Quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui. In *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées* (p. 467-477).

Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, Volume 2(3), 193.

Juhel, J.-C. (2010). Psychomotricité au service de la personne âgée : Réfléchir, agir et mieux vivre. *Chronique sociale*. (p. 9-14; 95-101)

Julien Bourdet. (2014, mars 4). Quand le toucher décline. CNRS Le journal. <https://lejournal.cnrs.fr/articles/quand-le-toucher-decline>

Kaës, R. (2008). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. In Didier Anzieu : Le Moi-peau et la psychanalyse des limites (p. 80-81). Érès. <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/didier-anzieu-le-moi-peau-et-la-psychanalyse-des--9782749208053-page-67.htm>

Kiledjian, É. (2014). Responsabilité éthique dans une clinique de la perte de soi. Jusqu'à la mort accompagner la vie, N° 117(2), 8.

Larousse, É. (s. d.-a). Définitions : Autonomie- Dictionnaire de français Larousse. Consulté 3 janvier 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/6779>

Larousse, É. (s. d.-b). Définitions : Dépendance- Dictionnaire de français Larousse. Consulté 3 janvier 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pendance/23742>

Larousse, É. (s. d.-c). Définitions : Vieillesse- Dictionnaire de français Larousse. Consulté 26 décembre 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921>

Larousse, É. (s. d.-d). Définitions : Vieillessement- Dictionnaire de français Larousse. Consulté 26 décembre 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillessement/81927>

Laubier, A. de, & Mauvezin, S. (2020). Psychomotricité et kinésithérapie : Deux approches corporelles médicalisées. *Empan*, n° 118(2), 96.

Le Robert. (s. d.). vieillesse—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert. Consulté 26 décembre 2020, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/vieillesse>

Lepage, S., Gillain, S., & Petermans, J. (2012). Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) : Une entité clinique encore méconnue. *Rev Med Liège*, 75-76.

Martineau, J.-L. (2006). Winnicott était-il gestaltiste ? *Gestalt*, no 30(1), 173.

Marvaud, J. (2020). La peau et le toucher (thème et variations). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(2), 138.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.12.014>

Michel, Soppelsa, Albaret, S., Régis, Jean-Michel. (2011). Examen Géroto Psychomoteur (HOGREFE).

Montagu, A., & Leboyer, F. (1979). *La Peau et le toucher : Un premier langage*. Éditions du Seuil. (p.11-14; 86)

Morin, C. (2013a). 1. Le schéma corporel. *Psychanalyse*, 21-22.

Morin, C. (2013b). 2. L'image du corps. *Psychanalyse*, 39-43.

Navarro Ocampo, G., Bréjard, V., & Bonnet, A. (2017). La chute chez le sujet âgé : De l'impact psychologique au travail psychique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(97), 43-45.
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.02.003>

Péruchon, M. (2012). Prolégomènes à une théorie hypercomplexe de la maladie d'Alzheimer : Aspects neuropsychanalytiques. In *Les démences au croisement des non-savoirs* (p. 40; 43). Presses de l'EHESP.

<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/les-demences-au-croisement-des-non-savoirs--9782810901050-page-35.htm>

Piano, J., & Lafont, V. (2014). Chapitre 4. Comportements perturbateurs. In *Alzheimer et états comportementaux* (p. 35). Dunod.

<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/alzheimer-et-etats-comportementaux--9782100713028-page-33.htm>

Pireyre, É. W. (2015). Chapitre 7. La peau dans l'image du corps. *Psychotherapies*, 76.

Plociniak, L. (2015). La psychomotricité auprès de la personne âgée démente anxieuse en EHPAD : Les médiations bain et toucher thérapeutique comme supports de l'accompagnement. 105.

Podvin-Deleplanque, J., Dreuil, D., Huvent, D., & Puisieux, F. (2015). Prévention des chutes en EHPAD. *La Revue de Gériatrie*, Tome 40(N°6), 8 (p. 356).

Potel Baranes, C. (2019). Être psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir. ERES. (p.27;150-151; 248-249; 346-359)

<https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Fetre-psychomotricien--9782749264264.htm>

Potel, C. (2009). Du corps à l'enveloppe corporelle. *Sante mentale*, 33-39.

Presbyacousie. (2019, janvier 23).

<https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=presbyacousie>

Racin, C. (2015). La chute : « à corps défendant », une ouverture sur le travail du vieillir ? *Gerontologie et societe*, 37 / n° 148(1), 35.

Reynaud, M.-A. (2019). Le travail sur les enveloppes psychocorporelles en psychomotricité chez le sujet addict. *Psychotropes*, Vol. 25(2), 119-121.

Ribadier, A., & Sainjeon-Cailliet, S. (2011a). Identité et chute de la personne âgée. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 52-56; 58-59). Érès.

<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/proteger-et-construire-l-identite-de-la-personne--9782749214733-page-49.htm>

Roussillon, R. (2019). Chapitre 2. Une métapsychologie de la médiation et du médium malléable. In *Manuel des médiations thérapeutiques: Vol. 2e éd.* (p. 42-43). Dunod.

<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/manuel-des-mediations-therapeutiques--9782100769179-page-42.htm>

Sandor-Buthaud, M. (2003). « Quand on ne la trouble pas... » Essai sur la régression. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, n° 107(2), 7.

Santé Publique France. (2020, janvier 30).

Chute. /maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute

Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances Psy*, no20(4), 92.

Schaub, C., Gunten, A. von, & Morin, D. (2016). Examen de la portée des connaissances sur les concepts du toucher et du massage et de leurs effets sur l'agitation et le stress des personnes âgées hospitalisées atteintes de démence. *Recherche en soins infirmiers*, N° 126(3), 9.

Spychala, K. D. (2005a). 2. Comprendre le malade. *Pratiques gerontologiques*, 36-37.

Spychala, K. D. (2005b). 4. Les thérapies. *Pratiques gerontologiques*, 64 ; 68.

Table des matières

Remerciements.....	
Avant-propos	
Sommaire	
Introduction.....	1
Partie I : La personne vieillissante.....	4
I. La vieillesse et le vieillissement.....	5
1. La vieillesse	5
2. Le vieillissement.....	6
A) Les modifications physiques	7
• Le vieillissement sensoriel	8
B) Les modifications cognitives	11
C) Les modifications psycho-affectives	13
D) L'autonomie et la dépendance	14
• L'autonomie	14
• La dépendance	15
II. Le vieillissement pathologique et la chute en institution	17
1. Un syndrome démentiel : la maladie d'Alzheimer	17
A) Le vieillissement pathologique : les syndromes démentiels.....	17
B) La maladie d'Alzheimer : définition et facteurs de risque.....	18
C) Les mécanismes physiologiques et les structures atteintes	20
D) Les modifications psycho-affectives et comportementales.....	22
E) Les perturbations corporelles et identitaires en lien avec la maladie d'Alzheimer .	23
• Le schéma corporel et ses modifications.....	24
• L'image du corps et son altération.....	26

2.	Les situations de chute	29
A)	Définitions et données épidémiologiques	29
B)	Les facteurs de risque	30
C)	Le sens de la chute	31
D)	Les conséquences d'une chute	33
•	Répercussions physiques	33
•	Répercussions psychiques et identitaires	33
•	Les syndromes psychomoteurs associés	34
Partie II : Le toucher dans la pratique psychomotrice et son intérêt pour la personne âgée démente ayant chuté		36
I.	Le métier de psychomotricien en EHPAD	37
1.	Définitions et cadre d'exercice	37
A)	Définitions de la psychomotricité et du métier de psychomotricien	37
•	La psychomotricité	37
•	Le métier de psychomotricien	38
•	Le métier de psychomotricien en EHPAD	38
2.	Les outils de travail du psychomotricien en EHPAD	39
A)	Le bilan psychomoteur	39
•	Définition du bilan psychomoteur	39
•	Le bilan psychomoteur en EHPAD	40
B)	Les médiations thérapeutiques	42
•	Définition des médiations thérapeutiques	42
•	Les médiations thérapeutiques en EHPAD pour accompagner le vécu de la chute chez la personne âgée démente	43

II. La peau et le sens du toucher comme supports d'un réinvestissement de soi.....	44
1. La peau : un repère identitaire	44
A) Un fonctionnement physiologique	44
B) Un support psychique et corporel	46
2. Le toucher en psychomotricité	49
A) Définition du toucher	49
B) Les différents types de toucher retrouvés en institution.....	49
C) Le toucher thérapeutique dans la thérapie psychomotrice	51
• Les notions psychomotrices en lien avec le toucher	51
• Le rôle du psychomotricien dans le soutien et la mise en sens de l'éprouvé corporel	52
• La relation thérapeutique et le toucher	53
• Les limites du toucher thérapeutique dans la relation soignant-soigné.....	55
• L'intérêt de l'accompagnement du toucher thérapeutique dans le vécu de la chute pour les personnes âgées démentes	57
Partie III : Illustration clinique du toucher thérapeutique chez la personne âgée démente ayant chuté.....	59
I. Mon lieu de stage	60
1. Le stage	60
A) Présentation de l'EHPAD et du PASA.....	60
• L'EHPAD	60
• Le PASA	60
B) Les professionnels de la structure	62
C) Ma place de stagiaire.....	63
II. L'accompagnement de Mme L.	64
1. Une médiation : le toucher massage psychomoteur	64

2. Application du toucher massage psychomoteur dans le suivi en psychomotricité de Mme L.....	65
A) Notre rencontre.....	65
B) Histoire de vie.....	66
C) Présentation générale	66
• Bilans pluridisciplinaires	66
• Bilan psychomoteur.....	67
• Parcours dans l’institution	69
D) Accompagnement en psychomotricité.....	71
• La construction d’un cadre	71
• Le toucher médié	72
• Le toucher direct	74
• Evolution des temps de verbalisation.....	76
• Perspectives d’évolution.....	78
Conclusion.....	79
Annexes.....	81
Annexe 1 :	81
Annexe 2 :	83
Annexe 3 :	85
Annexe 4 :	85
Annexe 5 :	87
Bibliographie.....	88
Table des matières	97