



HAL
open science

**”Le toucher comme lien d’un tout chez la personne
âgée.” Intérêt du toucher dans la prise en soin
psychomotrice de la personne âgée atteinte de troubles
neurocognitifs majeurs**

Léa Pereira

► **To cite this version:**

Léa Pereira. ”Le toucher comme lien d’un tout chez la personne âgée.” Intérêt du toucher dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs. Psychologie. 2023. dumas-04318301

HAL Id: dumas-04318301

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04318301>

Submitted on 1 Dec 2023

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.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé - Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

« Le **toucher**, comme lien d'un **tout chez** la personne âgée. »

Intérêt du toucher dans la prise en soin psychomotrice de la personne âgée
atteinte de troubles neurocognitifs majeurs.

PEREIRA Léa

Née le 18/10/2000 à PAU.

Juin 2023

Directrice de Mémoire : MALAMAN Jennyfer

Remerciements.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné dans l'élaboration de ce projet.

Tout d'abord, je remercie ma directrice de mémoire et maître de stage : Jennyfer, pour son aide précieuse, son soutien et sa disponibilité.

Merci à tous les psychomotriciens que j'ai pu rencontrer au cours de mes stages, pour leur partage d'expériences, de vécus et de savoirs.

Un grand merci à Sophie, qui m'a transmis son expérience et sa passion de la psychomotricité auprès de la personne âgée. Je la remercie particulièrement de m'avoir accompagné dans mes premiers pas en tant que psychomotricienne en devenir.

Je remercie mes parents, et mes amis pour leur soutien durant ces années de formation.

Une pensée particulière pour Camille, Gabriela, Eloïse et Juliette.

Un merci à Peio et à ma mère pour leurs relectures précieuses.

Un merci à mon groupe 3, et à mon binôme, Audrey, avec qui j'ai pu m'exprimer et expérimenter librement, toujours avec bienveillance.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique et tous les intervenants de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux, pour leur accompagnement et leur écoute.

Enfin, merci à tous les patients et familles que j'ai rencontré au cours de mes stages. Une pensée toute particulière aux résidents de l'EHPAD, et notamment à Mme P qui a ouvert ma réflexion sur ma pratique future en tant que psychomotricienne.

Sommaire

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Introduction.....	4
I. Du vieillissement normal au vieillissement pathologique.....	6
A. Vieillissement normal.....	6
B. Vieillissement pathologique.....	15
C. Troubles neurocognitifs majeurs.....	18
II. Le toucher.....	31
A. La peau, organe du toucher.....	31
B. Généralités et définitions du toucher.....	37
C. Le toucher : rôles et fonctions.....	39
D. Le toucher dans les soins chez la personne âgée.....	48
III. Toucher et psychomotricité.....	55
A. Mon lieu de stage.....	55
B. Le toucher en psychomotricité.....	56
C. Intérêt du toucher-massage psychomoteur auprès de la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs.....	68
D. Étude du cas de Mme P.....	72
Conclusion.....	83
Bibliographie.....	84
Annexes.....	91
Table des matières.....	110

Introduction.

Je rencontre pour la première fois le public âgé lors de mon stage long d'initiation thérapeutique au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). J'ai alors pu découvrir le travail et l'approche du psychomotricien auprès des personnes âgées et cela m'a beaucoup parlé.

Lors de ce stage, la première chose qui m'a interpellé a été de voir à quel point les personnes rencontrées étaient « enfermées » dans leurs troubles (cognitifs, sensoriels, moteurs) engendrant alors une rupture avec leur environnement, avec autrui et avec eux-mêmes.

Un matin, j'assiste à une séance groupale de psychomotricité avec une médiation animale, auprès de personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs et ayant de gros troubles psycho-comportementaux. Lors de cette séance, je constate une diminution de ces derniers. En effet, j'observe que les résidents caressant l'animal sont plus calmes, plus concentrés sur la tâche et davantage dans le moment présent. C'est à partir de ce moment que je me questionne pour la première fois sur l'apport du toucher.

Puis, j'ai noté qu'avec le vieillissement, le toucher reste bien souvent le seul vecteur de communication chez les résidents. En effet, dès lors qu'un professionnel tente d'entrer en communication, je relève une présence quasi-systématique d'un contact (main sur le bras, sur l'épaule), associé à un regard à hauteur de la personne.

Néanmoins, je remarque également une grande ambivalence dans la place du toucher pour le résident en EHPAD, avec d'un côté un toucher subit, souvent intrusif, lors des soins techniques par exemple, et d'un autre côté, un toucher recherché avec une quête accrue de sensations tactiles, comme la recherche d'une main à serrer, un agrippement...

Un questionnement a alors émergé autour de la place et de l'importance du toucher chez ces personnes.

De plus, lorsque je rencontre Mme P et Mme D, toutes deux souffrant de troubles neurocognitifs majeurs, dans le cadre de séances individuelles de psychomotricité, je découvre alors la médiation toucher-massage psychomoteur, qui marquera mon expérience en tant que professionnelle en devenir.

C'est ainsi que je me suis également questionnée sur la spécificité du toucher psychomoteur et ses atouts dans une prise en soin.

Suite à ces différentes observations, j'en suis arrivée à la problématique suivante :
Quel est l'intérêt du toucher dans la prise en soin en psychomotricité de la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs ?

Plusieurs hypothèses émergent alors de cette problématique :

- En effet, je fais une première hypothèse, en présumant que le vieillissement normal et le vieillissement pathologique, avec les troubles neurocognitifs majeurs, entraînent de nombreuses conséquences et pertes pour la personne atteinte, avec notamment des modifications au niveau du toucher.

- De plus, je suggère une seconde hypothèse selon laquelle le toucher revêt un rôle primordial tout au long de la vie d'une personne, depuis la période prénatale jusqu'au grand âge, et notamment dans le cadre des soins.

- La troisième hypothèse serait que le toucher thérapeutique en EHPAD, particulièrement le toucher-massage du psychomotricien, constituerait une base fondamentale dans la prise en soin psychomotrice, améliorerait la qualité d'existence, apporterait un mieux-être, restaurerait une unité psychocorporelle vers un TOUT relié, cohérent et apaisé chez le sujet âgé atteint de troubles neurocognitifs majeurs, en intervenant sur de nombreux aspects.

Je vais donc tenter de répondre à cette problématique en m'appuyant sur ces hypothèses.

Ce mémoire sera donc structuré en 3 grandes parties :

La première partie traitera, tout d'abord, du vieillissement normal et de ses conséquences sur la personne. Puis, je détaillerai le vieillissement pathologique, et plus précisément les troubles neurocognitifs majeurs et leurs symptômes.

La deuxième partie se centrera sur le toucher. En premier lieu, je présenterai la peau en tant qu'organe du toucher, puis je m'attarderai sur les rôles et fonctions du toucher et enfin, sur son abord dans les divers soins chez la personne âgée.

La troisième et dernière partie abordera le toucher thérapeutique en psychomotricité en EHPAD et ses spécificités. Aussi, je préciserai l'intérêt du toucher-massage psychomoteur auprès de la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs, que j'illustrerai, pour finir, avec une étude de cas.

I. Du vieillissement normal au vieillissement pathologique.

Une personne âgée, selon JUHEL, est une « personne qui atteint la vieillesse. » (Juhel, 2010, p. 233).

Au niveau sociétal, la perception de la personne âgée, en lien avec cette notion de vieillesse, est associée à un état de santé qui se dégrade, l'apparition de troubles, de pathologies et de dépendance.

Or vieillir n'est pas obligatoirement synonyme de pathologie(s) ; il est donc important de distinguer le vieillissement normal et physiologique du vieillissement pathologique.

A. Vieillissement normal.

1. Définitions.

Le vieillissement est donc défini selon le dictionnaire Larousse (s. d.), comme l' « ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort ». En effet, le fait de vieillir est un processus continu et linéaire tout au long de la vie, de la naissance jusqu'à la mort.

C'est donc, selon JUHEL : le « processus normal que subit tout individu et qui mène à la vieillesse. Il est caractérisé par des changements physiologiques, psychologiques, cognitifs et sociaux. » (Juhel, 2010, p. 235).

La vieillesse est donc définie, selon le dictionnaire Larousse (s. d.), comme la « dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions ». En effet, une baisse des capacités physiques et des facultés mentales survient généralement pendant cette période.

Le vieillissement est donc un processus normal et physiologique dans la vie de l'individu, lié à des modifications globales chez le sujet. On parle aussi de sénescence.

La sénescence est définie selon le dictionnaire Larousse (s. d.) comme le « vieillissement naturel des tissus et de l'organisme ». C'est « l'ensemble des processus biologiques qui modifient la structure du vivant et altèrent les fonctions de l'organisme. Elle atteint de façon différentielle toutes les structures à des âges différents. » (Collège National

des Enseignants de Gériatrie (CNEG), 2005, p. 4). La sénescence varie d'une personne à une autre, alors que la vieillesse est universelle.

Malgré les perceptions négatives qui persistent autour du vieillissement dans nos sociétés occidentales, la représentation que le sujet a du vieillissement est en évolution. On retrouve le concept de « vieillissement réussi », qui désigne un vieillissement en bonne santé, avec une préservation des capacités tant fonctionnelles que cognitives, une préservation de l'estime de soi, sans altération identitaire. Cela est différent du vieillissement usuel, normal qui se manifeste sans pathologie mais avec des dysfonctionnements inévitables liés à l'âge, aux facteurs de risque, etc.

2. Données épidémiologiques.

Selon l'Institut d'Études Opinion et Marketing en France et à l'international (anciennement nommé Institut Français d'Opinion Publique) (IFOP), l'âge du basculement dans la vieillesse est socialement établi comme étant en moyenne 69 ans. (IFOP, 2011). Cette perception de la vieillesse est variable ; en effet, à travers la question « à partir de quel âge devient-on vieux ? », on constate des disparités dans les réponses avec un basculement estimé à 61 ans chez les moins de 25 ans et à 77 ans chez les plus de 65 ans.

Il existe donc une multitude de perceptions de la personne âgée. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2023), « il n'y a pas de personne âgée "type" ».

En effet, en fonction de la perspective par laquelle le sujet perçoit, en lien avec sa propre subjectivité, sa culture et ses croyances, on va constater une variabilité dans la représentation de la personne âgée et de la vieillesse.

On peut alors considérer la personne âgée selon plusieurs prismes : le prisme sociétal avec le départ à la retraite à 64 ans et le passage de « l'actif travailleur » au « passif retraité » aux yeux de la société ; le prisme familial avec le statut de « grands-parents » par exemple ; le prisme de la perte, avec la perte progressive des capacités et de l'autonomie (âge moyen de la perte d'autonomie : 75 ans), le deuil de l'entourage (conjoint, amis), le deuil blanc du soi d'avant, la perte du domicile (âge moyen de la population en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) : 85 ans) ; ou encore le prisme économique avec le seuil établi pour les aides et prestations économiques et sociales en France qui est de 60 ans.

Grâce à de meilleures conditions de vie et aux progrès de la médecine, le pourcentage de personnes âgées dans notre société est de plus en plus important. Cela s'explique également par l'augmentation de l'espérance de vie et par la stagnation voire la diminution du taux de natalité. En effet, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (2023), en France, l'espérance de vie en 2022 est de 79,3 ans pour les hommes et 85,2 ans pour les femmes. Avec une projection d'ici 2060 d'un allongement à 86 ans pour les hommes et 91,1 pour les femmes.

On constate un croisement de 2 générations, avec une baisse des naissances et un vieillissement général de la population en hausse. La population française devrait donc vieillir car le nombre de personnes âgées augmenterait, mais aussi parce que le nombre d'enfants et d'adultes de moins de 60 ans diminuerait. (cf. annexe n° 1).

Selon le ministère de la santé et de la prévention en France (2021), « les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd'hui. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060. »

Cela est dû aux différents faits évoqués précédemment (hausse de l'espérance de vie, baisse de la natalité), mais également à l'avancée en âge de la génération issue du baby-boom. En effet, selon l'INSEE (2023), « le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec l'arrivée à 65 ans des générations nombreuses nées après-guerre. » Selon les projections, la population continuera d'être en hausse, mais cette hausse va concerner les populations de plus de 65 ans, et surtout, les personnes de 75 ans et plus. (cf. annexe n° 2). Avec cette situation future, il est donc essentiel de prendre en considération en amont le vieillissement, ses mécanismes et ses conséquences.

3. Conséquences du vieillissement normal.

Le vieillissement est un processus complexe et multifactoriel dont les mécanismes restent encore en recherches constantes.

Le vieillissement physiologique, par ces principaux mécanismes, induit une diminution des réserves, une diminution des capacités de régulation et d'adaptation.

Du fait de cette diminution, face à un stress aigu, le vieillissement va être responsable de l'apparition d'une insuffisance ou d'une défaillance d'organe ; ce vieillissement est variable d'un organe à l'autre mais également, d'un individu à l'autre.

Le processus de vieillissement entraîne de nombreuses modifications. Selon le CNEG : « il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. » (CNEG, 2005, p. 4). De plus, le vieillissement peut-être accéléré, par l'exposition à des toxiques (tabac, alcool), la sédentarité, ou encore des traitements particuliers (radiations, médicaments, etc) ou encore retardé par une alimentation saine, une pratique physique régulière, etc.

Donc, en fonction de ces différents facteurs, les conséquences du vieillissement sont diverses et très hétérogènes ; à âge égal, l'altération d'une fonction peut fortement varier. Malgré cela, on retrouve des axes de modifications communs à toute personne vieillissante.

a) Au niveau physique :

Au niveau social, l'aspect physique indique l'avancée du vieillissement chez la personne. En effet, on remarque la modification de la texture et des caractéristiques physiques de la peau (diminution de son épaisseur, de son élasticité, pâleur avec l'apparition de tâches brunes, de rides et de plis). On constate également la perte progressive des cheveux, avec un grisonnement voire un blanchiment de ces derniers, en lien avec la diminution de production de mélanine.

Au niveau fonctionnel, on retrouve des modifications sur l'ensemble de l'organisme que ce soit au niveau pulmonaire, cardiovasculaire, urinaire, digestif, etc. Par exemple, au niveau pulmonaire, on constate avec l'avancée en âge, une diminution du flux sanguin artériel et une augmentation de la pression artérielle. Cela entraîne une diminution des capacités ventilatoires et un essoufflement.

Le système immunitaire est lui aussi modifié : les barrières de protection du sujet (appareil respiratoire, peau, muqueuses digestives) s'altèrent avec le temps et peuvent favoriser des infections.

L'appareil locomoteur est lui aussi modifié au cours du temps, avec une diminution de la masse et force musculaire ; une diminution de la masse maigre et une augmentation de la masse grasse. Il y a également une diminution de la masse et de la résistance osseuse, entraînant une augmentation du risque de fractures, pouvant aller jusqu'à l'ostéoporose. On retrouve aussi des inflammations osseuses provoquant arthrite et polyarthrite (au niveau des articulations) qui engendrent une instabilité à la locomotion et à la station debout. On retrouve une limitation de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements avec généralement, des mouvements plus lents et une plus grande variabilité des performances.

b) Au niveau cognitif :

Bien qu' « il n'existe pas d'âge particulier à compter duquel [les capacités cognitives] diminuent » (Juhel, 2010, p. 11), il existe néanmoins des axes communs de modifications cognitives arrivant avec l'avancée en âge.

En effet, « il est aujourd'hui admis que le vieillissement s'accompagne du déclin de plusieurs fonctions cognitives majeures. Cependant, on reconnaît aussi qu'il se caractérise par le maintien de certaines d'entre elles. » (Angel & Isingrini, 2015, p. 291). Ce maintien est permis par une certaine plasticité (synaptique et comportementale), qui permet à la personne de s'adapter aux modifications auxquelles elle est confrontée.

On retrouve donc des modifications :

Au niveau du système nerveux (SN) : selon ANGEL et ISINGRINI, le volume cérébral diminue au cours du vieillissement, et le cortex préfrontal et les lobes temporaux sont les plus marqués par cette atrophie. (Angel & Isingrini, 2015, p. 304). De plus, l'hippocampe (impliqué dans de nombreuses fonctions cognitives) est lui aussi touché par le vieillissement.

La membrane des cellules du cerveau et du SN s'altère, entraînant une diminution de la vitesse de l'influx nerveux. On note également une diminution modérée du nombre de neurones majorant les risques de troubles mnésiques. (Juhel, 2010, p. 12).

On constate donc une réduction des capacités de traitement et une réduction des capacités mnésiques et attentionnelles. De plus, selon JUHEL : « le temps de réaction est plus lent et la

concentration pour accomplir deux tâches simultanément devient plus difficile. » (Juhel, 2010, p. 11).

Au niveau des processus de mémoire : selon JUHEL, « avec l'âge, la mémoire est moins efficace » ; « environ 80% des personnes de plus de 75 ans et plus éprouvent des problèmes de mémoire. » (Juhel, 2010, p. 12).

En ce qui concerne la mémoire à court terme, on retrouve la mémoire de travail qui permet de retenir des informations sur quelques minutes. Elle est couramment altérée avec le vieillissement.

En ce qui concerne la mémoire à long terme, elle est permise par des étapes successives : encodage, stockage et récupération. Elle regroupe deux mémoires, la mémoire déclarative et la mémoire explicite (non déclarative).

La première regroupe la mémoire sémantique (mémoire des faits théoriques avec des connaissances sur le monde et sur soi) et la mémoire épisodique (mémoire des événements passés). La seconde est composée de la mémoire procédurale (qui concerne les savoirs-faires et les processus inconscients) et la mémoire perceptive (liée aux informations perçues par les organes des 5 sens).

La sénescence provoque donc une altération de ces différentes mémoires mais en intensité différente. En effet, généralement, les mémoires de travail et épisodique sont davantage altérées par rapport aux mémoires sémantique et procédurale qui sont relativement préservées.

Enfin, au niveau des processus attentionnels, on note des troubles attentionnels globaux. En effet, le vieillissement a un impact sur l'attention soutenue (maintien de l'attention sur un temps continu), sélective (maintien de l'attention sur une tâche en inhibant les autres autour) et également divisée (maintien de l'attention sur plusieurs tâches en même temps). Il est important de tenir compte de ces troubles lors de la passation de bilans notamment psychomoteurs, car cela peut influencer sur les résultats de tests qui pourtant évaluent d'autres aspects que l'attention.

c) Au niveau sensoriel :

On retrouve une diminution du système perceptif du sujet, en lien avec la détérioration de l'organe sensoriel et avec le vieillissement du système permettant la propagation de l'information et la connexion aux voies centrales.

Au niveau de la vue, le vieillissement du cristallin et de la rétine (entre autres), entraîne des difficultés à cerner les couleurs, à focaliser sur des objets placés à différentes distances, à isoler et identifier les détails. De plus, l'activité oculomotrice est plus lente, la poursuite oculaire saccadée et l'acuité visuelle diminuée.

On retrouve une opacification, une baisse d'élasticité, de souplesse du cristallin avec une réduction de l'accommodation. Cela a généralement pour conséquence, une presbytie nécessitant le port de lunettes.

Le vieillissement du système visuel peut engendrer des pathologies telles que la cataracte (jaunissement du cristallin), la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) (vieillissement de la partie centrale de la rétine), ou encore le glaucome (pression trop élevée dans l'oeil entraînant des lésions du nerf optique).

Avec les mécanismes liés au vieillissement, Mme M subit une perte quasi-totale de sa vision (il ne lui reste seulement que 0,5 dioptrie sur 20 (sur les 2 yeux)). Cela entraîne une nécessité d'aides au quotidien, une dépendance dans ses déplacements mais également un sentiment d'isolement et de dévalorisation ayant entraîné un syndrome dépressif chronique.

Au niveau de l'ouïe, il y a une discrimination auditive plus difficile, notamment sur les hautes fréquences en lien avec l'usure progressive des cellules de l'oreille interne. On parle de presbycusie. Selon l'assurance maladie (2022), la perte auditive en décibel est de plus en plus importante avec l'augmentation de l'âge. Cela entraîne une mauvaise compréhension du discours et un isolement social. « L'ouïe est le sens qui nous insère dans le monde de la parole et de la communication. » (Juhel, 2010, p. 67).

Cette perte progressive de l'audition nécessite très souvent le port d'appareils auditifs.

Mr Z est un homme âgé de 91 ans lors de notre rencontre à l'EHPAD. Il souffre d'une perte d'autonomie légère, sans détérioration mentale et de gros troubles auditifs dus à son âge, qui ne peuvent pas être compensés par des appareils auditifs. En effet, il n'entend pratiquement plus et les conversations avec lui doivent se faire en parlant fort et très près de son oreille.

Cela freine grandement ses relations sociales et le plonge dans une situation de solitude. Il verbalise qu'il se sent seul et diminué, et qu'il ne veut plus sortir de sa chambre. Il s'est donc très peu lié aux autres résidents, ce qui rend l'intégration et l'adaptation à la vie au sein de l'EHPAD extrêmement difficile pour lui. Cette situation peut entraîner un sentiment de solitude et de mal-être chez ce résident qui présente un état dépressif en lien.

Au niveau du tact, le vieillissement apparaît plus tardivement que pour les autres sens. Il modifie la peau entraînant une diminution de la qualité et de la sensibilité des informations reçues lors de la manipulation. On nomme cela l'hypoesthésie. En effet, le seuil de sensibilité tactile et digitale chez la personne âgée augmente. Elle a donc moins de sensibilité, car il y a une diminution du nombre de récepteur ; toucher devient alors plus complexe. De plus, chez la personne vieillissante, le « être touché » est modifié. En effet, le toucher prend une toute autre perspective, il devient subi, avec un aspect davantage instrumental, technique et une certaine mise à l'écart de l'aspect psycho-affectif.

L'altération des récepteurs est globale. Par exemple, on retrouve une « altération de la sensibilité des récepteurs de la plante des pieds qui a comme conséquence une mauvaise perception du relief et de la consistance du sol. Cela affecte l'équilibre et la coordination. » (Juhel, 2010, p. 9). C'est un aspect important à prendre en compte chez la population âgée car cela peut être à l'origine de déséquilibres et de chutes.

Au niveau de l'odorat, on note une réduction de la sensibilité aux odeurs et une diminution de la capacité de reconnaissance des odeurs. On parle d'anosmie. L'odorat étant lié au goût, il y a un lien entre anosmie et perte d'appétit que l'on retrouve souvent chez les personnes âgées.

Au niveau du goût, on constate un amoindrissement du goût lié à une diminution du nombre de papilles gustatives et la baisse de leur efficacité. On retrouve également une

« diminution de l'appétit en raison du déséquilibre entre les hormones de l'appétit et celles de la satiété. » (Juhel, 2010, p. 10).

d) Au niveau postural et équilibre :

« L'équilibre résulte d'une intégration complexe de plusieurs systèmes sensoriels et moteurs. » (Juhel, 2010, p. 23). En effet, on retrouve dans les différents systèmes sensoriels, des récepteurs tels que les récepteurs visuels, auditifs, kinesthésiques, tactiles et vibratoires. Avec le vieillissement, cette intégration n'est plus aussi efficace, ce qui engendre donc des pertes d'équilibre.

Au cours du vieillissement physiologique, on retrouve généralement une posture en légère flexion du tronc avec cyphose dorsale haute, le polygone de sustentation s'élargit ce qui déplace le centre de gravité. De plus, on voit une baisse des capacités d'adaptation, une diminution de la force musculaire, une perte de mobilité articulaire et une lenteur dans l'exécution des mouvements. En effet, le sujet est dans l'incapacité de répondre à une perte d'équilibre inattendue.

Il y a une « augmentation des oscillations associée à des difficultés de maintien de la station unipodale au cours de l'équilibre statique. » (CNEG, 2005, p. 119).

Tout cela entraîne des modifications de l'aspect de la marche : plus lente, moins sûre, qui sollicite plus d'attention du sujet (regard fixé au sol), avec une diminution de la longueur et hauteur des pas, un allongement de la phase d'appui bipodal et une réduction de l'amplitude des mouvements.

Cette perte d'équilibre a pour conséquence l'apparition d'un sentiment d'insécurité, de peur et de dépendance dans les déplacements. Cela peut entraîner isolement social, refus de mobilité ou encore augmentation du nombre de chutes liées à l'instabilité posturale. De plus, « chaque chute est susceptible de provoquer la hantise d'une nouvelle chute ; le corollaire étant la crainte et la limitation de la marche et la spirale de la dépendance. » (CNEG, 2005, p. 117).

e) Au niveau psycho-affectif :

Le vieillissement est très souvent subjectif et pensé avec les propres représentations de chacun. Néanmoins, d'un point de vue sociétal, et même si la prévention évolue vers une

approche différente, le vieillissement est pensé en lien avec les pathologies, l'affaiblissement et vers finalement, la mort.

En effet, les représentations du vieillissement sont empreintes de négativité avec une vision de la vieillesse synonyme de diminution et de pertes (cognitive, physique, affective, professionnelle, sociale, etc). De plus, un sentiment d'inutilité est renvoyé par la société à la personne vieillissante, en lien avec le passage à la retraite qui entraîne une scissure entre les travailleurs et les retraités. Selon PERSONNE : « la perte ou l'amoindrissement des rôles sociaux en vieillissant, notamment après la retraite, contribue à minimiser la place de la personne âgée dans nos sociétés. » (Personne, 2011, p. 25).

Le vieillissement peut donc entraîner une réduction de l'estime de soi, une perte de confiance et une possible dénarcissisation en lien avec les modifications corporelles et sociales, les changements de l'image du corps et les pertes subies. On retrouve une modification de l'identité du sujet. Selon PERSONNE : « le vieillissement fait évoluer l'identité. En situation difficile, l'identité pâtit des vécus douloureux et des crises de l'existence, et au fil du vieillissement, les crises ne manquent pas. » (Personne, 2011, p. 7). Tout ceci peut impacter la vie sociale de la personne avec un possible isolement et repli.

Nous venons d'aborder assez globalement le vieillissement normal ; ce dernier est à différencier du vieillissement pathologique.

B. Vieillesse pathologique.

1. Généralités et définitions.

Le terme « normal » est défini selon le dictionnaire de l'Académie Française (s. d.) comme : ce « qui est conforme à la norme, à la règle ; qui suit le cours ordinaire et prévisible des choses. »

Selon le dictionnaire de l'Académie Française (s. d.), le terme « pathologie » est défini comme une « partie de la médecine traitant de la nature, des causes et symptômes des maladies ».

Selon le dictionnaire Larousse (s. d.), une pathologie est l' « ensemble des manifestations d'une maladie et des effets morbides qu'elle entraîne. » ; et donc le terme pathologique définit ce qui est « relatif à la pathologie ».

Ces deux définitions permettent donc de distinguer les concepts de vieillissement normal et pathologique. En effet, dans le vieillissement pathologique, des modifications supplémentaires viennent s'ajouter à celles liées à la sénescence physiologique, entraînant alors des pathologies.

Le vieillissement pathologique désigne donc, selon JUHEL : un « vieillissement anormalement accentué ou précipité par une maladie. » (Juhel, 2010, p. 235). Il constitue un vieillissement qui s'écarte de la norme entendue pour un certain âge, par la survenue de pathologies pouvant conduire jusqu'à la dépendance. (cf. annexe n° 3).

2. Données épidémiologiques.

Les maladies émergeant lors d'un vieillissement pathologique sont le plus souvent chroniques. Ces différentes affections se superposent les unes aux autres, entraînant des polyopathologies. Comme explique LUSSIER : « la population âgée et très âgée qui bénéficie de l'amélioration de son espérance de vie en bonne santé a la particularité de cumuler la polypathologie et la chronicité. » (Lussier, 2020, p. 116).

Par exemple, il est très fréquent chez la personne âgée de retrouver un trouble neurocognitif majeur associé à un autre trouble. (Assurance maladie, 2023) (cf. annexe n° 4).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (2015) :

« La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente. Aux risques liés à la polypathologie, s'ajoutent ceux liés à la polymédication et à la multiplicité de prescripteurs. »

3. Pathologies les plus fréquemment rencontrées chez la personne âgée.

Les pathologies les plus couramment rencontrées chez la personne âgée sont donc :

- les cancers. Selon l'OMS (2022) : « l'incidence du cancer croît considérablement avec l'âge, très vraisemblablement en raison de l'accumulation croissante de facteurs de risque de cancers spécifiques, et du fait que les mécanismes de régénération cellulaire tendent généralement à perdre en efficacité au fur et à mesure du vieillissement. » En effet, selon l'Institut Curie (2023) : « Près de 2 cancers sur 3 surviennent chez des personnes âgées de 75 ans et plus. »

- les pathologies cardiovasculaires ; telles que l'hypertension artérielle (HTA), athérosclérose, l'hypotension orthostatique, etc ; pouvant aller jusqu'à l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'insuffisance cardiaque ou encore l'infarctus du myocarde. Selon le ministère de la santé et de la prévention (2022) : « En France, elles sont la deuxième cause de décès après les cancers, avec plus de 140 000 morts chaque année, mais elles sont la première cause de décès chez les femmes tous âges confondus et chez les personnes très âgées. »

- les pathologies ostéo-articulaires ; telles que l'arthrose (articulations), l'ostéoporose (os), les fractures, les dorsalgies, etc, pouvant engendrer dépendance et diminution de l'autonomie due aux douleurs et à la peur de la chute. Selon l'OMS (2021) : « En raison de la croissance démographique et du vieillissement, le nombre de personnes atteintes d'affections ostéo-articulaires [...] augmente rapidement. »

- la dépression. Selon DE JAEGER : « La dépression est l'une des affections les plus fréquentes chez la personne âgée. » (De Jaeger, 2008, p. 74). Elle peut survenir en lien avec l'évolution d'autre(s) pathologie(s) préexistantes et peut donc être complexe à diagnostiquer. Cela peut conduire à une sous-estimation de sa prévalence et une insuffisance de traitement.

Une dépression est caractérisée par des troubles de l'humeur (tristesse, détresse morale), des perturbations psycho-affectives (perte de plaisir, détachement émotionnel, dépréciation de soi, idées suicidaires), des troubles cognitifs (baisse des performances intellectuelles, diminution des capacités attentionnelles, mnésiques et de la concentration) et des manifestations physiologiques (troubles du sommeil, de l'appétit, variations du poids, troubles sexuels, fatigue, agitation, ralentissement psychomoteur).

Elle peut provoquer une perte d'autonomie, une détérioration de la qualité de vie, une perturbation des relations sociales, pouvant aller jusqu'au syndrome de glissement ou passage à l'acte. En effet, selon l'Assurance maladie (2023) : « Chez les personnes âgées, la dépression comporte un risque suicidaire élevé. »

- les troubles neurocognitifs (TNC) ; qui regroupent les troubles neurocognitifs légers et les troubles neurocognitifs majeurs (anciennement appelés « démences »).

Les TNC légers sont définis selon la HAS (2018) comme : « une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, mais avec des capacités préservées permettant d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne. »

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd., DSM-5, American Psychiatric Association) propose des critères diagnostiques pour les TNC légers :

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

1. Une préoccupation du sujet, d'un informant fiable ou du clinicien concernant un léger déclin du fonctionnement cognitif ; et

2. Une altération modeste des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.

B. Les déficits cognitifs **n'interfèrent pas avec les capacités d'autonomie** dans les actes du quotidien (c.-à-d. que les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments sont préservées mais un plus grand effort, des stratégies compensatoires ou un aménagement peuvent être nécessaires).

C. Les déficits cognitifs ne doivent pas survenir exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium).

D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie). »

(American Psychiatric Association, 2013, p. 790).

Les TNC légers sont à distinguer des TNC majeurs.

C. Troubles neurocognitifs majeurs.

1. Définition.

Le terme « démence » était anciennement utilisé pour parler des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), et a été remplacé lors de la cinquième version du DSM. Néanmoins, il reste tout de même souvent utilisé dans le langage courant.

Selon la HAS (2018), les TNCM sont : « une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment importante pour ne plus être capable d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne (perte d'autonomie) : gérer son budget, ses traitements, faire ses courses, utiliser les transports, le téléphone. Ce trouble diffère d'un syndrome confusionnel. »

2. Critères diagnostiques.

Le diagnostic s'effectue au départ car il y a une plainte mnésique (du patient ou de son entourage).

Il y a donc un entretien médical effectué, qui s'intéresse aux modes d'installation des symptômes, aux types de symptômes et aux retentissements dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. De plus, il est important de s'enquérir des antécédents et des comorbidités afin d'écartier tout autre diagnostic différentiel.

Ensuite, bien qu'il n'existe pas de tests qui permettent d'établir un diagnostic avec certitude, la réalisation de tests de dépistage (tels que le Mini Mental State Examination (MMSE) par exemple) vont permettre de donner une appréciation globale des scores cognitifs. Ils peuvent être complétés si besoin, par un bilan neuropsychologique (qui évalue chacune des fonctions cognitives). Il peut également y avoir des examens complémentaires (bilan biologique, imagerie cérébrale, ponction lombaire par exemple) afin de poser un diagnostic étiologique et d'éliminer des causes curables ou réversibles.

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd., DSM-5, American Psychiatric Association) propose des critères diagnostiques pour les TNCM :

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

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

B. Les déficits cognitifs **interfèrent avec l'autonomie** dans les actes du quotidien (c.-à-d. tout au moins une aide nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments).

C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (delirium),

D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie). »

(American Psychiatric Association, 2013, pp. 787-788).

Donc, ce qui va différer entre le TNC léger et le TNC majeur, c'est la présence d'une altération significative ou non par rapport à avant, et la présence ou non d'une dépendance.

3. Données épidémiologiques.

Les TNCM sont des pathologies très répandues, dont la fréquence augmente avec l'âge. En effet, les TNCM concernent un quart des personnes de plus de 80 ans.

Selon l'OMS (2023) : « Plus de 55 millions de personnes sont atteintes de démence dans le monde. Chaque année, il y a près de 10 millions de nouveaux cas. » De plus, « on estime dans l'ensemble de la population, qu'entre 5 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteintes de démence à un moment donné. »

L'OMS (2023) ajoute également que : « Le nombre total de personnes atteintes de démence devrait atteindre 82 millions en 2030 et 152 millions d'ici 2050. »

Actuellement, les TNCM se classent au septième rang des causes de décès mondiales et figurent parmi les principales raisons d'incapacité et de dépendance chez les personnes âgées. Ils représentent l'une des principales sources de handicap chez les personnes âgées dans le monde.

Selon Santé Publique France (2023) : « En raison du vieillissement progressif de la population et de l'absence de traitements curatifs, le nombre de personnes souffrant de maladies neurodégénératives a considérablement augmenté au cours des dernières décennies et devrait croître de manière régulière dans les années à venir. »

4. Symptomatologie commune aux différents types de troubles neurocognitifs majeurs.

Il existe donc de nombreux types de TNCM, classés en fonction de leurs origines, dont les plus fréquents sont : (annexe n° 5).

- Les TNCM neurodégénératifs regroupant les troubles d'origine corticale : avec par exemple, la maladie d'Alzheimer (MA) ou encore la dégénérescence lobaire fronto-temporale (DLFT) ; et les troubles d'origine sous-corticale : avec par exemple, la maladie de Parkinson ou encore la maladie à corps de Lewy (MCL). Ces maladies neurodégénératives représentent à elles seules, 70 à 90% des TNCM. De plus, selon l'OMS (2023), dans ces maladies neurodégénératives, 60 à 70% d'entre elles sont des maladies d'Alzheimer.

- Les TNCM d'origine vasculaire : avec le plus souvent des TNCM survenus après un accident vasculaire cérébral (AVC).

- Les TNCM d'origine mixte : ils lient deux étiologies. Le plus souvent, dans ces troubles mixtes, on voit une coexistence entre une fragilité de l'état vasculaire cérébral, et une maladie neurodégénérative.

- Les TNCM d'origine autre : qui regroupent les causes toxiques ou carencielles (intoxications médicamenteuses, abus de substance comme l'alcool, carences en vitamines) ; les causes « neurochirurgicales » (tumeurs cérébrales, hématomes sous-duraux chroniques) ; les causes métaboliques et endocriniennes (maladies de surcharge) ; les causes inflammatoires ou infectieuses (VIH par exemple) ; les causes post traumatiques. (Bakchine & Habert, 2007, p. 280).

Les TNCM regroupent donc plusieurs types de pathologies dans lesquelles on retrouve un ensemble de symptômes communs qui vont différer selon la temporalité et la forme de manifestation des symptômes, mais également selon leur intensité.

Ces derniers peuvent être déjà présents lors du vieillissement normal, mais sont majorés avec le vieillissement pathologique et notamment avec la présence de TNCM. Selon le DSM-5 : « Les critères pour les différents TNC sont tous fondés sur des atteintes cognitives bien définies. [...] Les atteintes ainsi définies, avec les directives pour les seuils cliniques,

constituent la base sur laquelle les TNC, leur sévérité, leurs sous-types peuvent être diagnostiqués. » (American Psychiatric Association, 2013, p. 776).

On retrouve donc selon le DSM-5 (2013), des atteintes au niveau : des domaines attentionnels (attention soutenue, divisée, sélective et la vitesse de traitement) ; des fonctions exécutives, mnésiques et de l'apprentissage ; du langage ; des activités perceptivo-motrices (praxies et gnosies) ; et de la cognition sociale.

Ces symptômes peuvent être observés lors de la passation de différents tests comme, par exemple, le Mini Mental State Examination (MMSE).

C'est un test d'évaluation des fonctions cognitives et capacités mnésiques. Il ne permet pas de diagnostic mais il est utilisé à visée d'orientation diagnostique pour les troubles neuro-cognitifs, lorsqu'il est mis en lien avec d'autres résultats de tests et les observations cliniques. Il est intéressant de le refaire passer, afin de réévaluer pour voir l'évolution (maintien ou détérioration des capacités cognitives).

Il regroupe 30 questions, explorant l'orientation spatio-temporelle ; les capacités de calcul ; les capacités de mémoire à court terme ; la compréhension des demandes simples. Le résultat final est sur 30. Plus le score est bas, plus on peut s'orienter sur un trouble neuro-cognitif sévère. (cf. annexe n° 6).

À ces troubles cognitifs s'ajoutent des troubles psychomoteurs. Le Collège des Équipes de Direction des Institut de Formation en Psychomotricité (CEDIFP) propose la définition suivante :

« Le trouble psychomoteur se manifeste à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui.

Les troubles psychomoteurs sont des troubles neurodéveloppementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. Leurs étiologies sont plurifactorielles et transactionnelles associant des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression. Ils sont souvent situationnels et discrets, entravant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social. Leur analyse clinique s'appuie sur une connaissance référentielle approfondie du développement normal. Elle nécessite des investigations spécifiques dont l'examen psychomoteur, pour appréhender les aspects

qualitatifs et quantitatifs des perceptions, des représentations et des actions du sujet. » (Albaret, 2018, p. 27).

De plus, selon POTEL : « Les troubles psychomoteurs, de fait, peuvent avoir des répercussions importantes :

- sur la vie émotionnelle, la vie en relation, la vie psychique ;
- sur l'adaptation à la réalité et l'efficacité corporelle instrumentale ;
- sur les efficiences intellectuelles.

Et limitent ainsi les capacités du sujet à faire des choix et à assumer son autonomie. » (Potel, 2019, p. 201).

Ainsi, chez les personnes souffrant de TNCM, on peut retrouver des troubles psychomoteurs, qui sont liés les uns aux autres, tels que :

- Les troubles de la régulation tonique. En effet, avec le vieillissement pathologique, des difficultés de maintien d'un tonus musculaire stable et adapté à l'environnement peuvent être observées.

Le tonus musculaire est défini comme « la réaction du muscle à son propre étirement ou la sensibilité du muscle à son propre étirement. » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 161). On retrouve trois formes classiques de tonus : le tonus de fond qui est défini selon AMIEL-TISON comme « la contraction minimale, ou l'état de légère excitation d'un muscle au repos » (Pireyre, 2021, p. 87) ; le tonus d'action lors de mouvements volontaires ; et le tonus postural, chargé de maintenir et de rétablir les positions des différents segments corporels et les mouvements, en faisant face à la force de gravité et en maintenant une posture stable.

Chez les personnes ayant des TNCM, on note le plus souvent une augmentation pathologique du tonus de fond, aussi appelée hypertonie de fond. On peut également retrouver d'autres types de troubles, tels que des paratonies par exemple qui sont définies comme une « résistance perçue lors de l'examen de la mobilisation passive des membres liée à l'incapacité de relâcher sur commande un groupe musculaire » (Albaret & Feuillerat, 2018, p. 142). Elles sont « présentes de façon massive dans les différentes démences » et « augmentent avec la progression de la démence. » (Albaret & Feuillerat, 2018, p. 143).

Les troubles toniques peuvent entraîner une instabilité posturale, des difficultés au niveau de la motricité globale, des troubles de l'équilibre avec un risque majoré de chutes.

De plus, le tonus est décrit comme la toile de fond des émotions, en lien avec le dialogue tonico-émotionnel. On retrouve alors associés aux symptômes psycho-comportementaux des TNCM, des troubles de régulation tonique en lien avec les émotions. On peut par exemple remarquer une hypertonie plus importante lors de moment d'angoisses vécues par la personne. La présence de troubles de la régulation tonique peut donc entraîner une désorganisation de la sphère émotionnelle du sujet, avec également une représentation modifiée du corps selon les parties impliquées par les troubles toniques ; cela peut entraîner une altération de la conscience de l'unité corporelle, avec un schéma corporel et une image du corps affectée.

- Les troubles du schéma corporel (SC) et de l'image du corps (IC). En effet, comme évoqué précédemment, le vieillissement pathologique et notamment les TNCM, sont synonymes de modifications avec des pertes physiques, cognitives, psychiques, psycho-affectives et une privation sensorielle amenant à des limites corporelles qui deviennent floues, engendrant des remaniements identitaires. Ces modifications participent à une altération des représentations corporelles de la personne, et notamment du SC et de l' IC.

Le SC selon ALBARET correspond à :

« un ensemble de représentations pour l'action et répond donc à la fameuse question “Où ?” (où sont les membres et où est la cible de l'action ?) mais aussi à la question “Comment ?” (comment utiliser l'ensemble du corps pour réaliser le but fixé ? comment atteindre un point du corps ?), fournissant les informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps : [...] il intervient dans la locomotion (se déplacer) et la préhension (saisir des objets). Il est constitué à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices qui concourent à la genèse de l'action. Ce système opère en dehors de toute conscience du sujet et nous permet de réaliser les actions de notre vie quotidienne. » (Albaret, 2015, p. 216).

Avec les TNCM, la personne éprouve une perturbation de la représentation de ses parties corporelles, elle est incapable de les nommer, que ce soit sur son propre corps ou sur celui d'autrui. Cette situation peut conduire la personne à se percevoir comme morcelée.

Toujours selon ALBARET, l'IC :

« sert à l'identification et à la reconnaissance du corps et répond à la question “Quoi ?” (Quel corps suis-je ? Quelles sont les particularités de mon corps ou de mon apparence corporelle ?). Elle regroupe des perceptions et des attitudes à l'égard de son propre corps qui s'expriment par des pensées, des convictions, des sentiments mais aussi des comportements (Cash, 2004). [...] Un investissement de cette image du corps [...] aura des conséquences à la fois comportementales, cognitives et affectives. Cette image du corps est influencée par un ensemble de facteurs socioculturels, psychologiques, biologiques. Elle est par définition consciente. » (Albaret, 2015, p. 216).

Chez les personnes ayant des TNCM, on peut retrouver une dépersonnalisation, c'est-à-dire une perte de sens de soi-même et une étrangeté de soi-même, en lien avec un trouble de l'IC.

Ces deux concepts sont étroitement liés ; ils participent à la relation à soi avec la construction de l'estime de soi et une narcissisation à partir de l'IC et avec la conscience d'être un tout unique et différencié d'autrui ; à la relation à l'autre, avec la reconnaissance de l'existence de l'autre ; et à la relation à l'environnement avec une conscience de l'espace autour de lui-même ; qui sont indissociables les uns des autres.

Une altération de l'IC peut entraîner des troubles narcissiques avec une détérioration de l'estime de soi, une perte identitaire et la perception de devenir étranger à soi-même, une perte du sentiment d'unité psychocorporelle avec une conscience corporelle troublée.

Une altération du SC peut entraîner un déficit de la structuration spatio-temporelle associée à une désorientation spatio-temporelle due aux troubles cognitifs, entraînant des difficultés d'adaptation ; on retrouve également une perte de sentiment de sécurité et de contenance. Le corps est de plus en plus négligé avec un abandon du mouvement.

Des troubles au niveau du SC et de l'IC peuvent également impacter la communication et les relations sociales avec la majoration des troubles psycho-comportementaux déjà présents.

- Les troubles spatio-temporels. Ces troubles sont un symptôme des TNCM en lien avec les troubles mnésiques, entraînant alors une désorientation spatio-temporelle. À cette dernière s'ajoutent des perturbations au niveau de l'enchaînement des mouvements et de l'orientation spatiale du corps, ainsi que des altérations au niveau de la perception, la représentation et l'utilisation de celui-ci.

On retrouve une perte progressive des repères temporels, avec des difficultés à se souvenir de la date et de l'année, à lire l'heure, et à se situer dans la journée. La personne peut perdre la capacité de s'organiser et de planifier sa journée.

La perception temporelle est altérée, pouvant parfois amener la personne à croire qu'elle se situe plusieurs semaines, voire années en arrière. Cela peut être extrêmement angoissant, d'autant plus, si la personne en prend conscience ultérieurement.

Un matin, lorsque je viens chercher Mme D pour sa séance, cette dernière pense être en 2020. Elle pense que son mari est encore vivant et le cherche. Elle me raconte alors des anecdotes de leur vie en me disant « il va vous raconter ». La perte de son époux est quelque chose de très difficile à intégrer pour Mme P. Cela génère beaucoup d'anxiété voire d'angoisse, d'autant plus qu'elle se rend compte elle-même un peu après son discours, que son mari est décédé. Il est important d'apporter contenance et réassurance afin de ne pas la laisser avec cette détresse.

Le patient peut également rencontrer des difficultés pour nommer des lieux familiers et pour s'orienter dans l'espace. La personne peut perdre les notions topographiques (gauche, droite, devant et derrière), ce qui rend l'environnement de plus en plus inconnu.

Cette désorientation peut causer un mal-être chez le patient, qui ne reconnaît plus le monde qui l'entoure et qui se sent perdu. Cela entraîne une perte importante de l'autonomie, mais également une perte du sentiment de continuité d'existence.

La survenue de troubles psycho-comportementaux est généralement corrélée aux troubles spatio-temporels. En effet, en réponse au sentiment d'incompréhension et de souffrance face à la perte de repères, la personne peut se montrer agressive, anxieuse ou adopter des comportements auto-calmants tels que la déambulation.

Comme évoqué précédemment, la survenue de troubles psycho-comportementaux est extrêmement fréquente chez la personne âgée atteinte de TNCM. En effet, ces troubles surviennent dans le cadre de conséquences neurophysiologiques du TNCM (exemple : dégénérescence lobaire fronto-temporale), mais également comme une manifestation d'une souffrance psychique par exemple, ou encore lors de douleurs.

Ces symptômes psycho-comportementaux peuvent être dits négatifs (repli, apathie, indifférence de soi et d'autrui, dépression, etc) ou positifs (agitation, anxiété, déambulation, agressivité, cris, hallucinations, idées délirantes, etc).

Les symptômes positifs sont généralement davantage pris en compte car ils sont plus dérangement pour l'environnement humain et matériel, mais il est important de ne pas négliger les symptômes négatifs qui peuvent être des symptômes indicateurs importants.

5. Facteurs de risques communs des TNCM (toutes causes confondues).

On retrouve plusieurs facteurs de risques liés à l'apparition de TNC majeurs. Nous allons en citer quelques uns :

- L'âge : le risque de démence augmente en fonction de l'âge, avec une probabilité plus élevée chez les personnes âgées. (Néanmoins, il est à noter que les TCNM ne touchent pas seulement les personnes âgées puisque, selon l'OMS (2023) : « La démence d'apparition précoce (définie comme l'apparition des symptômes avant l'âge de 65 ans) représente jusqu'à 9% des cas. »).

- Antécédents familiaux de démence.

- Génétique : certains facteurs génétiques peuvent être associés à un risque accru de démence.

- Maladies cardiovasculaires : des maladies cardiovasculaires comme l'HTA, le diabète ou encore les maladies cardiaques peuvent augmenter le risque.

- Mode de vie : des habitudes de vie telles que la sédentarité, le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et une consommation excessive d'alcool, peuvent accroître le risque de démence.

- Dépression : à long terme, elle peut constituer un facteur de risque de démence, et elle peut également être un symptôme précoce de la démence.

- Traumatismes crâniens : les traumatismes crâniens graves (accident de voiture ou chute) peuvent augmenter le risque de démence.

- Niveau d'éducation et stimulation cognitive : un faible niveau d'éducation et un manque de stimulation cognitive tout au long de la vie peuvent être associés à un risque accru de démence. En effet, plus le niveau d'éducation est élevé, plus il induit de la réserve cognitive chez un individu, ce qui sera un facteur de protection contre la détérioration de son cerveau.

6. Traitements et prise en soin des troubles neurocognitifs majeurs.

La prise en soin des TNCM nécessite une approche pluridisciplinaire. La prise en soin du patient atteint de TNCM sera alors basée sur :

- L'utilisation de médicaments : certains médicaments peuvent contribuer à améliorer la cognition et la mémoire, mais il est à noter qu'il n'existe pas réellement de traitements ayant une efficacité sur le cours évolutif des différents troubles.

- La gestion des symptômes comportementaux : ils peuvent être abordés par des démarches non médicamenteuses, telles que la thérapie occupationnelle, la création d'un environnement adapté ou la prise en soin en psychomotricité.

- Les interventions psychosociales : telles que la stimulation cognitive, la thérapie de reminiscence et les activités sociales, peuvent être bénéfiques pour améliorer la cognition et la qualité de vie du sujet.

- La gestion des comorbidités : la prise en charge des maladies concomitantes (maladies cardiovasculaires, diabète, HTA, ou encore syndrome dépressif ou troubles anxieux réactionnels à la perte cognitive) pourraient prévenir la survenue de complications supplémentaires.

- Soutien aux aidants familiaux : la prise en charge des TNCM peut être également très impactante pour les aidants familiaux ou proches, générant épuisement, isolement et pathologies chez l'aidant. Il est donc important de leur offrir un soutien, des ressources et des services d'aide pour les accompagner (associations, groupes de paroles, structures de répit, etc). De plus, un travail autour de la compréhension de la maladie est nécessaire.

7. Troubles neurocognitifs majeurs et dépendance : enjeu crucial de santé publique.

La dépendance ou perte d'autonomie du sujet est définie comme une impossibilité partielle ou totale à effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne, physique, psychique ou sociale et de s'adapter à son environnement.

Selon le ministère de la santé et de la prévention (2021) : « La majorité des personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie. Seuls 8% des plus de 60 ans sont dépendants et 1 personne de plus de 85 ans sur 5 (20%). L'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans. »

Les facteurs de dépendance sont variés ; néanmoins, les troubles neurocognitifs sont la première cause de dépendance chez les personnes ayant plus de 80 ans et constituent la principale raison d'institutionnalisation.

Pour l'évaluation de la dépendance, on dispose de plusieurs outils utilisés en pratique clinique, tels que :

- l'échelle ADL (Activities of Daily Living) de Katz ou échelle des activités basiques de la vie quotidienne. Elle regroupe 6 activités : se laver, s'habiller, aller aux toilettes, effectuer les transferts, être continent et se nourrir. Chacune des activités est notée sur 1, et un score inférieur à 3 est significatif d'une dépendance. (cf. annexe n° 7).

- l'échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) de Lawton ou échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne. Elle regroupe 8 activités : utiliser le téléphone, faire les courses, la cuisine, le ménage, laver le linge, utiliser les transports, prendre les médicaments, gérer le budget. Chacune des activités est notée sur 1. Plus le score diminue, plus le niveau d'autonomie diminue. (cf. annexe n° 8).

- la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources), qui est une échelle médico-économique utilisée pour mesurer le degré de dépendance et déterminer le niveau d'aides financières que la personne peut percevoir (notamment avec l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)). Elle regroupe 17 activités (se repérer dans le temps et l'espace, faire sa toilette, utiliser un moyen de communication à distance (liste non exhaustive)). En fonction du degré d'autonomie, la personne est classée dans une des 6 catégories de GIR, avec 1 : très dépendant, à 6 : pas de dépendance. (cf. annexe n° 9).

Les TNCM coûtent très cher à prendre en charge car ils nécessitent une prise en soin médicale, paramédicale, sociale, matérielle. Ils sont donc un enjeu majeur de santé publique. En effet, selon l'Assurance Maladie (2023) : en 2022, « sur les 168 milliards d'euros de dépenses tous régimes confondus, 2 482 millions d'euros (1,5%) sont attribués à la prise en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer). »

Avec la survenue de dépendance, on retrouve la mise en place du statut d'Affection Longue Durée (ALD) (permettant d'avoir une prise en charge des frais de santé) et la mise en place d'aides sociales comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (permettant d'avoir une aide financière, humaine, matérielle). Selon le ministère de la santé et de la prévention (2021) : « On compte 1,2 million de bénéficiaires de l'APA dont 60% à domicile

et 40% en établissement ». De plus, en ce qui concerne les TNC, l'assurance maladie (2023) estime que : « Dans l'ensemble, 94% des personnes prises en charge sont en ALD. »

Généralement, plus les prises en soin des pathologies se font précocement, plus il y a de chances de diminuer ou d'empêcher la survenue de comorbidités. Cela permettrait donc dans un premier temps, une meilleure qualité de vie pour la personne avec moins de pathologies, mais également de diminuer les coûts de santé. Il y a donc une importance cruciale des politiques de santé axées sur la prévention. De plus, le maintien le plus longtemps possible à domicile (avec aides) est l'approche privilégiée, car elle est plus sécurisante pour la personne et plus économique en termes de coûts.

Face à l'importance des TNC, des plans relatifs à ces derniers ont été mis en place. Un plan national maladies neurodégénératives a été établi de 2014 à 2019, faisant suite à trois plans Alzheimer qui se sont succédés depuis 2000.

Depuis la fin du dernier plan, on retrouve la mise en œuvre par le ministère chargé de la santé, d'une feuille de route en 2021-2022, qui sera complétée par une autre feuille de route sur les années 2023-2024. Selon le Ministère de la santé et de la prévention (2022), ces plans vont permettre une forte mobilisation et un travail autour de l'accompagnement durant les différentes étapes de la maladie, afin de fournir des réponses adaptées dans l'ensemble du territoire et de coordonner les acteurs de la recherche. Il s'agit également de progresser, à la fois dans les traitements et dans la prise en charge, tout en tenant compte des spécificités de chacune des maladies. (Ministère de la santé et de la prévention, 2022).

La dépendance change donc le rapport au monde de la personne et de son entourage. Pour les aidants, cela engendre des bouleversements et des conséquences qui peuvent aller jusqu'à l'épuisement, amenant alors un risque de maltraitance.

Nous avons vu que le vieillissement normal et pathologique entraîne de nombreux changements. On constate alors des bouleversements identitaires, associés à une perte d'unité et de cohérence chez le sujet âgé. On retrouve notamment une diminution significative de l'acuité sensorielle, qui majorent le sentiment de perte de continuité d'existence.

Je me questionne alors sur la place du toucher et le besoin d'être touché chez la personne âgée ?

II. Le toucher.

A. La peau, organe du toucher.

1. Généralités et définition.

La peau est définie selon le dictionnaire Larousse (s. d.), comme un : « organe constituant le revêtement extérieur du corps de l'homme et de beaucoup d'animaux. »

Selon FIELD : « La peau est l'organe le plus étendu, le plus ancien et le plus sensible de notre corps. » (Field, 2017, p. 115). En effet, sa superficie est de 1,5 à 2 m², et sa grande sensibilité lui est conférée par ses récepteurs.

On retrouve deux types de sensibilité : épicrotique (toucher fin et proprioception) et thermo-algique (toucher grossier, douleur et température), avec plusieurs types de récepteurs : mécanorécepteurs (pression, vibration et toucher), thermorécepteurs (température cutanée) et nocicepteurs (douleur). Selon SCHAUB et al. : « Une fois activés par une déformation mécanique ils vont fournir au cerveau - via la moelle épinière - les informations indispensables pour préciser les mouvements de la main et repérer les formes, tailles et textures des objets. » (Schaub et al., 2016, p. 9).

Selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT : « Extrêmement riche en récepteurs (1 500 000) qui sont toujours en éveil, [la peau] permet de saisir et d'appréhender des messages aussi rapides que complexes. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 17).

Tout ceci fait que la peau « est à la fois essentielle à la vie et fondamentale en tant qu'organe du toucher. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 17).

2. Ontogenèse.

La peau est, selon MONTAGU, « le premier né de nos organes. » (Montagu, 1979, p. 9). En effet, au début du 4^{ème} mois in utéro, on arrive à une structure quasi définitive de l'épiderme.

Néanmoins, toujours selon MONTAGU : « La croissance de la peau, son développement, qui se poursuit tout au long de la vie, et l'épanouissement de sa sensibilité dépendent en grande partie des stimulations qu'elle reçoit de l'environnement. » (Montagu, 1979, p. 10).

La peau va avoir 2 grandes origines embryologiques :

- L'ectoderme, qui est le plus externe des trois feuillets du disque tridermique embryonnaire. Il permet la formation de l'épiderme, mais également le développement des cheveux, des dents et des organes sensoriels et la création des systèmes nerveux (central et périphérique).

Donc la peau est très en lien avec le système nerveux. Selon MONTAGU, « on peut considérer la peau comme une portion exposée du système nerveux ou comme un système nerveux externe. » (Fields, 2016, p. 117).

- Le mésoderme, qui est segmenté en 3 parties : le segment intermédiaire (que l'on ne va pas détailler), le latéral qui permet le développement du derme et de la moelle épinière (entre autres), et le segment para-axial. Ce dernier est en lien avec le développement de 40 paires de somites (amas cellulaire), desquelles dérivent le sclérotome (colonne vertébrale et crâne), le dermatome pour le développement du derme et de l'hypoderme, et le myotome (muscles striés et membres).

3. Description.

La peau possède une structure particulière qui lui confère ses caractéristiques. En effet, elle est organisée en 3 couches : (cf. annexe n° 10).

- L'épiderme, couche la plus superficielle, est composé principalement de cellules (kératinocytes) qui migrent de la profondeur de l'épiderme vers la surface. Une fois à la surface, elles desquament et sont remplacées par d'autres plus récentes. (Benedetti, 2021, MSD). C'est ce qui permet le renouvellement continu de la peau.
- Le derme : c'est un tissu de soutien et de nutrition de la peau. Il est riche en fibres élastiques et en collagène ce qui, selon BENEDETTI : « donne à la peau sa résistance et son élasticité ». (Benedetti, 2021, MSD). C'est une couche très vascularisée (terminaisons nerveuses) et innervée, qui contient également des glandes sébacées, sudoripares, et des follicules pileux.
- L'hypoderme : c'est un tissu de réserve, caractérisé par la présence de cellules adipeuses (adipocytes) qui produisent des lipides afin de constituer un tissu graisseux. L'épaisseur de cette couche peut donc varier en fonction de l'individu (exemple chez la personne obèse : cette couche est très épaisse).

Associé à ces 3 couches, on retrouve les annexes cutanées :

- Les follicules pilo-sébacés (poil + glande sébacée) : ont leur base au niveau du derme. Les glandes sébacées permettent la production de sébum (film protecteur sur la surface de la peau), et les poils ont un rôle physiologique (régulation de la température par exemple) mais aussi un rôle social avec un impact sur l'apparence.
- Les glandes sudoripares : permettent la production de sueur arrivant à la surface de la peau. Cela permet l'hydratation des cellules, l'élimination des toxines et participe au processus de thermorégulation.
- Les phanères : qui regroupent les ongles et les cheveux.

La peau est classée en deux grands sous-types en fonction de l'épaisseur de l'épiderme : la peau fine, associée à la présence de poils ou de cheveux, et la peau épaisse localisée sur les faces palmaires et plantaires. Cette dernière est glabre, dépourvue de glandes sébacées et est particulièrement impliquée dans le toucher car elle contient davantage de récepteurs sensitifs.

En effet, selon SCHAUB et al. : « La surface du corps n'est pas sensible de manière uniforme aux stimulations tactiles. » (Schaub et al., 2016, p. 9). Les zones les plus sensibles du corps sont la zone des doigts, les mains et le visage. (cf. annexe n° 11).

4. Les différentes fonctions de la peau.

Comme dit précédemment, la peau est un organe vital, qui joue plusieurs rôles :

- Un rôle de barrière/de protection, contre les traumatismes mécaniques, les rayons solaires (présence de mélanocytes au niveau de l'épiderme, produisant la mélanine) ou encore, l'invasion de substances étrangères (présence de cellules du système immunitaire dans le derme : rôle dans le processus de cicatrisation).
- Un rôle métabolique dans le processus de thermorégulation (élimination de chaleur par la sueur, vasodilatation/vasoconstriction des vaisseaux sanguins cutanés), dans le métabolisme des graisses (en lien avec l'hypoderme), et pour la synthèse de la vitamine D (essentielle à la formation des os).
- Un rôle de sécrétion avec la sueur et le sébum.

- Un rôle d'information sensorielle. De par les récepteurs et les terminaisons nerveuses, elle réceptionne les stimuli extérieurs, les transmet afin que le sujet puisse alors percevoir et se représenter l'environnement. Elle joue alors un véritable rôle dans la communication, l'exploration et l'apprentissage chez le sujet en lien à son environnement. Chez la personne âgée, même lorsque les autres sens ont déclinés, la peau reste une ouverture à la communication et à la relation.
- Un rôle de contenance. En effet, la peau est ce qui contient et maintient. Elle enveloppe le sujet en totalité et lui permet de développer la conscience de son individualité et de sa continuité à travers ses limites corporelles propres. Cela permet un sentiment de sécurité et de contenance nécessaire à toute personne.

BICK parle de « peau psychique ». En effet, selon sa théorie, la peau joue un rôle essentiel en délimitant une frontière entre l'intérieur et l'extérieur de l'individu, ce qui permet le développement psychique du bébé. Le bébé considère sa mère comme une peau qui lui apporte une contenance. (DOHMEN, 2023). Selon PRAYEZ et SAVATOFSKI, « grâce aux situations de portage et d'enveloppement dans les bras de la mère, [...] le sujet va vivre cet objet contenant comme une peau, et cette peau psychique va être à l'origine de sa pensée et de son identité. » (Prayez & Savatofski, 2009, p. 137).

ANZIEU parle du « Moi-peau », qu'il définit comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. » (Anzieu, 1995, p. 61).

Il explique « que les communications primaires tactiles vont former le socle sur lequel viendront s'étayer le "moi" et les fonctions psychiques secondaires. » (Blanchon, 2006, p. 28). Selon SARDA : « En touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement : émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées. » (Sarda, 2002, p. 91).

Le « moi-peau » a plusieurs fonctions :

- maintenance du psychisme. Le bébé va intérioriser la façon dont la mère va le porter (le holding maternel selon WINNICOTT). Selon ANZIEU : « Le Moi-peau est une partie de la mère - particulièrement ses mains - qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en

état de fonctionner [...] tout comme la mère maintient en ce même temps le corps du bébé dans un état d'unité et de solidité. » (Anzieu, 1995, p. 121).

- contenance. Cette fonction est en lien avec la façon dont l'enfant est touché, contenu lors des soins par la mère (handling selon WINNICOTT). « De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique [...] Le Moi-peau est alors figuré comme écorce. » (Anzieu, 1995, p. 124).

- pare-excitation. C'est une fonction également assurée par la mère qui protège le bébé des agressions physiques et des excès de stimulations.

- individuation de soi. Le Moi-peau permet d'accéder à un sentiment d'être unique, avec son propre espace psychique.

- intersensorialité. « Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile. » Cette fonction « aboutit à la constitution d'un "sens commun", dont la référence de base se fait toujours au toucher. » (Anzieu, 1995, p. 127).

- soutien à l'excitation sexuelle. En effet, « la nourriture et les soins s'accompagnent de contacts peau à peau, généralement agréables, qui préparent l'auto-érotisme et situent les plaisirs de peau comme toile de fond habituelle des plaisirs sexuelles. » Ainsi, « le Moi-peau capte sur toute sa surface [(sur laquelle des zones érogènes peuvent être localisées)], l'investissement libidinal et devient une enveloppe d'excitation sexuelle globale. » (Anzieu, 1995, p. 127).

- recharge libidinale du fonctionnement psychique. En effet, la peau est une « surface de stimulation permanente du tonus sensoriel par les excitations internes ; de même le Moi-peau a une fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition entre les sous-systèmes psychiques. » (Gatecel et al., 2015, p. 332).

- inscription des traces sensorielles tactiles. Le Moi-peau permet l'inscription de traces, avec au niveau biologique, « un premier dessin de la réalité [qui] s'imprime sur la

peau » et au niveau social, « l'appartenance d'un individu à un groupe social se marque par des incisions, scarifications, peintures, tatouages, maquillages, coiffures. [...] Le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve [...] les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture "originaire" préverbale faites de traces cutanées. » (Anzieu, 1995, p. 128).

- La peau a également un rôle social et identitaire. En effet, la peau est la première interface entre soi et le monde extérieur. Selon BLANCHON, « elle met l'être en prise directe avec son prochain et l'environnement. » (Blanchon, 2006, p. 27). Elle laisse paraître les émotions internes (rougissements, transpiration dûe au stress), mais également les expériences de vie du sujet (cicatrices, rides). Avec les rides, la peau devient alors le reflet de l'âge. (Chelson, 2019).

5. Vieillesse de la peau.

Toutes les composantes de la peau subissent les effets du temps. En effet, ses couches deviennent plus fines, majorant sa fragilité. On observe également une diminution de l'élasticité, une sécheresse générale cutanée et un risque de carence en vitamine D. Le nombre de vaisseaux sanguins et de glandes sudoripares diminuent, impactant alors la thermorégulation (tolérance au froid et au chaud qui diminue), et le flux sanguin diminue entraînant une cicatrisation plus lente. (Stefanacci, 2022). (Benedetti, 2021).

De plus, les terminaisons nerveuses dans la peau deviennent moins nombreuses, entraînant une perte de sensibilité. Cela a un impact sur la vie quotidienne des personnes avec la présence de difficultés dans les gestes du quotidien, voire même des risques de blessure. (Bourdet, 2014). La perte de sensibilité au niveau pédestre joue un rôle dans la perte d'équilibre souvent retrouvée chez le sujet âgé. En effet, cette perte, s'ajoutant à d'autres troubles, peut entraîner une perte d'équilibre voire une chute.

Le fait de vieillir s'accompagne de modifications. Liée à la diminution de production de mélanine, on observe une modification de la texture et aspect de la peau avec l'apparition de rides et de tâches. Les traces du temps s'installent donc sur le corps, pouvant donner un sentiment d'étrangeté, d'éloignement de soi, de perte de contrôle du corps qui n'est plus aussi performant et qui risque de lâcher.

Maintenant, abordons plus précisément le toucher.

B. Généralités et définitions du toucher.

« Le toucher se définit comme la stimulation de la peau par des stimuli thermiques, mécaniques, chimiques ou électriques. » (Field, 2017, p. 115).

Selon le dictionnaire le Larousse (s. d.), c'est : « mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur, etc. »

Le tact est définie, selon le dictionnaire le Larousse (s. d.), comme le « domaine de la sensibilité cutanée qui est impliqué dans la perception consciente des stimulations mécaniques d'intensité modérée au niveau du revêtement cutané et muqueux. » Au sens figuré, le tact est un « sentiment délicat de la mesure, des nuances, des convenances dans les relations avec autrui. » Le tactile est selon le dictionnaire le Larousse (s. d.), ce qui est « relatif au tact ».

Il appartient aux 5 sens, mais possède des propriétés qui le rendent indispensable et vital tout au long de la vie. Tout d'abord, il est le premier à apparaître et le dernier à se détériorer avec l'âge.

On retrouve chez lui une spécificité de par tout d'abord, sa réflexivité et sa réciprocité. En effet, on ne peut pas toucher sans être touché soi-même, et selon BLANCHON, « cela nécessite un travail de soi sur soi, une réflexion, un questionnement sur le sens du toucher pour soi, sur ce que cela représente. » (Blanchon, 2006, p. 29). Quand on touche ou que l'on est touché, il est impossible de ne pas engager de soi dans la relation.

HALL (1971) parle de proxémie qui est l'étude des distances sociales entre 2 personnes. En effet, il s'est intéressé à la perception de l'espace personnel et social selon les sujets, et met en évidence 4 types d'espaces existant entre 2 personnes, qui se succèdent selon les émotions, le contexte et les relations interpersonnelles.

On retrouve donc au sein de notre société occidentale (elles peuvent varier en fonction de la culture) : (cf annexe n° 12). (Prayez & Savatofski, 2009, p. 124).

- la distance publique : plus de 3,60 mètres (m), que l'on peut retrouver entre deux personnes qui ne se connaissent pas ou lors d'événements officiels.

- la distance sociale : de 3,60 à 1,20 m, que l'on peut retrouver dans les interactions formelles dans un cadre professionnel.
- la distance personnelle : de 1,20 à 0,40 m, que l'on peut retrouver lors d'interactions dans un cadre privé et personnel, entre deux amis/connaissances.
- la distance intime : de 0,40 à 0 m, que l'on peut retrouver lors d'interactions avec le cercle familial, amis proches, partenaires amoureux ou soignants. Dans cette distance, le contact est réel et concret et est mis en place lors d'un contexte de réconfort, de protection, de tendresse, d'acte sexuel, de lutte, ou de soins.

Donc, le toucher, que ce soit dans la relation affective, sexuelle, de lutte ou de soins, s'inscrit dans le même espace intime.

C'est en cela qu'il peut devenir un tabou dans notre société. Souvent associé à l'affectivité et la sexualité (qui sont socialement liées au plaisir et aux interdits), il est assez mis de côté et négligé par rapport aux autres sens. En effet, cette notion d'intimité est une spécificité que l'on ne retrouve pas autant dans les autres sens.

En effet, selon l'Agence Nationale de la Recherche (2022) : « Les interactions tactiles ont diminué de manière drastique ces dernières décennies avec l'augmentation des personnes souffrant d'isolement social. La pandémie de COVID-19 [avec la distanciation sociale] a renforcé ces phénomènes. »

De plus, le toucher « se distingue des autres sens par sa relation directe à la réalité, son immédiateté et sa continuité. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 24). En effet, sa présence continue rend compte d'une réalité de soi mais également de l'environnement (humain et matériel).

L'Homme perçoit continuellement une multitude d'expériences de toucher. De manière subjective, en fonction de son éducation, de ses croyances, de sa culture, il va éprouver différents touchers selon différentes expériences. En effet, le toucher peut être perçu comme plaisant, agréable, réconfortant, apaisant, surprenant ou encore comme agressif, gênant, douloureux, violent, intrusif ou terrifiant.

C. Le toucher : rôles et fonctions.

Le toucher est impliqué dans de nombreuses fonctions, ce qui lui confère une importance vitale.

1. Les rôles du toucher.

- Au niveau physiologique. Selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT : « Le toucher développe et affine les sensations cutanées. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 20). C'est à dire que plus on va toucher une zone, plus les récepteurs tactiles de celle-ci deviennent efficaces. De plus, il « augmente l'étendue de la circulation en ouvrant les capillaires dormants ... [et] augmente légèrement la pression veineuse. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 20).

Le toucher a également un impact sur le système musculaire avec, selon CAFARELLI et FLINT (dans BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT), une « augmentation de la perméabilité de la membrane cellulaire, facilitant l'élimination de substances nocives et la libération d'oxygène. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 21).

En plus de cela, le toucher peut favoriser la libération de diverses hormones dans le corps contribuant ainsi à un état de bien-être ou peut favoriser la réduction de la production d'hormones de stress. Selon FIELD (dans PICAUD), le toucher : « permettrait de diminuer le taux de cortisol, l'hormone du stress, et d'augmenter en parallèle celui de dopamine, hormone du plaisir. » (Picaud, 2022, p. 48).

- Au niveau de l'autonomie et de la vie quotidienne. En effet, l'Homme va pouvoir percevoir par le toucher (et notamment par la préhension), la taille, la forme, la texture, et la température de ce qu'il rencontre et touche. Cela participe à la perception des dangers (sensations de brûlure par exemple) avec la sensation de douleur, mais cela participe également à son autonomie. En effet, une personne ayant des troubles de la sensibilité tactile peut être beaucoup plus en difficultés pour appréhender l'espace et être indépendante dans son quotidien.

De plus, le toucher est un sens continu, qui permet une expérimentation sensorielle sans interruption (en effet, nous sommes toujours en contact physique par différents biais, quel que soit le moment de la journée). Cela permet une compréhension et exploration du

monde avec de multiples expérimentations sensorielles. Ces dernières sont centrales dans les processus d'apprentissages tout au long de la vie. Par exemple, le bébé a besoin d'explorer son environnement par le toucher dès le plus jeune âge, ce qui lui permettra de se développer et d'apprendre.

Selon MONTAGU : « à voir les mouvements exploratoires des mains de l'enfant, il est évident qu'elles jouent un rôle important dans la découverte des formes et des contours du monde dans lequel il évolue. » (Montagu, 1979, p. 90).

- Au niveau social. Le toucher est ce qui nous lie à l'autre. L'Homme est un être social, qui a besoin d'autrui pour survivre. En effet, se serrer la main, se serrer dans les bras, se faire la bise..., ce sont des gestes sociaux permettant la rencontre de l'autre. Le toucher tisse donc des liens entre l'autre et soi avec un rôle de relation à travers la communication non verbale. En effet, selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT : « Comme toute communication, toucher implique toujours deux personnes : celui qui touche, celui qui est touché. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 40).

Cette communication non verbale est permise par le toucher dès le plus jeune âge et même in utéro.

Lorsqu'il y a des troubles sensoriels, avec un voire plusieurs sens qui ne fonctionnent pas, le toucher reste un mode de communication privilégié. Par exemple, on retrouve le système du braille pour les personnes malvoyantes ou atteintes de cécité, qui leur permet de pouvoir écrire et lire avec des points en reliefs, en utilisant leur sensibilité tactiles des doigts.

- Au niveau psycho-affectif. De par la proximité qu'il confère, nous avons vu auparavant avec les recherches de HALL, que le toucher se situe dans l'espace d'intimité entre deux personnes. Cette relation intime qui en découle peut se décliner en différents types, à travers des touchers différents. On peut retrouver par exemple, un toucher amical (deux amis qui se prennent dans les bras) ; un toucher de soutien, réconfortant ; ou encore un toucher intime dans le cadre de la sexualité.

Tous ces touchers vont permettre à l'Homme de se sentir exister, équilibré et de se construire une sphère amicale, familiale, amoureuse qui va lui permettre d'appartenir à un

groupe. Cette notion d'appartenance à un même groupe est quelque chose de très sécurisant et contenant quel que soit l'âge de la vie. Cela permet de trouver sa place au sein de la société et de se sentir intégré. Cela participe donc à construire et remanier l'identité de la personne tout au long de ses expériences vécues.

Nous pouvons déjà faire un lien avec la personne âgée. En effet, avec le vieillissement, cette appartenance aux groupes peut s'étioler. Les amis et/ou conjoint décèdent, les activités sont diminuées, l'isolement social est alors généralement plus important, impactant alors l'identité.

- Au niveau développemental. En effet, le toucher est primordial tout au long de la vie (dès la vie in utéro jusqu'à la fin de vie) dans les processus de développement et d'apprentissage. Ici, nous allons aborder plus particulièrement le toucher à ces différentes étapes de la vie : in-utéro, dans l'enfance et au cours du vieillissement.

2. L'importance du toucher selon les périodes.

a) Le toucher in-utéro :

Le toucher est le premier sens à se développer dès les premières périodes de la grossesse. Pendant la vie intra-utérine, le fœtus baigne dans un univers de sensations tactiles.

En effet, c'est le premier sens qui l'accompagne et qui le guide, même avant sa naissance. Le fœtus perçoit donc déjà des sensations tactiles à travers les mouvements et frottements contre la paroi utérine, ou encore lors des contractions précédant la naissance. Il baigne dans le liquide amniotique qui l'enveloppe lui apportant une stimulation tactile globale et enveloppante.

Selon CARPIO : « On peut déjà observer des réponses automatiques au toucher vers 7 à 8 semaines de gestation. Ce ne sont pas encore des perceptions au niveau du cerveau, mais des réflexes. » (Carpio, 2022). Ces réponses réflexes vont être observées en réponse à des stimulations tactiles provenant de la mère (toucher son ventre). Cela va créer les fondements du premier lien d'attachement entre le bébé et sa mère. En effet, ces mouvements réflexes vont permettre à la mère et son bébé de constituer un premier lien, qui se consolidera après la naissance, notamment avec le toucher.

On peut par exemple parler du grasping qui est un réflexe d'agrippement à la naissance, qui joue un rôle important dans la mise en place d'un lien précoce mère-enfant. En effet, le parent a un sentiment d'utilité envers son bébé.

b) Le toucher dans l'enfance :

Au moment de la naissance, le bébé fait face à un tout nouveau monde qu'il faut appréhender et auquel il faut s'adapter. Il est assailli de stimulations sensorielles et de sensations internes qu'il n'est pas encore en capacité de gérer. Il a donc besoin d'autrui pour pouvoir se développer et accéder à un sentiment de sécurité et de contenance. En effet, le nouveau-né a besoin de relations interpersonnelles pour exister et se développer.

Le contact physique, par le biais du peau à peau, du portage, des soins, est central. En effet, il participe à l'élaboration des limites corporelles, avec un investissement au départ très axée sur la zone orale avec la fonction alimentaire avec la tétée. Cela participe au développement des liens affectifs, émotionnels et renforce le lien parent-enfant.

Lors d'un stage en néonatalogie, j'assiste aux premiers bains de bébés prématurés. Ces bains se font par les parents, guidés par la psychomotricienne, avec ou sans linge autour du bébé en fonction de son état et de sa prématurité.

C'est un moment extrêmement riche pour les parents et pour le bébé. En effet, dans l'eau le bébé retrouve les sensations connues lorsqu'il était dans le ventre de sa mère et le contact de l'eau sur sa peau, renforcé parfois par le contact du linge, permet une contenance, une continuité des limites corporelles, favorisant un certain état de détente et un relâchement tonique. De plus, dans l'eau, le bébé n'est plus contraint par la gravité ; il peut donc explorer davantage et être plus en capacité de se mettre en mouvement.

L'arrivée trop précoce du bébé entraîne une cassure dans la représentation du bébé fantasmé par les parents. Ainsi, lors du bain, les parents perçoivent leur bébé dans leurs mains, de manière différente. Ils peuvent alors commencer à investir leur bébé, avec un lien d'attachement qui se crée.

« Les premiers liens émotionnels d'un enfant se construisent à partir d'un contact physique, posant les fondements de son futur développement émotionnel et intellectuel. » (FIELD, 2017, p. 26).

La mère est donc la première interface de relation par laquelle le bébé peut se développer.

WINNICOTT s'est penché sur cette dyade mère-enfant et a théorisé les concepts de « holding » et « handling » :

- Le holding représente l'adaptation posturale de la mère à son bébé, la façon dont il est porté, tenu, manipulé, touché. On parle de portage physique mais également psychique (avec la qualité de présence et la capacité de compréhension des émotions du bébé).

Selon BOUKOBZA, le holding désigne « l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités [...] Les soins maternels sont la continuation des apports physiologiques de la gestation [...]. L'enfant en retire un sentiment de continuité d'être. C'est sur la base de cette continuité d'être que le potentiel inné de chaque enfant se développe selon sa propre ligne. » (Boukobza, 2003, pp. 64-65).

- Le handling est une extension du holding. Il est défini comme le rapport au soin entre la mère et le bébé. En effet, selon LEHMANN, il « désigne non seulement les soins manuels prodigués par la mère ou ses substituts quand elles font la toilette du nourrisson, le changent, l'habillent, mais également les caresses et les autres contacts affectifs cutanés. » (Lehmann, 2007, p. 174).

En effet, le bébé a besoin d'être porté, bercé et contenu physiquement mais également psychologiquement à travers les émotions. Le toucher va donc participer à la modulation du tonus et de la posture du bébé et de sa mère en fonction des émotions. C'est ce qu'on nomme le dialogue tonico-émotionnel.

DE AJURIAGUERRA (1977) approfondissant la notion de « dialogue tonique » de WALLON, parle du « dialogue tonico-émotionnel ».

Selon BACHOLLET et MARCELLI : « 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. » De plus, « lorsque le bébé est dans les bras de sa mère (ou de son partenaire relationnel habituel), il est donc particulièrement sensible aux variations toniques et rythmiques des bras qui le portent et l'entourent. » (Bachollet & Marcelli, 2010, pp. 14-15).

C'est donc une véritable interaction et communication entre les deux partenaires et leurs états toniques. Selon MONTAGU : « Les sensations que l'enfant éprouve au contact du corps de sa mère constituent son premier mode de communication, son premier langage, son premier contact avec les autres humains, l'origine du "tact humain" ». (Montagu, 1979, p. 86).

Les états toniques sont donc variables selon les états émotionnels et sont transmis par le toucher et l'ajustement tonique qui en découle. En effet, le toucher est la toile de fond du dialogue tonico-émotionnel.

Un holding, un handling et un dialogue tonico-émotionnel efficaces sont essentiels à la bonne qualité des interactions relationnelles précoces. Comme déjà évoqué précédemment, le contact entre la mère et son bébé entraîne une diminution de la production de cortisol (hormone du stress) et permet la production d'ocytocine (hormone de l'attachement), ce qui renforce les liens d'attachement.

Cela permet donc la construction d'un lien d'attachement sûr, solide et durable entre le bébé et sa figure d'attachement. En effet, dès le plus jeune âge, l'enfant internalise un modèle d'attachement spécifique en fonction de ses relations précoces avec sa figure d'attachement. Elles influencent la manière dont l'enfant construit des représentations de lui-même et d'autrui, et serviront de références pour toutes ses relations futures. (Bonneville, 2018, p. 14).

L'attachement est un concept théorisé par BOWLBY. Pour lui, c'est un besoin primaire et un système primaire spécifique, qui désigne un système permettant la création d'un lien affectif entre un individu et une figure d'attachement qui prend soin de lui (caregiver). La mère est le plus souvent cette figure d'attachement. Les comportements d'attachement du bébé (sourire, pleurs, vocalisation, etc) sont instinctifs et ont pour fonction d'induire et de maintenir la proximité ou le contact avec la figure d'attachement dans le but de trouver un sentiment de sécurité.

Ces comportements entraînent l'activation du système d'alarme chez la figure d'attachement afin d'apporter réconfort au bébé.

Une fois le bébé sécurisé, le système d'attachement est désactivé, c'est un autre système qui s'active : le système d'exploration.

Cette situation est permise lorsque l'attachement est sécure. En effet, la mise en place d'un attachement sécure permet, alors même en grandissant, l'exploration de l'environnement de manière autonome, avec la possibilité d'être sécurisé lorsqu'il en a besoin, par sa figure d'attachement.

Il existe d'autres types d'attachement qui peuvent être distingués en fonction de la réponse de la figure d'attachement aux signaux de détresse du bébé, qui peut être plus ou moins sensible, appropriée et rapide.

En effet, on retrouve plusieurs types d'attachements non sécurisants : avec l'attachement insécure évitant, et l'attachement insécure ambivalent-résistant où l'enfant va mettre en place des stratégies d'adaptation face au stress, et l'attachement insécure désorganisé où l'enfant n'a pas de stratégie face au stress. On ne détaillera pas ces différents types d'attachement dans le cadre de ce mémoire.

Le toucher est donc, par tous ces différents processus, essentiel au développement affectif, psychique et identitaire du bébé et de l'enfant mais il est également une base aux explorations, aux apprentissages, à l'autonomisation. Le nouveau-né, bébé et enfant a donc besoin pour se développer de relations précoces avec sa mère, qui passent surtout par le sensoriel et notamment par le contact. Mais le contact seul, sans affection, n'est pas suffisant au bon développement du bébé.

En effet, SPITZ aborde en 1945 le syndrome d'hospitalisme. Il a été témoin de situations où des enfants de 12 à 18 mois privés de leurs mères se mettaient en position de retrait, avec des pleurs, une perte de poids, un arrêt de développement, un refus du contact, entraînant une certaine fragilité et vulnérabilité aux maladies, pouvant même aller jusqu'à la mort. L'alimentation, les soins d'hygiène et médicaux étaient pourtant dispensés ; néanmoins, les enfants étaient privés de soins affectifs, engendrant chez eux de grosses carences, expliquant leurs troubles. Cela démontre donc l'importance du toucher relationnel et affectif pour vivre. (Gatecel et al., 2015, p. 330).

Selon GATECEL et al., « lors du vieillissement et/ou de la maladie, Bowlby décrit un accroissement du comportement d'attachement. » (Gatecel et al., 2015, p. 329). Malgré cela, le toucher est bien souvent malmené avec l'avancée en âge et la survenue de pathologie.

c) Le toucher au cours du vieillissement :

Selon ESTABROOK et MORSE (dans BOUDREAULT & NTETU) : « Le besoin de toucher et d'être touché ne diminue pas avec l'âge. Bien au contraire, à cause des pertes que les personnes âgées cumulent, elles ressentent davantage ce besoin. » (Boudreault & Ntetu, 2006, p. 55).

Néanmoins, malgré ce besoin de toucher et d'être touché ; de manière générale, le vieillissement a un impact sur le toucher. En effet, que ce soit d'un point de vue physiologique, social, sociétal ou psycho-affectif, on constate des remaniements et modifications.

- D'un point de vue physiologique.

On observe une diminution de la sensibilité tactile chez la personne âgée avec une perte de capacité de discrimination tactile, impactant alors l'autonomie de la personne. Cela peut entraîner une difficulté de reconnaissance d'objets au toucher, une pauvreté dans l'exploration tactile avec une perte significative des stimulations sensorielles dues au tact, et cela peut aller jusqu'à la présence de blessures dues à la non discrimination de ce que la personne touche.

Le toucher permet donc de stimuler les récepteurs tactiles, afin de faire perdurer leur sensibilité. En effet, plus on va toucher une zone, plus ses récepteurs tactiles vont être stimulés et donc vont être sensibles. Il est donc très pertinent de proposer un toucher régulier chez la personne âgée afin de continuer de stimuler et donc de limiter la perte de sensibilité.

- D'un point de vue social.

On observe chez la personne âgée une réduction de la fréquence des contacts physiques. Cela est dû à de multiples causes. En effet, une perte de mobilité, le deuil des proches, du conjoint, la diminution de participation à la vie sociétale (passage à la retraite), entre autres, peuvent entraîner un isolement social engendrant alors une diminution des contacts sociaux et donc tactiles. Cela peut entraîner des conséquences au niveau physique mais également au niveau psychique avec l'apparition de troubles du comportement, voire de dépression et de syndrome de glissement.

- D'un point de vue sociétal.

On peut également constater une réduction des contacts tactiles due à la place qui est attribuée à la personne âgée dans notre société occidentale, avec une certaine stigmatisation des personnes âgées.

En effet, selon PERSONNE : « Le plus souvent la vieillesse est stigmatisée, en ce sens qu'elle ne correspond pas aux valeurs prônées actuellement, à savoir la modernité, la jeunesse, la rapidité, la compétitivité, la séduction, la vitalité. » (Personne, 2011, p. 20). À cela s'ajoute, selon TALPIN que : « le vieillissement cristallise les angoisses. » (Talpin, 2017, p. 27).

On retrouve donc, selon HUMMEL (dans TALPIN) : une représentation sociale de la vieillesse qui s'organise « entre vieillesse en bonne santé (positive) et vieillesse en étant malade, dépendant (négative). » (Talpin, 2017, p. 26). En effet, toujours selon TALPIN : « La vieillesse est très étroitement associée à la dépendance et/ou la maladie d'Alzheimer, à l'entrée en institution et à la mort. » (Talpin, 2017, p. 27).

De plus, la peau de la personne âgée peut être perçue comme « repoussante » ou encore « fragile ». Selon CHARPENTIER : « Le vieillissement et l'image que la société en donne participent à la diminution des contacts tactiles chez la personne âgée. » (Charpentier, 2014, p. 10). Cela peut entraîner un manque de contact physique, de toucher et de caresses qui, selon les facultés d'adaptation du sujet, peut avoir de fortes répercussions.

Toujours selon CHARPENTIER : « Le sujet âgé étant peu touché, son enveloppe corporelle devient un contenant aux limites floues. Il est atteint dans son intégrité psychocorporelle. » (Charpentier, 2014, p. 10).

- D'un point de vue psycho-affectif.

Le toucher contribue à apporter contenance, sécurité, et à délimiter les limites corporelles. De plus, le fait de toucher et d'être touché est primordial dans les relations sociales et la communication interpersonnelle. Selon FIELDS : « Priver une personne âgée de contact physique, c'est comme la priver de nourriture ! » (Fields, 2017, p. 68).

La diminution des contacts tactiles peut donc impacter les limites corporelles, l'image du corps, mais également l'identité. Lorsque le contact physique diminue, la personne peut avoir l'impression d'être moins valorisée, reconnue et donc d'être isolée avec un sentiment de solitude et une baisse de l'estime de soi. Elle peut avoir l'impression d'être coupée de tout

lien relationnel entraînant une perte de sentiment d'existence. De plus, comme évoqué précédemment, le sentiment d'appartenance à un groupe social est diminué, ce qui participe également aux remaniements identitaires.

Les expériences tactiles, au fur et à mesure de l'avancée en âge et de l'apparition de pathologies et de dépendance, sont davantage empreintes de négativité. En effet, les touchers dans le cadre des soins vont augmenter ; néanmoins, ce sont principalement des touchers techniques, souvent dépourvus d'affectivité et de sentiment de plaisir. Ils peuvent parfois même être agressifs dans le cas de la maltraitance.

Les soins peuvent souvent être perçus comme intrusifs par les personnes avec une dépersonnalisation et une perte progressive du sentiment d'identité. Les personnes peuvent avoir le sentiment d'une non prise en compte de leur état émotionnel, physique, de leurs besoins et désirs ; et peuvent parfois se sentir peu écoutées en tant qu'individu singulier dans sa personnalité, son identité, son vécu, son histoire.

Le fait de toucher et d'être touché est donc primordial afin que la personne retrouve le sentiment d'un tout unifié, d'une continuité d'existence, qu'elle se réapproprie et remette du lien sur ce corps omniprésent et en même temps qui échappe, en passant notamment par un sentiment de plaisir. Selon PERSONNE, dans le contexte du vieillissement : « le corps prend souvent une place fondamentale et fait l'objet d'une certaine centration sur lui-même. » (Personne, 2011, p. 20).

Le toucher reste généralement le dernier sens en éveil et peut donc être parfois le seul canal de communication et de relation, notamment lors des soins.

D. Le toucher dans les soins chez la personne âgée.

Avant d'évoquer les différents touchers retrouvés dans les soins proposés aux personnes âgées, clarifions les limites du toucher dans le soin.

1. Limites du toucher dans le soin.

Le toucher est un sens impliquant les ressentis, perceptions et représentations propres de chaque personne. Il peut donc prendre plusieurs significations selon la personne touchée. Il est nécessaire d'être vigilant avec le toucher en raison des particularités associées à ce sens.

Afin de rendre les soins le plus adaptée à la personne soignée ou encore avant de proposer une médiation toucher en psychomotricité, il y a certains aspects qu'il est important de prendre en compte en amont :

- Tout d'abord, selon la culture, l'éducation, et les croyances de la personne, on retrouve des différences dans la perception du toucher, ses significations et représentations. En effet, selon les cultures et croyances, le toucher peut être perçu comme un acte normal, d'accueil et de lien à l'autre, alors que dans d'autres cultures, il est perçu comme quelque chose d'interdit, intrusif et déplacé. Selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT, « la culture occidentale est encore très marquée par des philosophies qui dissocient le corps et l'esprit, des religions qui font du corps un suspect (et de ce fait des approches médicales qui elles aussi séparent le mental du physique). » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 65).

Mais, il arrive également qu'au sein d'une même société, des personnes d'une même culture puissent avoir une approche et des habitudes face au toucher très différentes.

L'éducation, en particulier dans la sphère familiale, joue un rôle dans la représentation du toucher. En effet, une personne ayant grandi et évolué au sein d'une famille où les contacts tactiles ont été quotidiens, peut être davantage à l'aise avec le toucher et le considérer comme quelque chose de normal au quotidien. Au contraire, une personne ayant eu une éducation où le toucher était rare, voire tabou, avec des possibles interdits le concernant, peut davantage être sur la réserve avec plus de pudeur et se représenter le toucher comme quelque chose d'incorrect.

Selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT : « Par exemple, dans certaines familles, les hommes ne peuvent absolument pas s'embrasser mutuellement [...] Dans d'autres, ils s'embrassent et se serrent dans les bras sans aucune gêne. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 29).

Les personnes âgées rencontrées, ont souvent eu une éducation stricte et conservatrice, où le toucher était bien plus tabou qu'aujourd'hui ; c'est un facteur à prendre en compte lors des soins.

- Selon les expériences liées au toucher, les réactions et perceptions de chacun sont différentes. En effet, chaque personne a un vécu subjectif et spécifique face au toucher.

Chaque personne garde dans sa mémoire corporelle les expériences sensorielles passées. Chez certaines personnes, ces expériences peuvent être en lien avec un toucher traumatisant : non consenti, violent, oppressant, etc. Le toucher peut donc à chaque fois faire écho à ces expériences et renouveler le traumatisme.

Madame S est une dame que je rencontre au sein de l'EHPAD un matin lors d'un soin de nursing. Je remarque que même avant que l'aide soignante (AS) ne commence les soins, elle se met à crier, et continue tout le long du soin. Face à cette situation, l'AS semble prendre plus son temps, elle lui verbalise chaque étape et fait des pauses dans le soin. Lorsque je fais part à l'AS, plus tard, de mon questionnement par rapport à cette situation, elle m'apprend que cette dame a subi un viol par le passé et que les soins de nursing sont un moment extrêmement éprouvant pour cette dame, qui l'exprime par les cris. Nous pouvons donc supposer un lien entre ses expériences vécues passées et son comportement lors des soins de nursing mettant en jeu un toucher intime, vécu comme intrusif.

- Selon les douleurs et/ou pathologies que présente la personne, la prise en soin sera différente. En effet, avec la vieillesse, les maladies chroniques de types ostéo-articulaires par exemple sont très répandues. Ces dernières peuvent être extrêmement douloureuses à la mobilisation, il faut donc être précautionneux de ne pas aggraver la douleur. Les pathologies peuvent être également en lien avec des remaniements de l'image du corps et de l'estime de soi, qui peuvent également rendre le fait d'être touché intrusif et dérangeant.

Je rencontre Mme R lors de mon stage, lors de séances de psychomotricité. Elle a 81 ans, et a eu un AVC 20 ans auparavant. Elle présente depuis, des clonies douloureuses avec rétractions du côté droit du corps, et une hypertonie globale, qui se majorent lors de situations de stress, de contrariété, d'émotions.

Ses clonies sont gênantes pour elle. Elle verbalise qu'elle ne veut pas que les autres les remarquent, adoptant toujours une position de verrouillage avec sa main gauche qui tient son bras droit pour l'empêcher de trembler.

Un midi, lors d'une séance de marche dans le couloir, une autre résidente, avec qui elle s'entend habituellement bien, s'arrête pour lui parler et lui serre l'épaule droite. En réponse, Mme R réagit corporellement avec des mimiques faciales reflétant un certain

malaise, et lors du reste de la séance, les clonies sont majorées avec davantage de spasmes. Le toucher semblerait être le facteur de majoration, c'est un élément qui doit être pris en compte lors de tous les soins de Mme R.

De plus, certaines pathologies sont des contre-indications au toucher. Par exemple, en cas de phlébite, le toucher-massage est dangereux car il pourrait déplacer un caillot.

Des particularités sensorielles avec une hypersensibilité ou une hyposensibilité tactile doivent également être recherchées avant de commencer un toucher.

De plus, la peau en vieillissant, est plus fragile (due à la diminution d'épaisseur de ses couches), il est donc important d'apporter un toucher en conséquence afin de ne pas blesser la personne.

- Selon le sexe des deux personnes. En effet, tout d'abord, les hommes sont généralement moins touchés que les femmes, et cela commence dès l'enfance.

Selon FIELD : « Les femmes sont plus souvent touchées que les hommes par toute une diversité de gens [...], elles sont plus exposées au toucher dans des situations médicales, par exemple au cours d'examens gynécologiques de routine. Ainsi le toucher peut être rassurant pour des femmes hospitalisées, mais perturbant pour des hommes qui ont moins l'expérience d'être touchés en général. » (Field, 2017, p. 49).

Cela peut donc entraîner lors des soins, une différence d'approche entre un patient femme et homme.

De plus, le sexe du soignant est également important; en effet, selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT :

« Accepter de se laisser toucher par une femme quand on est un homme, accepter de montrer son corps nu à un homme quand on est une femme [...] Dans la vie courante, ces gestes sont [...] liés à des relations très intimes, affectives, amoureuses ou sexuelles. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 58).

Donc, toujours selon ces auteurs : « Un patient peut être réticent à se laisser examiner, à se laisser toucher, à se laisser soigner. [...] Il peut ne pas avoir l'habitude d'être touché, manipulé, et être troublé par le contact d'une personne de sexe opposé. il peut donc

refuser d'être touché par quelqu'un de sexe différent. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 60).

2. Les différents types de touchers retrouvés dans les soins.

Le toucher lors de soins est un toucher professionnel qui peut se décliner en différents types. En effet, il y a les touchers axés sur le corps avec un but de diagnostic, d'hygiène ou encore de rééducation, et les touchers axés sur le mieux-être et la détente.

On retrouve donc :

a) Le toucher diagnostic :

Selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT, il est effectué par le médecin « qui examine, scrute le corps du malade et cherche à établir un diagnostic. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 75). Le toucher est précis, sans considération d'affects.

b) Le toucher rééducatif :

Ce toucher est défini comme un toucher « établi à partir d'un bilan et qui a un objectif bien défini. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 75). C'est par exemple le toucher en kinésithérapie. En effet, ce type de toucher vise à réduquer de manière technique et centrée sur le corps, les troubles au niveau du mouvement, de la motricité ou des altérations au niveau fonctionnel. (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023).

c) Le toucher technique, de contrôle :

Fait par l'infirmier, « il caractérise les soins usuels : prise de signes vitaux (ex : pouls, tension, température, saturation, pansements, prélèvements, etc. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 75). Ce toucher regroupe donc des gestes appris, automatisés et répétés. Ce toucher peut être source d'inquiétude et de tensions pour le patient, car il peut être douloureux, voire perçu comme agressif.

d) Le toucher d'hygiène, ou soins de nursing :

Le nursing est défini selon le dictionnaire le Larousse (s. d.) comme : l'« ensemble des soins d'hygiène et de confort prodigués par l'infirmière et l'aide-soignante aux personnes dépendantes. » Ces soins peuvent être bien accueillis, avec le toucher qui devient soutenant, enveloppant, apportant un confort et une certaine intimité qui permettent un dialogue et un

moment de plaisir. Néanmoins, ces soins sont souvent perçus par certains résidents comme intrusifs avec une dépersonnalisation et une certaine violation de leur intimité.

BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT (2013) parle de « toucher déshumanisé et déshumanisant ».

Le toucher déshumanisé dispensé par un personnel de soins, désigne « tous les gestes utiles, quotidiens et répétitifs, de plus en plus “mécaniques”, de moins en moins “sentis”, où la relation au malade, comme d’ailleurs celle du patient au soignant, devient utilitaire ou utilitariste, sans [...] humanité » avec une « réelle autonomisation du toucher. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 87).

Ce toucher devient déshumanisant, lorsque « le patient n’est plus considéré comme une personne capable. [...] Il n’est pas considéré comme un réel interlocuteur. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 89). Le patient se sent alors déshumanisé. Dans ce toucher, la personne soignée a le sentiment que son état émotionnel, physique, ses besoins ou désirs ne sont pas pris en compte ; et elle peut se sentir peu reconnue en tant qu’individu avec sa personnalité, son identité, ses vécus, son histoire ; ce qui impacte son sentiment d’existence.

Lors de mon stage, j’ai pu constater que, par manque de temps et de moyens, les personnels en charge des soins d’hygiène quotidiens sont amenés malgré eux à pratiquer un soin déshumanisé et donc déshumanisant.

e) Le toucher relationnel :

C’est selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT : « le toucher effectué pendant un soin lorsque, en plus de [la] technicité, [le soignant s’] implique par [son] toucher et [son] attitude dans une relation avec [le] patient. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 83). C’est une manière de toucher qui peut être mise en place lors des soins techniques ou des soins d’hygiène déjà évoqués précédemment ; mais également lors des soins psychomoteurs.

Le toucher relationnel est un toucher rassurant ; il s’appuie sur la qualité de présence et d’intention donnée au toucher. Ce toucher favorise la communication verbale et/ou non verbale et permet la détente, le mieux-être. Aussi, il contribue à la restauration d’un sentiment

de sécurité et à la prise en compte de la personne soignée dans son « tout », son individualité, son entier, et non plus seulement comme un objet de soins.

Par ce toucher, « le patient peut enfin se sentir considéré et “pris” dans son ensemble, reconnu comme un être à part entière. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 85).

Selon BLANCHON : « Le toucher relationnel contribue à soulager la douleur non seulement physique, mais morale, et crée une relation privilégiée et un climat favorable à l’expression du vécu de la personne. » (Blanchon, 2006, p. 34).

f) Le toucher-massage :

C’est une méthode de soins très courante qui implique l’utilisation du massage. C’est selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT : « avant tout et essentiellement, un prolongement, une suite naturelle du toucher » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 105). Il est défini selon SAVATOFSKI comme : « une méthode plus subjective, une manière de faire et d’être, de communiquer, d’accompagner le soin, dans le but de rassurer, calmer, détendre immédiatement. » (Savatofski, 2009, p. 2).

Il existe diverses formations, mais il faut savoir que « le toucher-massage ne nécessite en fait aucune formation médicale spécifique pour être réalisé. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 105).

Le massage dans les soins se constitue de pressions, de mobilisations passives, d’effleurements, etc. Il peut s’avérer très utile car il permet des effets physiologiques tels que des modifications au niveau vasculaire, une diminution des oedèmes (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 109) ; une diminution de la douleur ; mais également des effets de détente et de bien-être. Il peut donc être mis en place lors d’autres soins (techniques, d’hygiène) afin d’apaiser et de rendre les soins moins difficiles (pour le patient et pour le soignant).

On retrouve également d’autres apports du toucher-massage lorsqu’il est mis en lien avec un toucher psychomoteur, je les détaille plus amplement dans la partie suivante.

III. Toucher et psychomotricité.

A. Mon lieu de stage.

L'institution dans laquelle se déroule mon stage est un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Un EHPAD est un établissement médicalisé accueillant des personnes âgées d'au moins 60 ans dans une situation de dépendance plus ou moins importante.

Cet établissement accueille 84 résidents, dont 78 en hébergement permanent et 6 en hébergement temporaire. Les résidents sont donc dépendants au niveau physique et/ou psychique et ont besoin d'une aide quotidienne. On retrouve des personnes avec un âge allant de 61 à 103 ans, avec, par conséquent, un âge moyen sur l'établissement de 86 ans.

On retrouve une équipe pluridisciplinaire, composée d'un médecin coordonnateur, d'un cadre de santé, d'infirmières, d'aides soignantes, d'assistantes de soin en gérontologie (ASG), d'aides médico-psychologiques, d'agents hôteliers, d'animatrices et d'une enseignante en activités physiques adaptées (APA). L'équipe paramédicale se compose d'une kinésithérapeute, d'une psychomotricienne et d'une psychologue.

On retrouve également, des médecins généralistes, une ergothérapeute, un podologue, une socio-esthéticienne et une coiffeuse qui viennent de manière ponctuelle.

Au sein de l'EHPAD, on retrouve un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), qui compte 14 places. L'équipe soignante est formée par la psychomotricienne qui élabore un programme d'activités et une ASG, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. C'est un lieu où sont organisées des activités sociales et thérapeutiques (corporelles, cognitives, sensorielles) durant la journée, pour les résidents présentant des troubles du comportement légers à modérés dans le cadre de leurs troubles neurocognitifs. Les résidents viennent donc le matin, et repartent le soir. Le midi, un repas thérapeutique est proposé.

Cet EHPAD possède également une unité de vie protégée ou unité Alzheimer qui compte 14 places. C'est un espace de vie dédié aux résidents souffrants de TNCM accompagnés de troubles psycho-comportementaux dits « productifs », « positifs », qui ne sont pas compatibles avec son maintien au sein de l'unité traditionnelle de l'EHPAD. En

effet, la sévérité et/ou la persistance des troubles compromettent la qualité de vie et la sécurité du résident.

Intégré à l'EHPAD, on retrouve un Centre d'Accueil de Jour (CAJ). C'est un espace accueillant des personnes âgées vivant à domicile, en perte d'autonomie et souffrant de TNC légers. L'équipe soignante est formée d'une ASG et d'une AS toute la journée et d'une psychomotricienne les après-midis. C'est un lieu où sont mis en place durant la journée des activités cognitives, corporelles, sensorielles, permettant également un lien social. Les patients arrivent donc de chez eux le matin et repartent à leur domicile le soir ; cela permet de préserver au maximum le maintien à domicile en favorisant la conservation des capacités, l'apport d'un bien-être et en faisant également du lien avec les aidants, pour qui ces journées sont des temps de répit.

Le travail pluridisciplinaire est central dans les prises en soins en EHPAD. À l'entrée en institution, l'équipe pluridisciplinaire en lien avec le résident et la famille va mettre en place un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) en fonction des besoins de la personne. De plus, chaque jour sont organisées des réunions pluridisciplinaires de transmission afin qu'il y ait une communication des informations, et des discussions autour de situations précises concernant les résidents.

B. Le toucher en psychomotricité.

Avant d'entrer dans les détails, je vais prendre un moment pour m'intéresser brièvement à la psychomotricité et à l'approche du psychomotricien.

1. La psychomotricité.

Selon GIROMINI et al., le psychomotricien fonde « son intervention sur le mouvement, l'action, la communication verbale et non verbale, les émotions et les représentations. Il accompagne la personne dans sa capacité à percevoir, agir, être et symboliser. » (Giromini et al., 2022, p. 3).

La psychomotricité est une profession réglementée. En effet, les psychomotriciens sont des professionnels paramédicaux, ayant acquis le statut d'auxiliaire de la médecine lors de l'inscription de plusieurs articles dans le Code de la Santé Publique en 1994.

Les actions du psychomotricien sont donc diverses car il intervient dans plusieurs champs de compétences (dépistage, éducation, prévention, rééducation et thérapie), et auprès d'individus de tout âge (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées). Le cadre d'intervention est toujours similaire, sous prescription médicale, avec une phase d'évaluation, la construction d'un projet, puis une réévaluation.

Son paradigme se base sur la boucle : sensations, perceptions et représentations, qui sont indissociables et en lien étroit avec la motricité. Ce triptyque est au centre du développement psychomoteur et de son fonctionnement.

- La sensation est la première étape d'une chaîne d'événements allant du stimulus d'un organe sensoriel à la perception. Les sensations sont présentes déjà in utero et sont décrites selon trois catégories : extéroception (les 5 sens, dont le toucher) ; proprioception (sensation de tension musculaire, de position corporelle, de mouvement, d'équilibre et de déplacement) ; intéroception (somesthésie végétative ainsi que modalité sensorielle inconsciente). Un stimulus arrive donc au niveau des récepteurs sensoriels, entraînant une transduction et une intégration sensorielle.

- La sensation arrive dans un système qui a un vécu et une mémoire, qui lui donnent une perception particulière. Cette perception dépend donc de notre état d'attention, d'écoute, émotionnel, de nos expériences et de notre disponibilité.

- La représentation est donc la capacité pour un individu de rapporter une perception, une image mentale à un objet, à une situation du monde dans lequel il vit. Elle permet d'accéder à une représentation de son corps propre, de son corps dans l'espace et dans son environnement. Cette représentation conduit à la notion de schéma intériorisé, de connaissance de soi, mettant en jeu l'image et la mémoire. À partir de ces représentations, des réponses volontaires vont pouvoir être élaborées.

Selon BÉNAVIDÈS, on retrouve plusieurs approches du soin psychomoteur : «

- une orientation rééducative avec un objectif restreint dans le temps, essentiellement centrée sur un ensemble de fonctions instrumentales : graphisme, praxies, attention, etc ;

- une orientation thérapeutique où l'intervention tient compte de la globalité et de la complexité de l'être humain ;
- une orientation éducative qui est sollicitée dans le cadre de stimulations en vue de faciliter le développement du patient. » (Bénavidès, 2015, p. 9).

En EHPAD, le soin psychomoteur se base sur la personne dans son unité, avec une approche holistique et intégrative. L'état interne de la personne peut se manifester aussi bien dans une sphère psychique/mentale, que dans une sphère relationnelle/affective et émotionnelle ou dans une sphère corporelle.

Les axes d'intervention sont nombreux et sont davantage sur un versant thérapeutique, avec le maintien des capacités et une amélioration du bien-être, et non une volonté de guérir.

En effet, selon POTELE : « À cet âge de la vie [...] l'enjeu n'est plus le développement et le déploiement des possibilités et des capacités, mais le confort et la conservation au maximum des potentiels et du plaisir de vivre dans un corps investi. » (Potel, 2010, p. 206).

Le psychomotricien peut donc intervenir en EHPAD, au niveau de troubles : moteurs ; cognitifs ; spatio-temporels ; psycho-comportementaux ; de l'équilibre et de la marche ; de la régulation tonique ; au niveau de douleurs physiques (souvent chroniques) ; au niveau de difficultés relationnelles et de gestion émotionnelle ; au niveau d'altérations du schéma corporel et de l'image du corps ; d'altérations du ressenti et de la conscience corporelle ; d'altération de l'estime de soi ou encore de déficits sensoriels. (Foulon, 2020).

En conséquence, les objectifs de l'intervention psychomotrice auprès de la personne âgée sont très variés.

De plus, comme stipulé dans l'article 1 du décret d'acte établi en 1988, relatif à l'accomplissement de certains actes thérapeutiques en psychomotricité, le psychomotricien est habilité à accomplir les actes professionnels suivant :

- « 1. Bilan psychomoteur.
2. Education 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 ;
- disharmonies 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. » (Légifrance).

Le psychomotricien propose donc une approche avec différentes médiations corporelles. Je vais me pencher sur l'une d'entre elles : le toucher thérapeutique.

2. Le toucher thérapeutique en psychomotricité en EHPAD.

Le toucher en psychomotricité est donc considéré comme un objet de médiation corporelle mais pas seulement. En effet, le toucher étant un sens continu, il est présent de manière quotidienne dans l'accompagnement des patients en EHPAD.

En effet, une caresse sur le bras, serrer une main, poser une main sur l'épaule, etc, ce sont des gestes simples qui peuvent jouer un rôle important dans la relation de soin, la communication, la création ou le maintien d'une alliance thérapeutique solide. Le toucher est intégré à la vie et aux gestes du quotidien des résidents en apportant relation, réconfort, contenance et sentiment de continuité.

Lorsque je viens chercher Mme L dans sa chambre pour aller à sa séance de psychomotricité, nous prenons toujours un temps d'échange avant de quitter la chambre. En effet, Mme L présente très souvent des troubles psycho-comportementaux avec beaucoup d'anxiété par rapport au fait de sortir de sa chambre, mais également par rapport aux soins du matin. Lors de cet échange, elle a l'habitude de me prendre la main pendant qu'elle me raconte ce qui la perturbe. Peut-être est-ce pour trouver du réconfort ? Peut-être est-ce pour retrouver un lien de qualité, qui sera plus direct que la parole, avant de sortir de la chambre ?

De plus, Mme L est en fauteuil roulant, ce qui fait que lors du trajet pour aller en salle de psychomotricité, le contact visuel entre elle et moi est rompu. Il est donc intéressant de garder un contact tactile afin d'apporter contenance, sécurité et relation de qualité dans ce moment d'anxiété, et qu'elle sente que je suis toujours là. Je pose donc ma main sur son épaule avant que le contact visuel ne soit perdu (lors du transfert chaise/fauteuil roulant) et je la garde jusqu'à ce qu'il soit rétabli.

Le toucher permet également de réancrer la personne dans l'instant présent. En effet, le vieillissement engendre des troubles attentionnels, qui sont amplifiés par la survenue de troubles, tels que des TNCM.

Lors d'une passation de MMSE avec Mr G, ce dernier présente des difficultés attentionnelles qui impactent sa capacité de réflexion, ses capacités mnésiques et sa qualité de présence. Le score final obtenu peut donc ne pas refléter la réalité des compétences cognitives de Mr G. Afin de le recentrer sur le moment présent, la psychomotricienne propose des contacts réguliers (sur son bras). Cela lui permet de porter son attention à nouveau sur les questions posées.

Malgré l'apport du toucher au quotidien, il est également très enrichissant de proposer des séances de psychomotricité autour d'un médiateur : le toucher thérapeutique.

Il est important de distinguer la notion d'objet médiateur qui correspond aux différentes pratiques retrouvées (le toucher-massage, le toucher avec ballon, le shiatsu, etc), de la notion de médiation thérapeutique qui correspond davantage aux phénomènes transitionnels du dispositif thérapeutique.

La médiation thérapeutique serait donc une représentation d'une présence rassurante permettant le cheminement d'un éprouvé brut, parfois empreint d'angoisses, à un vécu plus serein, assimilable et ancré dans la réalité, grâce à l'objet médiateur, au dialogue tonico-émotionnel et à la verbalisation avec le psychomotricien.

Selon GIROMINI : « Le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui. Il n'est pas utilisé pour la transmission d'un savoir ou d'un savoir-faire au titre d'un apprentissage. » (Giromini, 2017, p. 52).

De plus, selon RODRIGUEZ :

« La médiation thérapeutique en psychomotricité désigne essentiellement l'idée d'utiliser dans la relation un médiateur spécifique qui [...] vient s'interposer entre le thérapeute et le (ou les) patients pour en favoriser le travail thérapeutique.

Il peut s'agir :

- d'un objet concret (jouet, pâte à modeler, instrument de musique, jeux divers)
- d'un objet culturel (peinture, théâtre, écoute musicale).
- d'une technique corporelle (danse, relaxation, yoga). » (Rodriguez, 2019, pp. 27-28).

Le toucher thérapeutique se place donc dans la catégorie des techniques corporelles. Selon le dictionnaire Le Robert (s. d.), le terme « thérapeutique » est défini comme ce « qui concerne le traitement des maladies, [ce qui est] apte à guérir ».

Je définirai donc le toucher thérapeutique comme l'ensemble des soins apportés par l'utilisation du toucher, en lien avec la présence d'un cadre sécurisant et d'une alliance thérapeutique solide permise par une attitude, une posture, une implication corporelle et psychique, une qualité de présence et d'accompagnement retrouvée chez le psychomotricien. Le toucher doit être complété par un regard bienveillant dirigé vers le patient.

En effet, selon LEFÈVRE : « Ce n'est pas la médiation qui est thérapeutique, mais c'est le psychomotricien qui la rend thérapeutique. » (Lefèvre, 2019, p. 373).

Selon SCIALOM : « le psychomotricien crée une relation spécifique avec le patient. Il redonne du sens à ses symptômes et y met des mots. [...] Par ses actions (stimulations sensori-motrices) mais aussi par sa place en tant que repère (régularité des prises en charge :

aspect spatio-temporel), le psychomotricien « amène de la vie » et de la cohérence auprès de ces patients. » (Scialom, s. d).

Ce toucher thérapeutique peut regrouper différents types de pratiques, qui peuvent être mises en place de manières différentes : avec des objets médiateurs divers (une balle par exemple venant faire un intermédiaire entre le patient et le psychomotricien) ; ou encore en séance de groupe ou en séance individuelle.

Le choix de la pratique utilisée est fonction du ou des patient(s), de leur vécu, du cadre institutionnel et de la séance, de l'alliance thérapeutique mise en place, des objectifs de soin, des pathologies, etc. En effet, selon GEROMINI : « Le cadre institutionnel dans lequel s'inscrit le travail thérapeutique, les pathologies, les demandes de soin ainsi que les aptitudes particulières des soignants vont influencer le choix des médiateurs utilisés. » (Giromini, 2017, p. 52).

Le toucher en séance de groupe :

Lors d'une séance de groupe au centre d'accueil de jour (CAJ), je propose à 8 patientes, une séance d'auto-massage du corps et du visage, dans l'objectif d'un réveil et d'une reprise de conscience de leur corps.

Le choix de l'auto-massage a été réfléchi selon le cadre et selon les différentes patientes formant le groupe. En effet, de par le cadre en groupe, il est plus pertinent que chaque personne soit centrée sur elle-même et sur ses propres ressentis corporels, tout en restant en lien et en relation avec autrui par la verbalisation. Le toucher en binôme étant une médiation amenant une certaine intimité, un lien de confiance et une alliance thérapeutique solide sont nécessaires. L'auto-massage est donc ici, la médiation qui s'ajuste le plus au cadre et au groupe. Au cours de cette séance, je constate quelques réticences au départ avec une certaine gêne que certaines verbalisent, suivi d'interrogations, puis de l'installation d'un certain enthousiasme et de détente. Ce toucher, et ici l'auto-massage, est une nouveauté chez ces dames, qui semblent être dans une réelle découverte des sensations et des ressentis que cela a fait émerger.

La mise en place de séances autour du toucher thérapeutique est donc permise par la qualité de présence, la posture et l'implication psycho-corporelle du psychomotricien et du patient. Ainsi que par la mise en place en amont d'un cadre thérapeutique sécuritaire et contenant.

3. Le cadre thérapeutique.

Le cadre est un élément central qu'il faut établir avant toute séance de psychomotricité. La qualité de ce cadre et la façon dont il sera respecté influencera l'intervention du psychomotricien. Selon POTEL : « Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. » (Potel, 2019, p. 357).

La notion de cadre prend une valeur particulière en psychomotricité. En effet, ce dernier sera différent du cadre thérapeutique d'une autre profession. En psychomotricité, il n'y a pas de règles fixes, chaque psychomotricien est garant du cadre, de sa continuité, et de sa solidité ; il part des fondamentaux du cadre et l'étaye à sa manière avec sa sensibilité et son identité de professionnel, mais également en fonction de l'institution et de la population rencontrée.

On retrouve deux types de cadres :

Le cadre physique : il regroupe des conditions très concrètes à la mise en place de séances psychomotrices. POTEL le détaille en plusieurs conditions :

- Les conditions d'espace : « Il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où [la personne] va pouvoir se vivre dans son corps. » (Potel, 2019, p. 358).

En effet, l'organisation de la salle de psychomotricité doit être pensée afin de permettre un investissement du patient. C'est un lieu privilégié qui permet au patient de s'engager et de s'exprimer dans un espace qui lui est dédié. Si ce lieu devient polyvalent, il perd sa signification thérapeutique pour le patient.

- Les conditions de matériel : « Le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets [...] qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire. » (Potel, 2019, p. 358).

- Les conditions de temps : les horaires de séance doivent être réfléchis, pour qu'ils s'intègrent comme des repères, avec l'idée de rythme et de permanence. Un rituel peut alors s'installer, ce qui rend les moments de séparation moins angoissants. Il est également important de déterminer en amont la fréquence des séances (une ou deux fois par semaine? etc). De plus, lors de changements de conditions du cadre (interruptions de séance pendant les vacances par exemple), il est important d'informer le patient en amont, car cela peut être très déstabilisant. En effet, chez les personnes atteintes de TNCM, cela peut engendrer une majoration de la désorientation spatio-temporelle et du sentiment d'abandon.

- Les conditions d'encadrement : « Le psychomotricien peut travailler seul, en équipe, à deux, en coanimation. » (Potel, 2019, p. 358). Ceci doit être défini au préalable. On peut retrouver des séances individuelles ou de groupe, ce qui influe sur le cadre mis en place. Dans un suivi de groupe par exemple, le respect du cadre est tributaire du sentiment de sécurité et de contenance des patients. Le cadre permet de structurer le groupe et favorise le sentiment d'unité et de lien.

- Les conditions de fonctionnement institutionnel : en effet, « un cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée. » (Potel, 2019, p. 359).

Le cadre psychique : le psychomotricien incarne ce cadre. En effet, le cadre psychique regroupe la disponibilité psycho-corporelle, la qualité de présence, l'ajustement du psychomotricien. Ce dernier est présent dans l'ici et maintenant, il est ancré et engagé dans la rencontre à l'autre. Ainsi il accueille avec bienveillance, sans présumé ni jugement.

Le psychomotricien joue donc plusieurs rôles :

- de pare-excitation : lorsque le patient s'agite car soumis à trop de stimuli, d'émotions, etc, le psychomotricien contient en canalisant la frustration, l'incompréhension, les émotions ; il accueille le trop plein et lui donne du sens.

Selon MARTIN : « ANZIEU compare le cadre à un "contenant maternel" : dans cette enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute qui a [...] le rôle "d'une seconde peau psychique, les pensées du sujet peuvent se déployer" et l'excitation, qu'elle soit

d'origine interne ou externe, est limitée dans ses effets désorganisateurs. » (Martin, 2001, p. 109).

Cela apporte contenance. En effet, le psychomotricien apaise, accompagne et verbalise les vécus du patient, qui peut alors les détoxiquer et les comprendre. La contenance a alors une fonction de symbolisation. Cette fonction contenante du cadre soutient la relation, l'expérimentation et l'appropriation des médiations proposées.

- d'étanchéité : en effet, il se doit de respecter le secret thérapeutique (obligation de secret qui s'appliquent aux personnes ayant connaissance, dans le cadre de leurs fonctions, d'éléments relatifs à un patient). Le psychomotricien est garant d'un espace suffisamment sécurisant et confidentiel.

- de miroir : le patient se voit à travers les yeux et les paroles du psychomotricien, ce qui lui permet de se re-narcissiser.

- de sécurité et de limite : le psychomotricien « tient le cadre » en plaçant des règles, qui garantissent la sécurité du patient et du psychomotricien.

Il est important que ce cadre thérapeutique demeure à la fois stable et flexible. En effet, la stabilité du cadre va permettre contenance, rythmicité et sentiment de sécurité. Néanmoins, l'adaptabilité à la personne et à ses vécus est tout aussi importante.

Le cadre d'un projet de soin avec comme médiateur le toucher thérapeutique est donc extrêmement important, car comme dit précédemment, le toucher est vecteur d'intimité. Le cadre permet donc de poser des limites, de permettre une relation de confiance entre le patient et le psychomotricien, ce qui garantit la sécurité nécessaire au toucher.

4. La relation patient/soignant et le toucher thérapeutique.

Comme dit précédemment, le toucher est vecteur d'une relation particulière entre les deux personnes qui se touchent. En effet, de par sa proximité, sa réflexivité et sa subjectivité, il est important d'être au clair quant à son utilisation dans les soins. Il est à l'origine d'une relation unique entre le patient et le psychomotricien, de par leur subjectivité et leurs expériences vécues. On peut donc dire que chaque relation mise en place dans une prise en

soin est différente, singulière et riche. La qualité de cette relation influe sur l'investissement du patient dans son soin et donc sur son évolution.

En effet, selon BLANCHON : « par le toucher, nous instaurons un lien concret, palpable, entre le malade et nous-même. » (Blanchon, 2006, p. 30). La relation ne peut donc pas rester superficielle. Toujours selon elle : « nous ne touchons pas qu'avec nos mains, nos doigts, mais avec tout notre corps. Lorsque nous [touchons], nous faisons passer ce que nous sommes au travers de nos gestes. » (Blanchon, 2006, p. 30).

Lors d'une prise en soin par le toucher, il n'y a pas de hiérarchisation entre le psychomotricien et le patient ; nous ne sommes pas dans le cas de figure où le soignant apporte quelque chose au patient qui le reçoit. Ici, il y a une réciprocité entre les deux personnes, c'est un échange mutuel qui se fait par le toucher entre le soignant et le patient.

On retrouve des conditions sine qua non afin qu'une relation de soin stable et sécurisée puisse s'établir et perdurer.

Tout d'abord, une alliance thérapeutique solide est nécessaire. En effet, l'alliance est définie par la relation co-construite par les deux partenaires du soin (patient et psychomotricien). C'est un partenariat essentiel lors d'une prise en soin car elle crée une distance entre le patient et le psychomotricien, nécessaire à un travail thérapeutique opérant. Elle se construit peu à peu dès la première rencontre et tout le long des séances, grâce à l'installation d'un sentiment de sécurité et de confiance permis par le cadre thérapeutique (physique et psychique) qu'apporte le psychomotricien.

Une relation solide et de qualité permet au patient d'être acteur de sa prise en soin, et de rendre le toucher thérapeutique possible entre les deux partenaires du soin. En effet, le toucher n'est pas directement abordé dans une prise en charge, il y a toute une phase d'apprivoisement et de connaissance mutuelle qui doit se mettre en place. Le psychomotricien doit s'adapter au rythme du patient et ne pas aller trop vite dans la prise en soin au risque de fragiliser voire de rompre l'alliance thérapeutique.

De plus, avant chaque premier contact à chaque séance, le consentement est primordial. En effet, l'accord doit être demandé par le psychomotricien et donné par le patient, avant de rentrer dans cet espace intime. Le premier contact doit être progressif et

annoncé de manière calme et douce, afin que le toucher ne soit pas perçu comme intrusif ou agressif par le patient.

Il faut être également vigilant à établir une certaine distance professionnelle lorsque la relation s'installe pour qu'elle ne tombe pas dans la sympathie, de l'amitié ou de la contagion émotionnelle (ressentir à son tour ce que le patient ressent). En effet, dans une relation de soin, le psychomotricien doit être dans une position empathique envers le patient. L'empathie est la capacité du professionnel à comprendre ce que le patient ressent ou pense, sans pour autant éprouver, ressentir ou penser la même chose. Néanmoins, de par l'impossibilité du psychomotricien à être totalement objectif et neutre, des transferts et contre-transferts peuvent survenir dans la relation, et d'autant plus lorsque la relation implique le toucher.

Selon BENAROSCH : le transfert désigne « la transposition, le report sur une autre personne ([...]le soignant, l'accompagnant...) de sentiments, de désirs, de types de relations, auparavant organisés ou éprouvés par rapport à des personnages clés de l'histoire du sujet. » De plus, il définit également le contre-transfert comme étant : « les réactions du [soignant] au transfert du patient, ou de façon plus large les phénomènes transférentiels du thérapeute vis-à-vis du patient.» (Benarosch, 2017, p. 50).

Le contre-transfert désigne donc ce que l'autre interroge et vient chercher en nous de manière inconsciente. Il est important d'en prendre conscience par la suite pour ne pas se laisser submerger et impacter la prise en soin.

Avant de débiter mon stage au sein de l'EHPAD, je n'avais jamais été confronté aux pathologies du vieillissement, et plus précisément aux TNCM, à un stade aussi avancé que ce que j'ai rencontré en EHPAD. Lors de ce premier contact, je pense directement « je ne veux pas devenir comme ça ». Le fait de le verbaliser par la suite à ma maître stage me permet de prendre du recul et de comprendre que la situation me met face à une peur déjà ancrée de vieillir avec une pathologie aussi lourde que les TNCM. Le fait de seulement en prendre conscience me permet alors de ne pas laisser cette peur m'envahir et de pouvoir faire la part des choses entre ce qui m'appartient et ce qui appartient au patient.

La prise de conscience de ce qui se joue pour le psychomotricien va lui permettre de s'impliquer de la manière la plus juste, de ne pas se laisser envahir, mais au contraire de

prendre conscience. Le psychomotricien dans la prise de conscience de ses propres limites et peurs va pouvoir s'impliquer ou non.

Le psychomotricien doit donc se positionner à une distance adéquate avec l'implication la plus juste possible dans son toucher. Cette juste distance et cette juste implication nécessitent une certaine réflexion autour du toucher et de ce que cela peut faire résonner chez tout un chacun. Le psychomotricien s'engage corporellement et psychologiquement dans la relation, il doit donc expérimenter lui-même ses propositions pour être le plus au clair dans ce que cela peut susciter chez l'autre et ainsi comprendre au mieux ce que le patient peut exprimer ou ressentir.

Dans mes premiers pas au sein de l'EHPAD, ma maître de stage me présente Mr V. Dans un geste de bienvenue, il me saisit par le dos alors que je ne m'y attend pas. Je me sens alors assez mal à l'aise et je me tend, alors même que je sais qu'aucune mauvaise intention n'est mise dans son geste. J'ai donc pris conscience et réellement expérimenté, l'importance de prévenir avant le premier contact, l'intérêt du temps de connaissance en amont, du consentement et de la manière dont le contact est amené. Cela me permet par la suite de pouvoir plus facilement comprendre ce que mon toucher peut induire chez autrui et donc je puise dans cette expérience afin d'être la plus appropriée possible quant à ma pratique du toucher.

En outre, accompagner le toucher pendant sa réalisation est tout aussi important que de le prévenir. En effet, lors de l'utilisation du toucher en séance, l'attention portée à chaque instant par ce que le patient communique est primordiale afin de percevoir ce que cela vient chercher chez le patient. Ce dernier communique par son corps, son état tonique et émotionnel avec des indices verbaux et non verbaux (mouvements de retrait, modifications de l'expression du visage, modification du rythme respiratoire ou de la couleur de peau, présence d'anxiété). (Juhel, 2010, p. 126).

C. Intérêt du toucher-massage psychomoteur auprès de la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs.

Comme évoqué précédemment, le toucher thérapeutique de type toucher-massage est une médiation riche utilisée fréquemment auprès des personnes âgées en EHPAD. Le toucher-massage peut être proposé par différents professionnels avec chacun sa spécificité.

SARDA parle du toucher-massage psychomoteur : « Il ne s'agit évidemment pas du massage bien spécifique à la kinésithérapie, mais du massage-toucher thérapeutique où les mains sont "contenantes d'un corps contenu" ». (Sarda, 2004, p. 92).

En psychomotricité, le toucher-massage psychomoteur peut être proposé de différentes manières en fonction du patient et du psychomotricien. Cela peut être mis en place en séance individuelle, en salle de psychomotricité ou directement dans la chambre du patient ; par l'intermédiaire d'un ballon, ou alors directement avec les mains ; avec ou sans huile.

Le toucher-massage psychomoteur est donc encadré comme on l'a vu, par un cadre thérapeutique indispensable, une alliance thérapeutique avec une relation unique et de confiance entre le patient et le psychomotricien. La posture et l'implication particulière du psychomotricien participent également à la spécificité de ce toucher-massage psychomoteur.

Ce dernier rend l'implication du patient et du psychomotricien, dans la relation et dans la prise en soin, inévitable et permet au patient d'être acteur de sa prise en soin. Selon SARDA, le toucher-massage « enveloppe tout le champ affectif de [la personne] » ; de plus elle ajoute : « en touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement : émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées. » (Sarda, 2004, p. 91).

Le toucher-massage psychomoteur peut être proposé en lien avec les différents symptômes des TNCM que nous avons vus précédemment, et notamment, les troubles psycho-comportementaux qui sont une des principales indications d'un projet de soin thérapeutique en EHPAD.

En effet, le toucher-massage permet d'intervenir sur bien des aspects, tels que :

1. Les troubles toniques.

En effet, selon FIELDS : « en affectant les récepteurs tactiles et de pression, le toucher induit dans le système nerveux central un état de relaxation. Les niveaux d'anxiété et de stress [...] tendent à s'abaisser et l'effet général est un état de relaxation plus alerte. » (Fields, 2017, p. 37).

Le toucher-massage psychomoteur peut donc induire une réduction de la contraction musculaire et donc un relâchement tonique et musculaire, entraînant une diminution de l'hypertonie et/ou des paratonies. Cela permet une meilleure régulation tonique avec une ré-harmonisation du corps. D'autre part, il peut favoriser la mise en place d'un moment de partage avec autrui, entraînant alors un sentiment de détente émotionnelle.

Selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT : « Réconfort, accompagnement, tendresse, fierté, encouragement... le toucher permet l'expression d'un certain partage. Il renforce les paroles et mots échangés. [...] Lorsque l'émotion l'emporte, le geste peut même se substituer à la parole. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 35).

En effet, le toucher-massage psychomoteur permet de rétablir une communication par le dialogue tonico-émotionnel (DTE). Ce dernier permet une perception de l'état interne du patient. En effet, plus des symptômes psycho-comportementaux sont présents, plus on va percevoir une dysrégulation tonique ; le toucher-massage psychomoteur via le DTE, permet donc une réorganisation émotionnelle, avec un apaisement, ou à minima, une meilleure compréhension des émotions que ressent le patient. Selon GIROMINI et al. : « le psychomotricien ajuste en permanence son propre tonus corporel à celui de son patient, instaurant avec lui un dialogue tonico-émotionnel qui va contribuer à restaurer les perceptions défaillantes. » (Giromini et al., 2022, p. 113).

Le psychomotricien peut percevoir des raideurs, des blocages, et va pouvoir appréhender les zones sensibles du corps du patient. Par ce que lui renvoie le patient, le psychomotricien va s'adapter et donc lui renvoyer à son tour ce qu'il a perçu (verbalement ou corporellement dans la relation).

2. Les altérations du schéma corporel (SC) et de l'image du corps (IC).

Tout le travail autour du tonus et du dialogue tonico-émotionnel va donc permettre une régulation tonique et une communication de meilleure qualité, ce qui va ainsi générer une reprise de conscience de l'unité psychocorporelle favorisant des représentations corporelles plus positives. En effet, le tonus, en lien avec la sphère émotionnelle, vient nourrir l'IC.

Ainsi, par le toucher-massage, la personne va prendre conscience de ses limites corporelles, ce qui va restaurer la perception d'une unité corporelle et d'une enveloppe

corporelle homogène. De plus, le toucher-massage va permettre d'apporter des expériences positives en contribuant à l'apport de sensations de contenance et d'enveloppement. En effet, selon BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT : par le toucher, le psychomotricien cherche « à « envelopper » le patient, en privilégiant toujours des gestes larges et maternants. Par [sa] présence et [son] contact, [il] lui rappelle ainsi l'intégralité de son être qui se trouve comme "découpé", "en morceaux"... , voire psychologiquement, "en miettes" ! » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert., 2013, p. 84).

Cela va permettre un réinvestissement de soi et de son corps de manière positive, ce qui va redonner au patient une image de lui-même plus sûre et solide, et va contribuer à une renarcissisation et une augmentation de l'estime de soi. De plus, en exprimant verbalement les parties du corps touchées, cela permet d'identifier les différentes zones du corps et aide à reconstruire la représentation mentale de celui-ci.

3. La désorientation spatio-temporelle.

Le toucher - massage permet de réancrer la personne dans l'instant présent et dans le « ici et maintenant ». Cela va contribuer à la réduction du sentiment de confusion chez la personne. De par le toucher-massage, « le toucher est un contact avec le réel, capital dans le cas du patient séparé de son environnement et de "sa réalité" ». (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 41).

4. La douleur.

La douleur peut être un facteur de majoration des troubles psycho-comportementaux. Le toucher-massage peut permettre de réduire les douleurs du patient.

BONNETON-TABARIÉS et LAMBERT-LIBERT expliquent que : « en frottant et en massant la zone douloureuse, on diminue la douleur. » En effet, « l'activation des récepteurs situés sous la peau, par le massage, va réduire l'activation des récepteurs de la douleur. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2013, p. 21).

De plus, selon BARNICH et REMOVILLE : « À travers le toucher [...], la douleur est moins subie, le corps peut redevenir source de plaisir et d'investissement. » (Barnich & Removille, 2019, p. 369).

Donc le toucher-massage par tous les aspects qu'il implique, va donc permettre un soutien à l'enveloppe corporelle et va favoriser un équilibre psychocorporel, en rendant

l'image du corps réelle, réunifiée, avec une continuité corporelle en lien avec les pensées du patient. Le corps n'est plus vécu comme morcelé. Cela va permettre au patient un sentiment de continuité d'existence qui était jusque-là fragilisé de par les différents troubles.

La personne retrouve une relation à l'environnement, à autrui et à soi. Grâce à cette médiation, la personne prend conscience de son corps et se réconcilie avec lui, permettant ainsi de rétablir le lien psychocorporel. Cette conscience implique la connaissance et la représentation du corps dans son unité.

Selon PIREYRE, le psychomotricien « accompagne le patient dans la découverte et la prise en compte de son unité psychocorporelle. » (Pireyre, 2015, p. 309).

Tous ces aspects oeuvrent vers une diminution des troubles psycho-comportementaux des TNCM, notamment l'anxiété ; ainsi, une certaine détente et un mieux-être apparaissent, c'est-à-dire une « amélioration de l'état matériel et/ou moral ; accroissement du bien-être » (CNRTL, 2012), et à une certaine détente chez le patient.

Pour illustrer mes propos quant à l'intérêt du toucher-massage psychomoteur, je vais présenter la prise en soin de Mme P.

D. Étude du cas de Mme P.

Je rencontre Mme P début septembre 2022, dans le cadre de mon stage au sein d'un EHPAD, et plus précisément lors de séances individuelles en psychomotricité.

1. Anamnèse.

Mme P est née le 05/08/1929 à Clermont Ferrand, elle a donc 93 ans. Elle a grandi à Clermont-Ferrand avec son père et sa mère, et est fille unique. Elle a travaillé en tant que sténodactylographe et secrétaire dans différentes entreprises au cours de sa vie.

Elle se marie dans les années 50 avec Mr P, et ils déménagent en région parisienne en même temps. Ils forment un couple extrêmement fusionnel, de par leurs caractères similaires et les absences répétées de monsieur qui, selon elle, « rendaient les moments ensemble encore plus agréables ». En effet, son époux est pilote de chasse au sein de l'armée ce qui fait qu'ils ont été très régulièrement séparés. Ils ont une fille en 1962, qui s'est ensuite installée dans le Béarn.

a) Parcours institutionnel :

En 2020, ils quittent la région parisienne pour entrer au sein de l'EHPAD. En effet, suite aux très grosses difficultés de santé que son mari présente et donc à sa perte d'autonomie, leur maison en région parisienne n'est plus adaptée. Ils décident donc de se rapprocher de leur fille dans le sud de la France et d'intégrer l'EHPAD tous les deux, fin septembre 2020. L'intégration n'est donc pas au départ pour Mme P, mais pour son mari qu'elle a choisi de suivre.

Ce dernier décède en octobre 2021. Cet événement a été extrêmement traumatisant pour Mme P car elle a assisté à la détérioration progressive de l'état de son mari et cela est source de beaucoup d'anxiété voire d'angoisses.

b) Au niveau médical :

Au niveau médical, un diagnostic de DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) est posé, ce qui a pour conséquence le port de lunettes. Elle porte également des appareils auditifs pour une hypoacousie majeure.

Elle présente depuis plusieurs années un tableau clinique ostéo-articulaire lourd, entraînant une lombalgie très sévère. Elle a des douleurs chroniques surtout au niveau de sa hanche droite dues à une ostéonécrose de la tête fémorale.

Elle peut marcher seule avec un déambulateur sur une très courte distance, mais sa mobilité diminue avec le temps du fait de douleurs chroniques. Ces dernières rendent également les transferts de plus en plus difficiles. Elle utilise son fauteuil pour la plupart des déplacements. Cela entraîne donc une dépendance ; en effet, selon l'échelle AGGIR : Mme P, en août 2022, est GIR 3, c'est à dire qu'elle présente une dépendance moyenne, et plus précisément pour les soins d'hygiène, l'habillage et le déshabillage, et les déplacements.

De plus, Mme P présente un TNCM (sans diagnostic précis). En effet, elle présente une altération des fonctions cognitives, surtout au niveau des capacités mnésiques et de l'orientation spatio-temporelle. Cela a pu être constatée lors de la passation d'un MMSE. Mme P obtient 28/30 en 2020 ; 26/30 en 2022 ; puis 18/30 en mars 2023. Tous ces scores indiquent que le trouble progresse assez rapidement.

Elle présente également de gros troubles psycho-comportementaux à mettre en lien avec son TNCM. Ils sont majorés par ses douleurs chroniques et par les éléments environnementaux extérieurs (changement des heures des soins de nursing (plus tard que

d'habitude), pas le même professionnel qui effectue les soins (modifications dans la manière dont les soins sont faits (plus ou moins de temps, plus ou moins de communication)).

On constate également une majoration de ces troubles depuis la perte de son époux. En effet, selon HECQUET : « la perte de l'être cher engendre de nombreux comportements réactionnels (résignation, syndrome de glissement, angoisses, rituels...). » (Hecquet, 2013, p. 33).

Elle souffre principalement de troubles anxieux et d'épisodes dépressifs répétés. Cela se traduit généralement par des pleurs, des inquiétudes incessantes et redondantes avec des propos de type persécutoire, des angoisses (surtout dûes à sa désorientation), pouvant aller jusqu'à se manifester par de l'agressivité. Ces troubles psycho-comportementaux la coupe de toute relation avec son environnement et avec autrui. Cela a pu être constaté par le NPI (inventaire neuropsychiatrique), qui est un hétéro-questionnaire rempli par l'équipe soignante, permettant d'évaluer la présence de troubles du comportement. (cf. annexe n°13).

En octobre 2022, il est donc observé fréquemment (plusieurs fois par semaines) chez Mme P, deux types de trouble du comportement : la dépression/dysphorie avec score de gravité de 2/3 (gravité moyenne) et de retentissement de 3/5 (retentissement modéré) sur ce comportement ; et l'anxiété avec score de gravité de 2/3 (gravité moyenne) et de retentissement de 3/5 (retentissement modéré) sur ce comportement.

Elle est sous antidépresseur (Cymbalta: inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline), sous anxiolytique (lorazépam), et sous antalgique (de type opioïde (tramadol) et un autre type d'antalgique (paracétamol)).

2. Observations cliniques.

En termes de bilan psychomoteur standardisé, en EHPAD, on retrouve l'Examen Géronto-Psychomoteur ou EGP. Mme P n'a pas passé ce test car il n'est pas adapté à ses troubles. En effet, les items semblent trop complexes et risquent de mettre Mme P en échec, ce qui majorerait alors ses troubles psycho-comportementaux.

Avec Mme P, nous sommes surtout dans de l'observation clinique, lors de situations de la vie quotidienne ou encore lors de ses séances de psychomotricité.

Au niveau de la motricité globale, elle a beaucoup de difficultés à se mouvoir du fait de ses douleurs. Cela l'handicape dans sa vie quotidienne, diminue son périmètre de marche, entraîne une fragilité des appuis et un équilibre précaire. On observe donc lors de la marche sur de courtes distances, une répartition inégale de son poids avec un appui sur sa jambe gauche, entraînant une asymétrie à la marche. Le corps de Mme P peut alors être perçu comme morcelé avec un surinvestissement d'une partie et un désinvestissement d'une autre (la jambe douloureuse). À cela s'ajoute une peur de la chute.

Cette peur de la chute ajoutée aux douleurs et aux troubles psycho-comportementaux, entraîne une hypertonicité de fond avec la présence de paratonies (grosses difficultés de relâchement tonique) chez Mme P, avec surtout une hypertonie du membre inférieur. Ces troubles toniques sont donc majorés par l'augmentation de sa douleur ou de ses troubles psycho-comportementaux.

En ce qui concerne la sphère spatio-temporelle, on note chez Mme P une désorientation spatio-temporelle générale qui s'accroît lors de ses états d'anxiété. Elle a des difficultés de repérage spatial, que ce soit au niveau de la ville, ou au niveau de l'orientation spatiale dans l'établissement. Elle a également des difficultés d'orientation temporelle (la date, la saison, l'heure).

La dégradation de ses capacités corporelles avec ses douleurs chroniques ont un impact psychologique sur Mme P, entraînant la majoration de ses troubles. De plus, ses troubles auditifs peuvent majorer sa confusion et donc générer également de l'anxiété. Il est important de s'assurer du bon port de ses appareils auditifs dès son éveil le matin, afin de favoriser son ancrage dans le moment présent.

En résumé, tout ceci forme une boucle. Mme P souffre de la perte de ses capacités cognitives, sensorielles et physiques (limitation de sa mobilité), entraînant ainsi une perte de conscience corporelle avec une perte d'unité psychocorporelle. En effet, je constate un délaissement de son corps, perçu comme défaillant, avec un surinvestissement psychique se traduisant, en partie, par une anxiété constante. Cette perte engendre un enraidissement avec une hypertonie, une altération de l'image du corps et une perte de l'estime d'elle-même. Cela a également pour conséquence une peur de la chute, qui participe également à la présence d'hypertonie.

Tout ceci est à mettre en lien avec une majoration des troubles psycho-comportementaux déjà présents de par son trouble neurocognitif, qui vont, à leur tour, majorer la dégradation physique et la perte d'unité psychocorporelle.

Une prise en soin individuelle en psychomotricité est proposée à Mme P puis mise en place en Juillet 2022 du fait d'une augmentation de ses troubles cognitifs et psycho-comportementaux.

3. Projet de soin et séances en psychomotricité.

a) Objectifs de soin :

On retrouve Mme P une fois par semaine, tous les jeudis, à 10H45, après sa toilette pour une séance de toucher-massage des pieds.

Cette prise en soin à plusieurs objectifs thérapeutiques : accès à un mieux-être et une détente ; accès à la relation ; accès à un meilleur ancrage spatio-temporel ; proposer un espace d'écoute et d'échange (où elle peut verbaliser ses ressentis et ses émotions, avec un étayage et une réassurance verbale) ; proposer un travail autour de la gestion et la compréhension de ses émotions (accompagnement, verbalisation autour de ses émotions qui l'envahissent tout au long de la journée).

Tous ces objectifs répondent à des axes de soin plus général, c'est-à-dire : diminuer les troubles psycho-comportementaux et lui permettre de retrouver unité psychocorporelle, avec une continuité d'existence et une image du corps plus positive, contribuant ainsi à une amélioration de l'estime de soi. Tout ceci lui apportant une meilleure qualité de vie.

b) Toucher-massage psychomoteur dans le cas de Mme P :

Avant d'aborder le projet de soin de Mme P, il est intéressant de s'attarder sur le rapport que cette dernière entretient avec le toucher.

- Mme P et le toucher.

Mme P perçoit et vit le toucher de manière assez ambivalente.

D'un côté, on retrouve un toucher vecteur de plaisir pour elle, et cela dès l'enfance. En effet, durant nos rencontres, elle verbalise qu'elle apprécie beaucoup être touchée. Elle a pu également raconter que ses parents, surtout son père, étaient très « câlin » avec elle ; elle avait donc l'habitude d'être très souvent touchée, portée, contenue.

À son tour, Mme P me dit avoir été, elle aussi, très « câlin » avec sa fille et l'avoir beaucoup portée. C'était des moments qu'elle adorait mais « qui ne sont plus permis en grandissant » dit-elle.

En ce qui concerne le massage, elle n'avait jamais massé, ni été massé avant les séances de psychomotricité ; elle verbalise que le toucher-massage est quelque chose qu'elle n'a pas l'habitude de recevoir et que pour les personnes de sa génération, c'est une pratique qui n'est pas courante.

Mme P est une dame qui prend soin d'elle. En effet, elle prend régulièrement rendez-vous chez le coiffeur, et elle s'applique tous les jours des crèmes, et du maquillage sur le visage ; elle verbalise que cela la fait se sentir mieux.

D'un autre côté, les soins de nursing et les soins techniques engendrent chez Mme P, un rapport douloureux et intrusif avec le toucher. En effet, on remarque bien souvent une majoration des troubles psycho-comportementaux après les soins de nursing. Ces soins peuvent être exécutés de manière automatique, sans prise en compte des vécus corporels de Mme P. Cela peut engendrer, petit à petit, une perte de relation à autrui et à l'environnement. Mme P est une personne assez pudique, chez qui le temps de rencontre et d'échange est extrêmement important avant d'entamer une relation par le toucher.

Le toucher est le sens qui est resté le plus intact chez Mme P. J'ai pu constater dans les moments informels, qu'elle est très en recherche de sensations tactiles. Elle ne cherche pas souvent le contact tactile avec autrui (sûrement dûe à sa pudeur) ; néanmoins, je remarque qu'elle a tendance à caresser fréquemment une pochette en crochet qu'elle garde toujours avec elle, sur ses genoux, où elle range quelques affaires. Je remarque également que lors des moments de plus grande anxiété, elle s'agrippe à sa pochette.

Peut-être cherche-t-elle à compenser ses déficits sensoriels auditifs et visuels, en apportant une stimulation autre ? Peut-être que le contact avec cette pochette lui permet de retrouver un sentiment de continuité d'existence par la stimulation de peau ? Peut-être cherche-t-elle à se rassurer et cette pochette, associée au toucher, a pris la fonction de contenance, comme un procédé auto-calmant ?

- Organisation des séances.

Elle est à chaque fois assez similaire pour pouvoir apporter un cadre contenant et sécurisant et ne pas désorienter davantage Mme P.

Tout d'abord, nous la rejoignons dans sa chambre et nous prenons un temps d'échange pour savoir comment elle se sent. C'est un temps où nous pouvons ainsi observer l'importance (ou non) de ses troubles du comportement ce jour-là.

Ce premier échange permet donc de voir si Mme P est assez disponible pour participer à la séance.

Nous rejoignons ensuite la salle de psychomotricité où se déroule la séance, nous commençons tout d'abord par un court temps de respiration.

La respiration est le reflet de l'activité de la personne mais également de ses états émotionnels (augmente avec le stress). Un travail de respiration est indiqué avec Mme P, car la respiration joue un rôle important dans la création d'un lien à soi (conscience de soi) et dans la conscience corporelle. Elle est en lien avec la posture et le mouvement, permet de créer un lien entre l'intérieur et l'extérieur du corps, et participe donc à l'unité corporelle du sujet. Elle joue un rôle important dans le relâchement musculaire, facilite l'accueil des émotions et l'accès à la détente.

Ce temps va donc lui permettre de pouvoir se recentrer sur elle-même, mais également d'apporter un ancrage. Il lui est proposé de placer ses mains où elle le souhaite pour qu'elle se sente à l'aise.

De mon côté, j'effectue l'exercice en même temps, en gardant un contact avec Mme P. Cela me permet de me recentrer afin de pouvoir être pleinement présente lors de la séance. Cela est important car le toucher est vecteur de communication non verbale en lien avec le dialogue tonico-émotionnel.

C'est un moment qu'elle apprécie beaucoup et verbalise que cela « lui fait du bien ». Dans les premiers temps, elle nous fait remarquer en riant que ses expirations sont plus longues que les nôtres ; lors des dernières séances, elle ne dit rien, ferme les yeux et semble concentrée sur ses sensations. Elle semble mettre de plus en plus de sens sur cet exercice. Elle place maintenant ses mains au niveau de son ventre pour pouvoir « observer la respiration »

me dit-elle. Je l'invite d'ailleurs à essayer de reproduire cet exercice toute seule lorsqu'elle se sent anxieuse, en dehors de la séance de psychomotricité.

Puis on passe au temps de toucher-massage, avec d'abord, en peau à peau, un toucher-massage d'un pied, puis de l'autre.

Je ne décide pas de quel côté commencer et lui laisse le choix de me tendre un pied. Comme dit précédemment, le toucher-massage se centre sur les pieds, néanmoins à la fin de chaque pied, des passages plus globaux à partir du tibia et du mollet sont faits afin d'harmoniser les sensations au niveau du membre inférieur.

Pendant ce temps, il va y avoir différents moments de verbalisation de ses ressentis corporels : avant de commencer le toucher-massage/après un seul côté (y'a t-il des différences ou non avec ses ressentis corporels antérieurs ? Y'a t-il des différences ou non avec l'autre côté ?)/après les deux côtés.

Il est également intéressant d'observer qu'elle a des préférences selon les différents touchers proposés. En effet, elle verbalise préférer davantage les touchers plus appuyés et un peu moins les effleurages.

- Intérêt du toucher-massage psychomoteur dans la prise en soin de Mme P.

Le choix de ce médiateur qu'est le toucher, s'est fait de manière réfléchie. En effet, le projet de soin s'est axé sur le besoin de contenance et de réunification de Mme P afin de retrouver une unité et une qualité de relation à soi, à autrui, à son environnement. Grâce aux observations sur son rapport au toucher, il m'a semblé que ce médiateur était un support facilitant la prise en soin.

Le choix du toucher massage des pieds s'est fait en lien avec l'objectif d'un meilleur ancrage spatio temporel (« avoir les pieds sur terre »), un meilleur ancrage au sol et une réappropriation de la conscience de cette partie qui est de moins en moins utilisée au vu de ses nombreuses douleurs chroniques.

Un projet de soin autour du toucher-massage permet de travailler avec une modalité sensorielle dont elle est en recherche et qu'elle apprécie de manière générale. Cela permet également de pouvoir proposer un vécu du toucher agréable avec l'apport de stimulations

positives, qui vont venir proposer une réunification et essayer d'avoir un effet « réparateur » par rapport à la désorganisation générée par le début de la journée avec les soins de nursing.

Lors de nos séances de toucher-massage psychomoteur, j'ai pu donc faire l'expérience que le toucher en lien avec le cadre stable de séance et l'alliance thérapeutique permet de nombreuses modifications chez Mme P.

Tout d'abord au niveau tonique, je constate l'accès à une certaine détente musculaire. Mme P parvient à davantage se relâcher. J'observe que ses mains ne sont plus agrippées et que sa mâchoire est moins crispée.

De plus, je perçois au toucher qu'elle parvient à un certain relâchement du membre inférieur, avec des tensions sur certaines zones précises (le premier métatarse du pied). Je perçois un relâchement assez uniforme, avec tout de même, une jambe plus relâchée que l'autre. En effet, sa jambe droite (douloureuse) se relâche plus facilement que l'autre (non douloureuse). Cela est peut-être dû au fait qu'elle se repose quasi exclusivement sur sa jambe fonctionnelle et que par conséquent tous les muscles de cette jambe sont tendus et plus toniques. Cela peut-être également dû au fait que le toucher-massage permet une diminution de la douleur, ce qui fait que le relâchement au niveau de sa jambe douloureuse est plus visible.

En effet, lors de nos séances, j'ai pu constater par le toucher, mais également par la verbalisation de Mme P, une diminution relative des douleurs chroniques de Mme P dues à son ostéonécrose. Cela provoque la diminution des tensions musculaires, favorise la communication verbale et non verbale, avec un état de détente visible. Au fur et à mesure de la séance, Mme P est davantage dans la communication.

Le toucher-massage permet alors une réunification corporelle qui amène une vision globale de son corps, qui est morcelé par la maladie et la douleur.

Par la diminution de la douleur, par un relâchement tonique de meilleure qualité, et l'accès à une détente et une prise de conscience corporelle, l'image du corps est ainsi petit à petit restaurée. Un jour, alors que je m'apprêtais à masser sa deuxième jambe, Mme P me verbalise qu'elle se sent « plus épaisse, car la chaleur se diffuse dans [sa] jambe. » Le toucher-massage contribue à revaloriser l'image de son corps, qui n'est pas que souffrance et pertes, en apportant des stimulations sensorielles agréables et positives, et d'améliorer son

estime d'elle-même. Cela participe au sentiment de continuité de soi et de conscience corporelle à travers l'enveloppe qu'est la peau.

Je remarque également que les séances de psychomotricité diminuent sa désorientation spatio-temporelle. En effet, sa séance de psychomotricité (une fois par semaine) l'aide pour se repérer dans le temps et lui donne un certain rythme dans sa semaine. De plus, le toucher et l'exercice de respiration introduit en début de séance, permettent de la réancrer dans le moment présent, dans le « ici et maintenant ». Mme P semble moins désorientée et ses propos sont ainsi moins confus et plus adaptés. De manière plus générale, tout ceci permet la diminution des troubles psycho-comportementaux de Mme P, avec l'accès à un mieux-être.

Malgré que ses états restent assez fluctuants sur le long terme (avec parfois une centration sur elle même, sur ses ressentis et son vécu de manière très précise, et d'autres fois, avec des logorrhées signe de son anxiété, à propos de choses qui se sont passées avant la séance ou des inquiétudes sur le futur) ; tout au long des séances cette année, j'ai pu observer à travers la communication verbale, mais aussi et surtout non verbale, la mise en place d'un certain état de détente et de mieux-être chez Mme P par le biais de différents signes cliniques. J'ai donc relevé des manifestations corporelles.

À partir de là, j'ai tenté d'élaborer une grille d'observation avec les différents critères observés, les plus pertinents à mon sens, dans le but d'avoir des repères dans la prise en soin et dans l'évolution de Mme P. (cf. annexe n° 14). Cette grille est un outil de travail personnel. Lors de son utilisation au cours de l'année, j'ai constaté son intérêt et sa limite. En effet, elle reste très subjective en fonction de la personne qui la remplit.

En utilisant cette grille sur plusieurs mois, j'ai pu évaluer l'évolution des troubles psycho-comportementaux de Mme P : les troubles sont toujours présents mais moins intenses. J'observe donc moins de troubles du comportement lorsque je vais la chercher en chambre et lors des séances. Je note également que lorsqu'il y a présence de troubles, leur persistance (durant la séance de psychomotricité/durant la journée) est moins importante qu'auparavant. En effet, au fur et à mesure, on peut constater qu'elle parvient, malgré son vécu anxieux du matin, à accéder à de la détente ; ce qui n'était pas possible au début de la prise en soin.

Lors de discussions avec différents soignants, ils partagent également l'observation d'un mieux-être qui s'est installé et étendu progressivement au-delà des séances. Il y a également moins de plaintes lors des réunions pluridisciplinaires de transmission, concernant les troubles comportementaux de Mme P et la difficulté que cela peut engendrer dans les soins. Il serait intéressant que les exercices mis en place en séance soient étendus à la vie quotidienne de Mme P. En effet, il serait pertinent de proposer aux différents professionnels les outils que sont le toucher-massage et la respiration, car ce sont de bons moyens d'apaiser Mme P lors de moments de grande anxiété. Ils pourraient donc les mettre en place lors des soins du matin s'ils se sentent en difficulté face aux troubles comportementaux de Mme P.

Au vu de ces conclusions/observations, après avoir échangé avec Mme P, je lui ai proposé, lors des dernières séances, l'ajout d'un petit temps de mobilisations passives du membre inférieur (pied, cheville, genoux) ; visant ainsi, une ré-expérimentation/réconciliation avec le mouvement et la conscience corporelle qui peut en découler. Cette évolution reste dans la continuité du projet de soin avec une approche de toucher-massage complémentaire.

c) Ma place de stagiaire :

Elle a évolué tout au long de l'année.

En effet, au départ, je me suis posée en observatrice lors des séances. Je pense qu'il était important de laisser un temps d'habituation à Mme P, il aurait été trop intrusif de la toucher dès le début sans qu'elle ne m'ait vu plusieurs fois. De plus, de mon côté, il était également important de pouvoir connaître davantage Mme P et également de comprendre la dynamique de la prise en soin. J'étais donc témoin d'un moment d'échange et d'une relation particulière créée entre Mme P et ma maîtresse de stage par le biais du toucher-massage.

À partir de décembre, j'ai commencé à animer les séances en présence de ma maîtresse de stage. Cela m'a permis de m'intégrer comme partie intégrante du trio et non plus comme une personne extérieure à la relation. J'ai alors perçu que, par le toucher, une alliance thérapeutique s'est petit à petit formée entre Mme P et moi. Je remarque qu'elle semble davantage en confiance lors de nos séances, elle est plus dans l'échange et dans la relation avec moi.

Depuis février, avec son accord, les séances ne se font plus que toutes les deux, Mme P et moi-même. La dynamique dans la relation est différente. En effet, il n'y a plus de tiers entre nous, ce qui fait que les échanges me sont directement adressés, et que la relation devient duelle et unique entre nous deux.

Conclusion.

À travers la rencontre et l'accompagnement de plusieurs personnes âgées durant ces mois de stage, j'ai constaté à quel point les TNCM s'accompagnent de nombreux troubles cognitifs, psychomoteurs, comportementaux, impactant alors le sujet dans son tout, son unité, son identité, et sa façon d'être en relation au monde et donc à soi.

À cela s'ajoutent des troubles au niveau sensoriel avec une altération de l'acuité sensorielle ; cependant, il est établi que le toucher reste généralement le sens le plus préservé et donc le plus privilégié comme canal d'interaction.

En effet, le toucher est impliqué au niveau physiologique, psycho-affectif, social, développemental, ce qui lui confère une importance vitale tout au long de la vie.

Auprès de personnes âgées atteintes de TNCM, le toucher est omniprésent dans les soins ; pourtant, il est davantage synonyme de morcellement que d'unité.

L'approche psychomotrice reposant sur le « toucher thérapeutique », tel que le toucher-massage psychomoteur, est une base fondamentale de notre travail et une technique riche à proposer à ces personnes. Elle est permise par un cadre et une alliance thérapeutique sécurisés, une implication incarnée et juste du psychomotricien. À travers le toucher, le psychomotricien accompagne la personne âgée dans une meilleure perception de son corps et à ressentir son entièreté.

Le toucher soutient donc l'intégrité corporelle et favorise aussi l'accès à un mieux-être.

Cela contribue à une renarcissisation de la personne, en lien avec un contact contenant, respectueux, qui rassemble et nourrit un réinvestissement d'une unité et d'une continuité psychocorporelle.

J'ai ainsi illustré l'apport du toucher du psychomotricien auprès de personnes âgées ; ce toucher est également vital pour d'autres publics.

En particulier, je fais le lien entre le toucher psychomoteur auprès de la personne âgée en EHPAD et celui du psychomotricien auprès de bébés prématurés en service de néonatalogie.

En effet, ayant fait un stage auprès de cette population, j'ai constaté le besoin et la nécessité du bébé prématuré d'être touché, avec toujours cette notion de toucher contenant, sécurisant, apportant le lien d'attachement nécessaire pour se construire de manière unifiée.

Le toucher, à travers une cohérence du début à la fin de la vie, est vecteur de construction de soi, de reconnaissance de l'autre, de relation, de lien, de communication, d'intégrité psychocorporelle.

Bibliographie.

Agence nationale de la recherche (ANR), (s. d.), *Manque de Toucher social : marqueurs, mécanismes et compensations-LackSocialTouch*
<https://anr.fr/Projet-ANR-22-CE28-0005>

Albaret, J. (2018). Aspects historiques des troubles psychomoteurs chez l'enfant. Dans : JM. Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 21-29). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0021>

Albaret, JM. (2015). Le corps et ses représentations. Dans : JM. Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 1. Concepts fondamentaux*. (pp. 214-220). De Boeck Supérieur.

Albaret, JM. & Feuillerat, B. (2018). Sémiologie du tonus. Dans : JM. Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 142-159). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0142>

American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5*, Elsevier Masson.

Angel, L. & Isingrini, M. (2015). Le vieillissement neurocognitif : entre pertes et compensation. *L'Année psychologique*, 115, 289-324. <https://doi.org/10.3917/anpsy.152.0289>

Anzieu, D. (1995), Fonction du Moi-peau. Dans : D. Anzieu éd., *Le Moi-peau*. (p. 119-129). Dunod.

Anzieu, D. (1995), La notion de Moi-peau. Dans : D. Anzieu éd., *Le Moi-peau*. (p. 57-66). Dunod.

Bachollet, M. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Barnich, L. & Rémoville, C. (2019). Chapitre 27. Les seniors en institutions. Dans : A. Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 359-369). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0359>

Benarosch, J. (2017). Transfert et contretransfert dans l'accompagnement vers les soins. *Pratiques en santé mentale*, 63, 49-51. <https://doi.org/10.3917/psm.173.0049>

Bénavidès, T. (2015). Chapitre 1.3 Spécificité de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes, Modalités de prise en charge. Dans : JM. Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 2. Méthodes et techniques*. (pp. 9-14). De Boeck Supérieur.

Benedetti, J. (2021). *Effets du vieillissement sur la peau*. Consulté sur <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-cutanés/biologie-de-la-peau/effets-du-vieillessement-sur-la-peau>

Benedetti, J. (2021). *Structure et fonction de la peau*. Le manuel MSD. Consulté sur <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-cutanés/biologie-de-la-peau/structure-et-fonction-de-la-peau>

Blanchon, C. (2006). *Le toucher relationnel au cœur des soins*. Elsevier

Bonneton-Tabariés, F. & Lambert-Libert, A. (2013). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. MED-LINE.

Bonneville, E. (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 7, 6-28. <https://doi.org/10.3917/cnmi.181.0006>

Boudreault, A. & Ntetu, A. (2006). Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées. *Recherche en soins infirmiers*, 86, 52-67. <https://doi.org/10.3917/rsi.086.0052>

Boukobza, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron*, (173), 64-71. <https://doi.org/10.3917/cohe.173.0064>

Bourdet, J. (s. d.). *Quand le toucher décline*. Consulté sur <https://lejournal.cnrs.fr/articles/quand-le-toucher-decline>

Carpio, MA. (2022). *Le toucher, pilier du développement du cerveau*, National geographic. Consulté sur <https://www.nationalgeographic.fr/sciences/le-toucher-pilier-du-developpement-du-cerveau>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) en ligne. (s. d.).

Charpentier, E. (2014). Chapitre 3. Toucher. Dans : E. Charpentier éd., *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée*. (pp. 9-16). De Boeck Supérieur

Chelson, V. (2019). *Apports de la psychomotricité auprès de la personne âgée démente douloureuse chronique : un accompagnement par le toucher thérapeutique*. [Mémoire de diplôme d'État, Université de Bordeaux.] DUMAS-02178015

Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG). (2005). *Vieillesse*. Masson.

De Jaeger, C. (2008). *La gérontologie*. Presses Universitaires de France.

Dictionnaire de l'Académie Française en ligne. (s. d.).

Dictionnaire le Larousse en ligne. (s. d.).

Dictionnaire Le Robert en ligne. (s. d.)

Dohmen, B. (s. d.). *La peau et le psychisme*. Consulté sur <https://www.mieux-etre.org/La-peau-et-le-psychisme.html>

Field, T. (2017). *Les bienfaits du toucher*, Payot & Rivages.

Foulon, A. (2020). *La psychomotricité comme soutien face aux confusions identitaires chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer*. [Mémoire de diplôme d'État, Université de Bordeaux.] DUMAS-02894667

Gatecel, A. et al. (2015). Chapitre 9. La relation en psychomotricité, Dans : JM. Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 1. Concepts fondamentaux* (pp. 327-351). De Boeck Supérieur.

Giromini, F. et al. (2022). Introduction. Dans : F Giromini éd., *La psychomotricité* (pp. 3-4). Presses Universitaires de France.

Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 76, 51-60. <https://doi.org/10.3917/ep.076.0051>

Giromini, F. et al. (2022). Chapitre VII. Techniques et médiations psychomotrices appliquées au soin. Dans : F. Giromini éd., *La psychomotricité* (p. 112-114). Presses Universitaires de France.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2018). *Mini Mental State Examination (MMSE)*. Consulté sur <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/mmse.pdf>

Haute Autorité de Santé (HAS). (2015). *Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*. Consulté sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

Hecquet, M. (2013). Accompagner le deuil chez la personne âgée. *Le Journal des psychologues*, 305, (p. 33). <https://doi.org/10.3917/jdp.305.0033>

Institut Curie. (2023). *Le cancer chez les personnes âgées*. Consulté sur <https://curie.fr/page/le-cancer-chez-les-personnes-agees>

Institut d'Études Opinion et Marketing en France et à l'international (IFOP). (2011). *Les français et le bien vieillir*. Consulté sur <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-le-bien-vieillir/>

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). (2023). *Bilan démographique 2022 de la France*. Consulté sur https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000#figure6_radio1

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). (2021). *68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée*. Consulté sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>

Juhel, JC. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*, Chronique sociale Les Presses de l'Université Laval

Lehmann, J. (2007). Holding et Handling. Dans : J. Lehmann, *La clinique analytique de Winnicott: De la position dépressive aux états-limites*. (pp. 170-206). Érès.

Lefèvre, C. (2019). Chapitre 28. Éléments de géronto-psychomotricité : la maladie d'Alzheimer et la psychomotricité. Dans : Anne Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 371-374). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0371>

Legifrance. (s. d.). Code de la propriété intellectuelle. Consulté sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006066735/>

Lussier, M. (2020). *Parcours des personnes âgées dans le système de santé*. Regards, 57, 115-126. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0115>

L'Assurance maladie. (2021). *Comprendre la maladie d'Alzheimer*. Consulté sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/maladie-alzheimer/comprendre-maladie-alzheimer>

L'Assurance maladie. (2023). *Fiche « démences (dont maladie d'Alzheimer) »*. Consulté sur https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_demences-dont-alzheimer_0.pdf

L'Assurance maladie. (2023). *Dépression : symptômes, diagnostic et évolution*. Consulté sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/symptomes-diagnostic-evolution>

Martin, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité: (Du cadre analytique au pacte). *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 103-120. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0103>

Ministère de la santé et de la prévention. (2021). *Chiffres clés*. Consulté sur <https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles#Quelques-donnees-cles>

Ministère de la santé et de la prévention. (2022). *Maladies cardiovasculaires*. Consulté sur <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/maladies-cardiovasculaires>

Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher*, Éditions du seuil

Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Affections ostéo-articulaires et musculaires*. Consulté sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Cancer*. Consulté sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organisation Mondiale de la Santé. (2023). *Démence*. Consulté sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2022). *Vieillesse et santé*. Consulté sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Personne, M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée: Psychologie et psychomotricité des accompagnements*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.perso.2011.01>

Picaud, E. (2022). Oser le toucher en thérapie. *Sciences Humaines*, 350, 48-49. <https://doi.org/10.3917/sh.350.0048>

Pireyre, É. (2021). Chapitre 6. Le tonus. Dans : É. Pireyre éd., *Clinique de l'image du corps: Du vécu au concept* (pp. 83-96). Dunod.

Pireyre, É. (2015). Conclusion. Dans : É. Pireyre éd., *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 308-310). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0308>

Potel, C. (2019). Chapitre 6. 19. La question du cadre thérapeutique : La contenance, les limites, le corps. Dans : C. Potel Baranes éd., *Être psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir* (pp. 357-381). Érès.

Potel, C. (2019). Chapitre 4. 10. Psychomotricité et indications. Dans : C. Potel Baranes éd., *Être psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir* (pp. 200-216). Érès.

Prayez, P & Savatofski, J. (2009). *Le toucher apprivoisé*. Éditions Lamarre.

Robert-Ouvray, S & Servant-Laval, A (2015). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. Dans : Jean-Michel Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 1. Concepts fondamentaux* (pp. 161-181). De Boeck Supérieur.

Rodriguez, M. (2019). Chapitre 3. Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. Dans : A. Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 27-38). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0027>

Santé publique France. (2023). *Maladies neurodégénératives*. Consulté sur <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives>

Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, 20 (4), 86-95. cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.020.0086>

Savatofski, J. (2009). Introduction. Dans : J. Savatofski éd., *Le toucher-massage*. (pp. 1-8). Éditions Lamarre.

Savatofski, J. (2009). L'importance du toucher-massage. Dans : J. Savatofski éd., *Le toucher-massage*. (pp. 9-14). Éditions Lamarre.

Schaub, C. et al. (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*, 126, 7-23. <https://doi.org/10.3917/rsi.126.0007>

Scialom, P. (s. d.). *La place de la psychomotricité en gériatrie*. <https://www.guide-psycho.com/psychomotricite/3-psychomotricite-et-geriatrie/>

Stefanacci, RG. (2022). *Changements corporels du vieillissement*. Consulté sur <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-santé-des-personnes-âgées/le-vieillissement/changements-corporels-du-vieillissement?query=vieillissement>

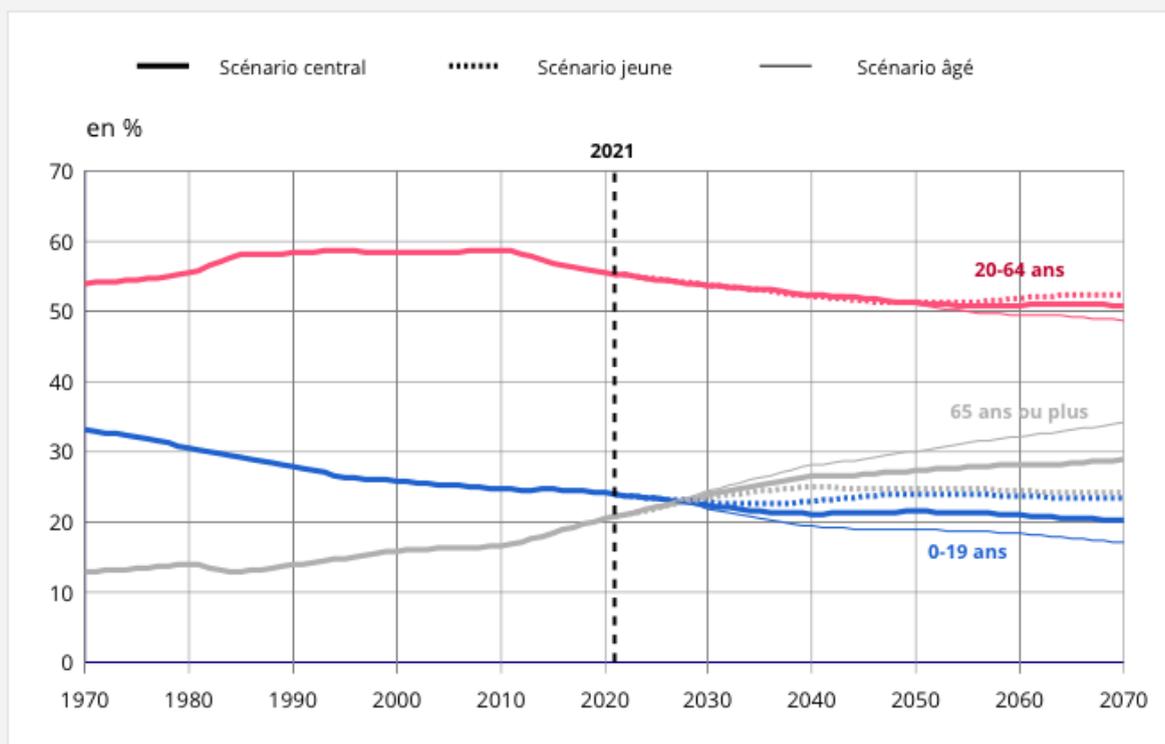
Talpin, JM. (2017). *Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique*. (pp. 19-29). Armand Colin.

Wikilivres. (2022). *Neurosciences/Le toucher et la proprioception*. Consulté sur https://fr.wikibooks.org/wiki/Neurosciences/Le_toucher_et_la_proprioception

Annexe n° 1 :

Graphique illustrant l'évolution à travers les années (passées et projections futures) du pourcentage des différentes tranches d'âges dans la population.

Figure 5a - Structure par âge de la population de 1970 à 2070 selon différents scénarios



Lecture : au 1^{er} janvier 2070, selon le scénario de population âgée, 34 % de la population aurait 65 ans ou plus en France.

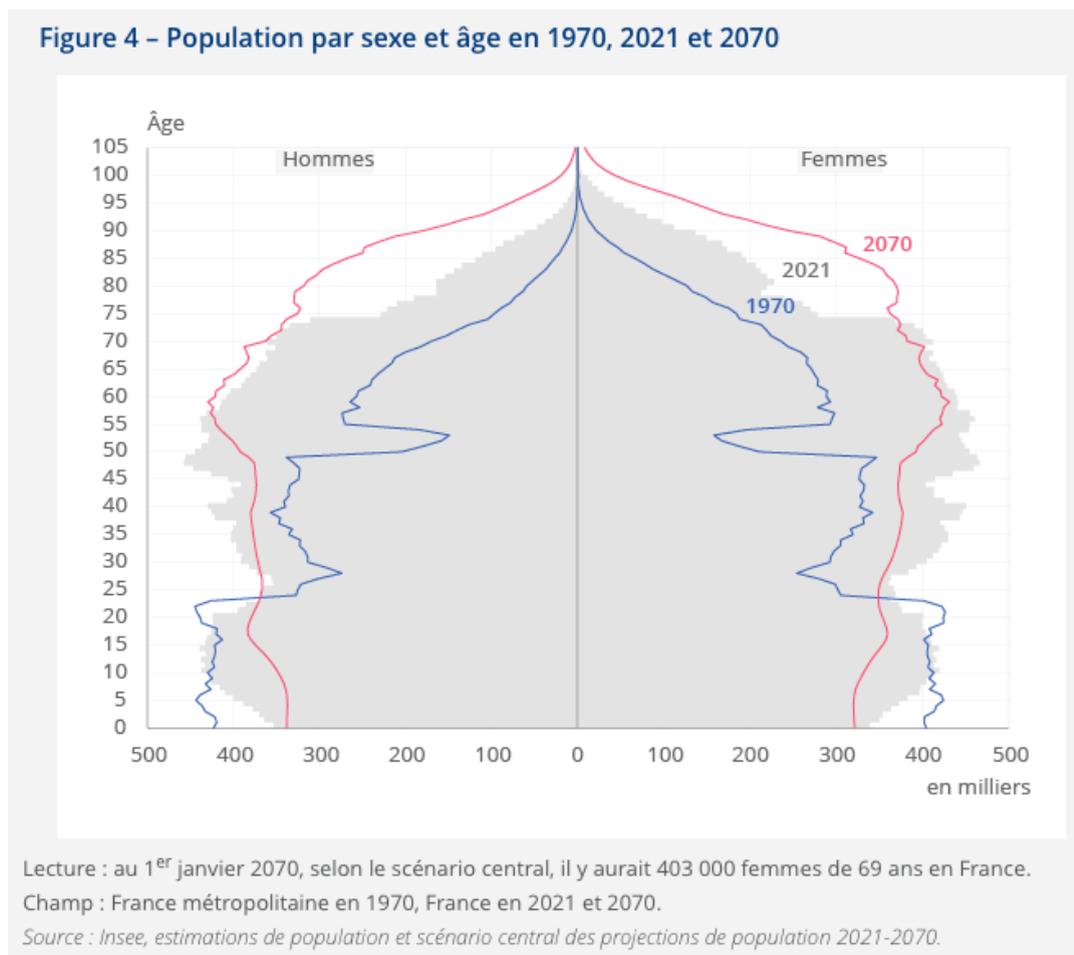
Champ : France métropolitaine jusqu'en 1990, France hors Mayotte de 1991 à 2013, France à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population, projections de population 2021-2070.

https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#figure5_radio1

Annexe n° 2 :

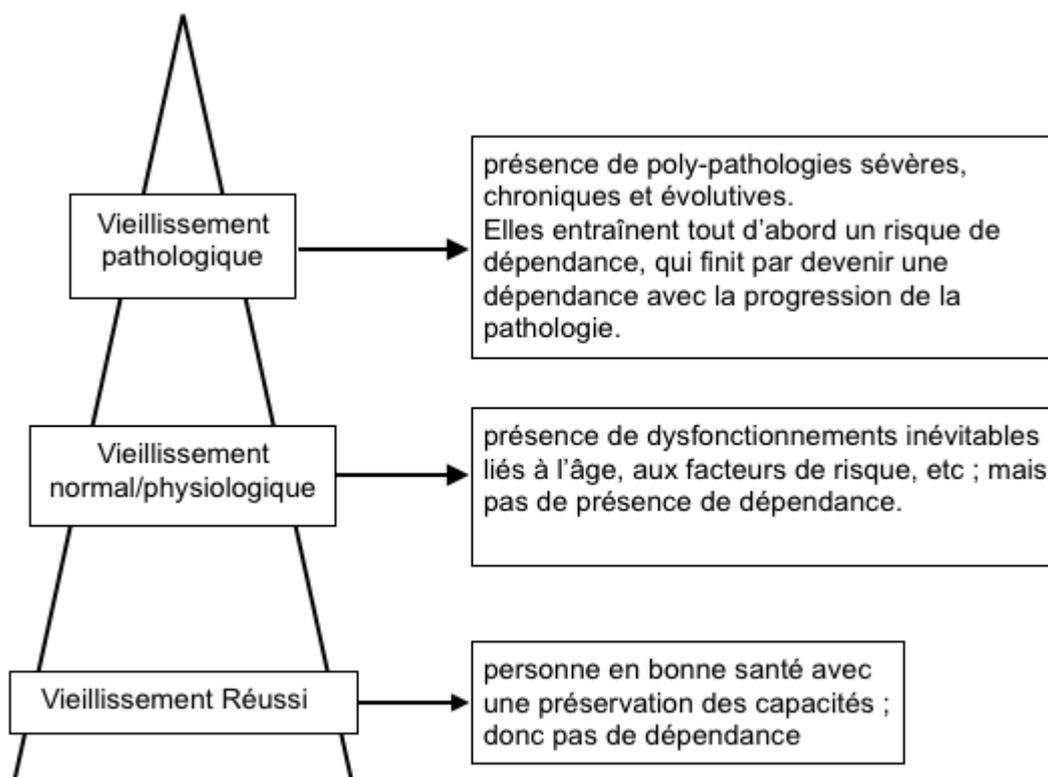
Graphique illustrant l'évolution du nombre d'habitants en fonction de l'âge et de l'année.
En 2070, on retrouverait donc une augmentation du nombre de personnes ayant plus de 75 ans et une diminution du nombre de personnes de moins de 60 ans.



https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#figure5_radio1

Annexe n° 3 :

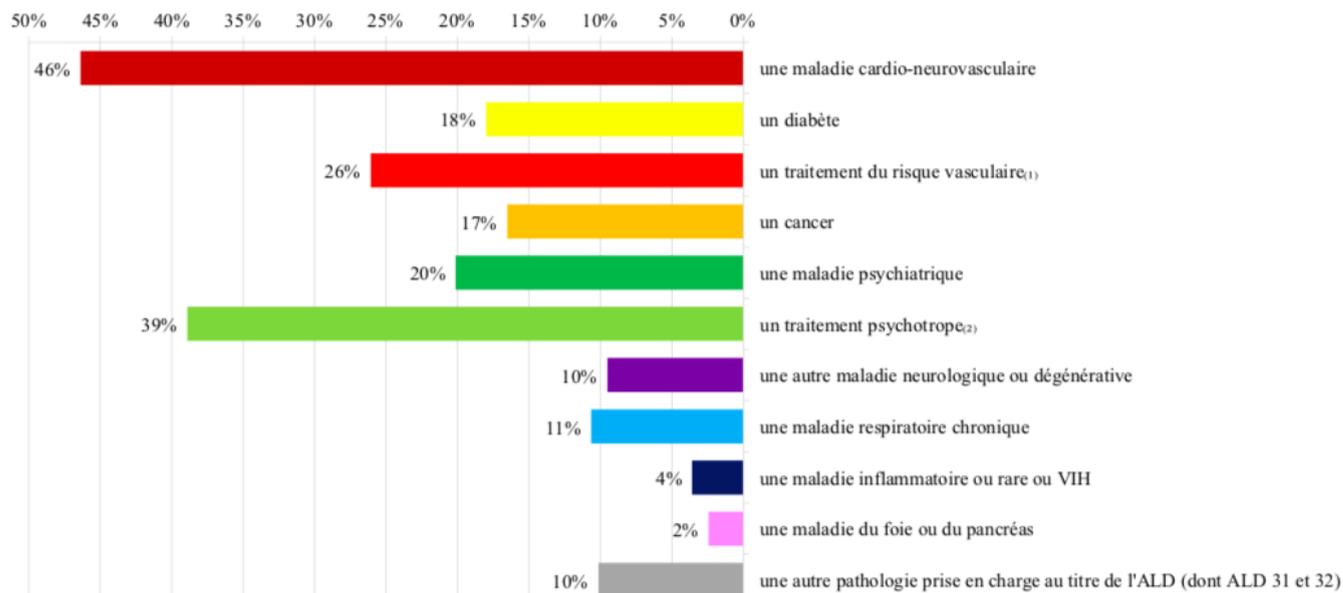
Proposition de schéma récapitulant les différents modes de vieillissement : réussi, normal et pathologique, en lien avec la présence ou non de dépendance.



Annexe n° 4 :

Graphique représentant le pourcentage de personnes en 2020, qui ont une ou plusieurs autres pathologies qui s'ajoutent à leur TNCM.

Graphique 1. Parmi les personnes prises en charge pour démences (dont maladie d'Alzheimer), pourcentage de personnes avec au moins...



Source : SNIRAM/SNDS / Tous régimes confondus

Note : une personne peut être atteinte par plusieurs pathologies (prévalences non sommables)

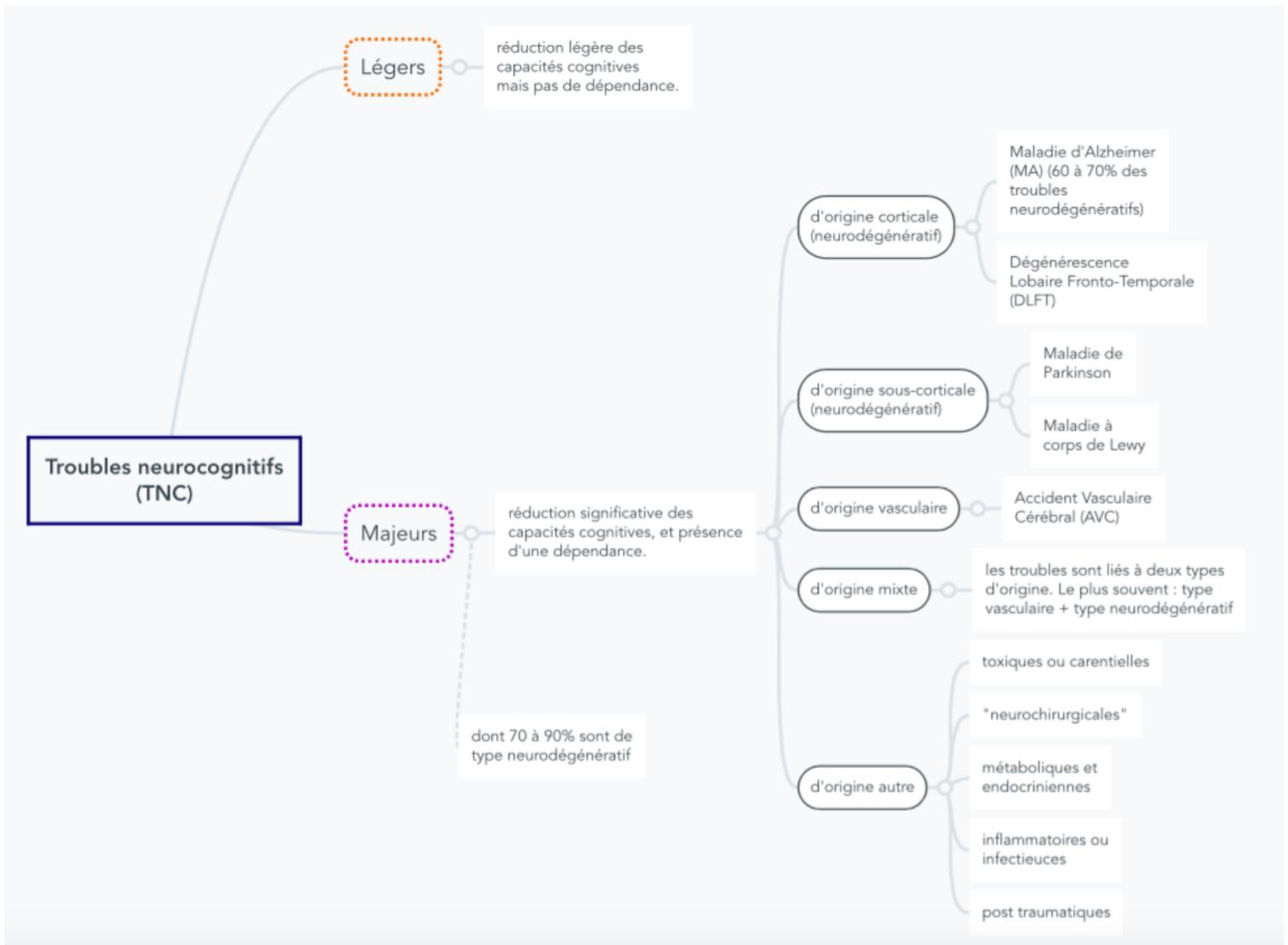
⁽¹⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie coronaire, un accident vasculaire cérébral ou une insuffisance cardiaque - ni aigus ni chroniques -, ou une artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou une insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou un diabète

⁽²⁾ Hors personnes identifiées comme ayant une maladie psychiatrique

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_demences-dont-alzheimer_0.pdf

Annexe n° 5 :

Proposition de schéma récapitulatif des troubles neurocognitifs abordés de ce mémoire.



Annexe n° 6 :

Grille du Mini-Mental State Examination (MMSE) permettant d'évaluer les capacités cognitives et mnésiques.

Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

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.

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

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

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
(si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. À quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

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

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

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

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. *Quel est le nom de cet objet ?*
23. Montrer votre montre. *Quel est le nom de cet objet ?*
24. *Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"*
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : *Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :*
Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

- "Fermez les yeux"** et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit*
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

Praxies constructives

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

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).

Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-8.

Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitrenaud J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsychol 2003 ;13(2) :209-36.

<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/mmse.pdf>

Annexe n° 7 :

Échelle ADL de Katz permettant d'évaluer la dépendance ou non pour les actes de la vie quotidienne.

ADL de Katz (pdf)

- Grille d'évaluation de l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne de Katz, Activities of Daily Living (ADL)
- Référence : *Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of the illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 21: 914-9*

Items	Valeu rs	Résult at
Hygiène corporelle		
Autonomie	1	
Aide partielle	0,5	
Dépendant	0	
Habillage		
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage	1	
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5	
Dépendant	0	
Aller aux toilettes		
Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	
Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	0,5	
Ne peut aller aux toilettes seul	0	
Locomotion		
Autonomie	1	
A besoin d'aide	0,5	
Grabataire	0	
Continence		
Continent	1	
Incontinence occasionnelle	0,5	
Incontinent	0	
Repas		
Mange seul	1	

Annexe n° 8 :

Échelle IADL de Lawton permettant d'évaluer la dépendance ou non pour les actes de la vie courante.

Echelle d'activités instrumentales de la vie courante (Lawton)

Cochez la réponse qui correspond le mieux aux capacités du sujet.

A) Capacité à utiliser le téléphone :

- 1 Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros etc...
- 2 Je compose un petit nombre de numéros bien connus.
- 3 Je réponds au téléphone mais n'appelle pas.
- 4 Je suis incapable d'utiliser le téléphone.

B) Faire les courses :

- 1 Je fais toutes mes courses de façon indépendante.
- 2 Je fais seulement les petits achats tout (e) seul (e).
- 3 J'ai besoin d'être accompagné (e), quelle que soit la course.
- 4 Je suis totalement incapable de faire les courses.

C) Préparation des repas :

- 1 Je prévois, prépare et sers des repas de façon indépendante.
- 2 Je les prépare si on me fournit les ingrédients.
- 3 Je suis capable de réchauffer des plats déjà préparés.
- 4 J'ai besoin qu'on me prépare et serve les repas.

D) Entretien de la maison :

- 1 J'entretiens la maison seul(e) ou avec une aide occasionnelle, par exemple pour les gros travaux.
- 2 Je ne fais que les petits travaux d'entretien quotidiens (vaisselle, lit, petit bricolage ...)
- 3 Je fais les petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant.
- 4 J'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison.
- 5 Je ne peux pas participer du tout à l'entretien de la maison.

E) Lessive :

- 1 Je fais toute ma lessive personnelle ou la porte moi-même au pressing.
- 2 Je lave les petites affaires.
- 3 Toute la lessive doit être faite par d'autres.

F) Moyen de transport :

- 1 Je peux voyager seul (e) et de façon indépendante (par les transports en commun, ou avec ma propre voiture).
- 2 Je peux me déplacer seul (e) en taxi, pas en autobus.
- 3 Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné (e).
- 4 Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné (e).
- 5 Je ne me déplace pas du tout.

G) Responsabilité pour la prise des médicaments :

- 1 Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire.
- 2 Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.
- 3 Je suis incapable de les prendre de moi-même.

H) Capacité à gérer son budget :

- 1 Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures...).
- 2 Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses).
- 3 Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour.

https://www.researchgate.net/figure/Echelle-dactivites-instrumentales-de-la-vie-courante-Lawton_fig7_278827720

Annexe n° 9 :

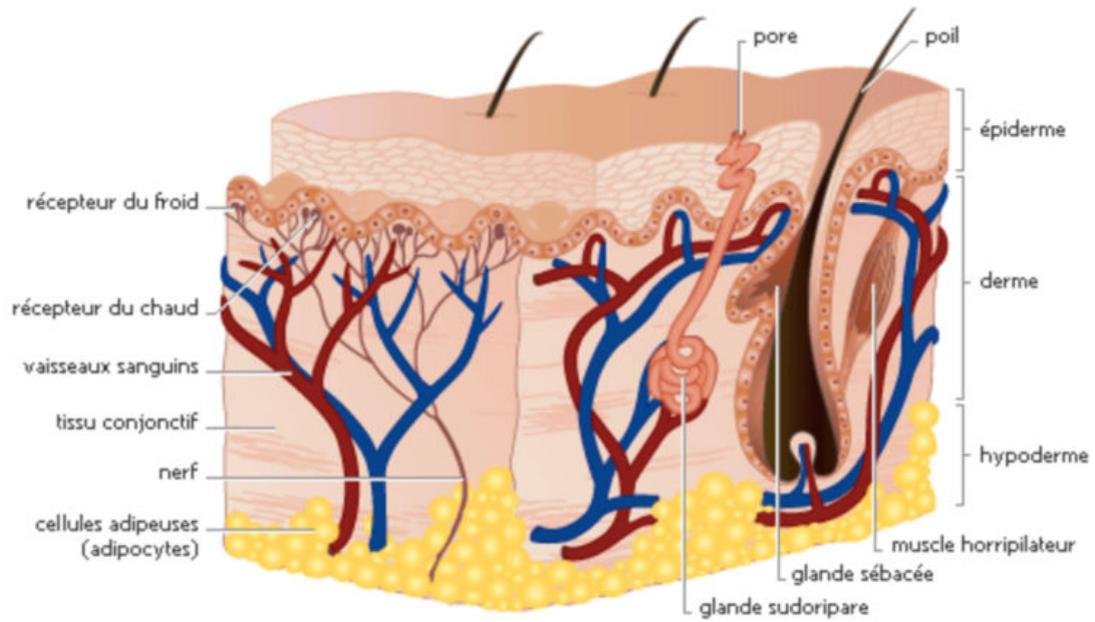
Tableau explicatif des différents profils selon les différentes catégories de Groupe Iso-Ressource (GIR).

1	<p>Le GIR 1 correspond à 2 catégories de personnes :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenant■ Ou personne en fin de vie <p>C'est le niveau de dépendance le plus élevé. Les fonctions mentales sont gravement altérées et la personne âgée nécessite une présence et un accompagnement continu pour la plupart des actes et des tâches du quotidien. Ce niveau de dépendance va généralement nécessiter une entrée en établissement spécialisé de type EHPAD. Le GIR 1 est éligible pour l'APA.</p>
2	<p>Le GIR 2 correspond à 2 catégories de personnes :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante■ Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente <p>Le GIR 2 est également un niveau de dépendance élevé avec une altération partielle des fonctions mentales et le besoin d'une aide permanente pour certaines tâches du quotidien. Le GIR 2 est éligible pour obtenir l'APA.</p>
3	<p>Le GIR 3 correspond à une personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels. Le GIR 3 est éligible pour obtenir l'APA.</p>
4	<p>Le GIR 4 correspondant à 2 catégories de personnes :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage,■ Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
5	<p>Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Le GIR 5 ne permet pas de percevoir l'APA.</p>
6	<p>Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante. Le GIR 6 ne permet pas de percevoir l'APA.</p>

<https://www.grille-aggir.fr>

Annexe n° 10 :

Schéma illustrant la structure de la peau.



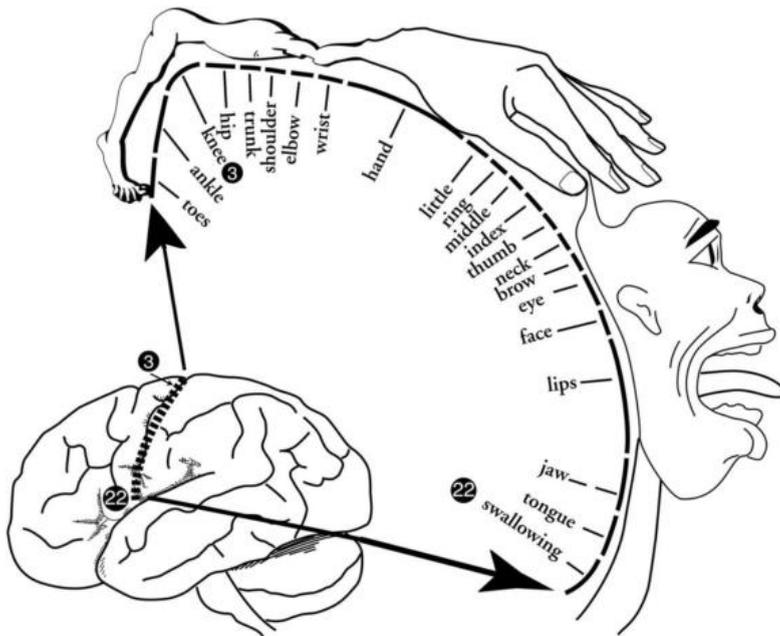
<http://epi-cure.be/accueil/microdossiers/peau/>

Annexe n° 11 :

Somatotopie sensitive ou Homonculus sensoriel.

Chaque partie du corps est représentée de manière proportionnelle à la surface corticale qui lui est attribuée.

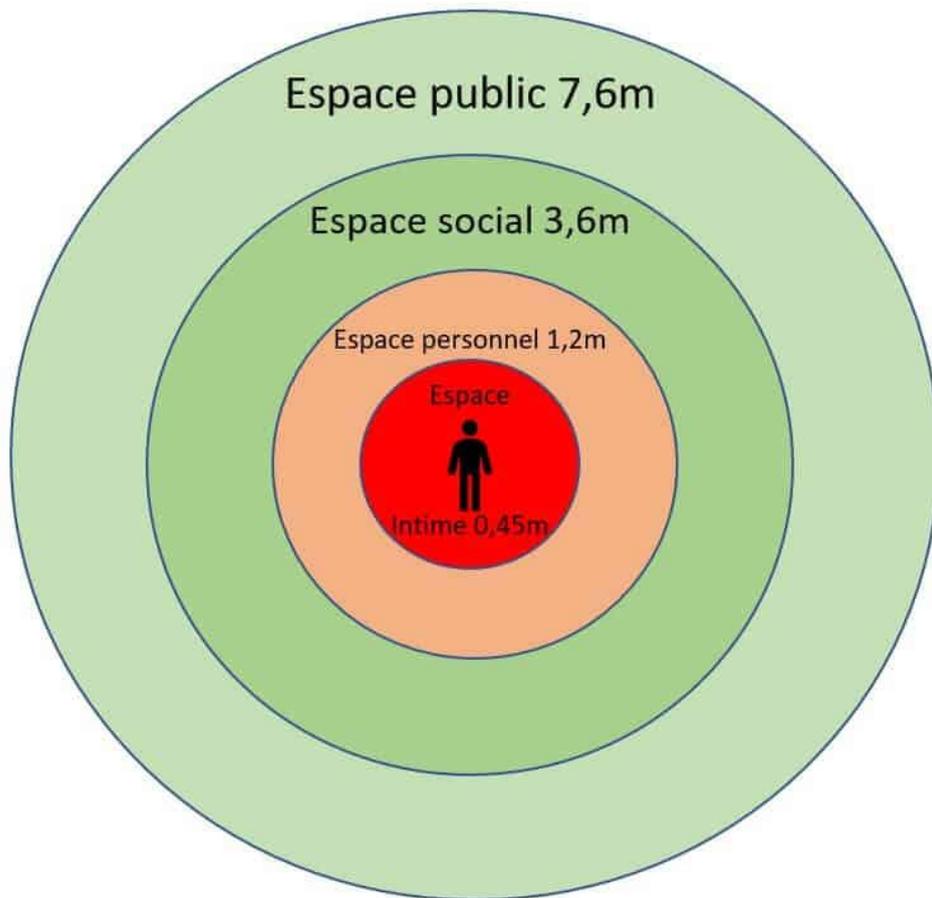
La taille est proportionnelle à la sensibilité (donc aux nombres de récepteurs).



<https://www.slideserve.com/merrill/l-examen-clinique-en-neurologie>

Annexe n° 12 :

Schéma illustrant les distances sociales chez la personne dans la société occidentale, selon HALL, E. et son concept de proxémie (1971).



<https://sur-le-bout-de-la-langue.com/wp-content/uploads/2018/07/proxémie.jpg>

Annexe n° 13 :

Inventaire neuropsychiatrique, version équipe soignante (NPI-ES) ; hétéro-questionnaire permettant d'évaluer la présence de troubles du comportement ainsi que leur fréquence, leur sévérité et leur retentissement sur le professionnel.



Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

Instructions

BUT

Le but de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence. Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants :

Le but de l'interview

Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)

Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par « oui » ou « non »

Il est important de :

- déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant ; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement ; quel est son rôle auprès du patient ; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES ?
- recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient.

QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez « NON » et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex. : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer « OUI » et poser les sous-questions.

A. IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »

B. HALLUCINATIONS (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses, par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)

« Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

E. ANXIÉTÉ (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

F. EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille. Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

H. DÉINHIBITION (NA)

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Fait-il/elle des choses qui sont embarrassantes pour vous ou pour les autres ? »

I. IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas. »

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ou enrouler de la ficelle ou du fil ? »

K. SOMMEIL (NA)

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou déränge le sommeil des proches ? »

L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est « OUI », il faut alors poser les sous-questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous-questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu « OUI » à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse « OUI » de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en « NON »

NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté « NA » (non applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex. : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter « NA ».

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

« Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous-questions ? Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ? »

1. **Quelquefois** : moins d'une fois par semaine
2. **Assez souvent** : environ une fois par semaine
3. **Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours
4. **Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

« Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement ? À quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ? »

1. **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
2. **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
3. **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

Le score du domaine est déterminé comme suit :

score du domaine = fréquence x gravité

RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au :

retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

Pour ce faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points :

0. Pas du tout

1. Perturbation minimum :

presque aucun changement dans les activités de routine.

2. Légèrement :

quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.

3. Modérément :

désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.

4. Assez sévèrement :

désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.

5. Très sévèrement ou extrêmement :

très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux 10 premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous-scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En pratique clinique l'élément le plus pertinent à retenir est le score fréquence x gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique).

D'après Sisco F, Taurel M, Lafont V, Bertogliati C, Baudu C, Girodana JY, *et al.* Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. L'Année Gériatrique 2000;14:151-71.

Copyrights : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - C.H.U de NICE.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_memo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_equipe_soignante_npi-es_2013-02-26_14-58-55_901.pdf

Annexe n° 14 :

Proposition d'une grille d'observations cliniques, permettant de constater l'évolution de Mme P tout au long de ses séances de psychomotricité.

Nom :
Prénom :

Date :

Avec :

- Jamais = pas de présence.
- Rarement = peu de présence.
- Parfois = présence modérée.
- Fréquemment = présence régulière.
- Toujours = présence constante.

Observations :	Commentaires
Avant la séance	

Pendant la séance :

Observations	jamais	rarement	parfois	fréquemment	toujours	commentaires
Présence de sourire(s)						
Présence de rire(s)						
Fermeture des yeux						
Présence de bruits intestinaux						
Relâchement	facial					
	des mains					
	musculaire perçu au toucher					
Présence de raideurs et tensions apparaissant au toucher						

Observations		jamais	rarement	parfois	fréquemment	toujours	commentaires
Regard	en direction du soignant						bref, soutenu, fuyant, désorienté ?
	intérieur						
	tourné vers l'environnement						
Respiration	ample, lente						
	rapide, irrégulière						
Verbalisation	des ressentis						
	de propos de type persécutoire						
	de propos répétitifs						
	de douleur dues au toucher						
	logorrhéique						
	de propos confus, sans sens logique						
Présence de cris							
Présence d'agrippements							
Présence de pleurs							
Présence de sursauts au toucher							
Présence de froncements de sourcils							
Pince les lèvres							

Observations générales :	Commentaires
Pendant la séance	
Après la séance	

Table des matières.

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Introduction.....	4
I. Du vieillissement normal au vieillissement pathologique.....	6
A. Vieillissement normal.....	6
1. Définitions.....	6
2. Données épidémiologiques.....	7
3. Conséquences du vieillissement normal.....	8
a) Au niveau physique :.....	9
b) Au niveau cognitif :.....	10
c) Au niveau sensoriel :.....	12
d) Au niveau postural et équilibre :.....	14
e) Au niveau psycho-affectif :.....	14
B. Vieillissement pathologique.....	15
1. Généralités et définitions.....	15
2. Données épidémiologiques.....	16
3. Pathologies les plus fréquemment rencontrées chez la personne âgée.....	16
C. Troubles neurocognitifs majeurs.....	18
1. Définition.....	18
2. Critères diagnostiques.....	19
3. Données épidémiologiques.....	20
4. Symptomatologie commune aux différents types de troubles neurocognitifs majeurs.....	21
5. Facteurs de risques communs des TNCM (toutes causes confondues).....	27
6. Traitements et prise en soin des troubles neurocognitifs majeurs.....	28
7. Troubles neurocognitifs majeurs et dépendance : enjeu crucial de santé publique..	28

II. Le toucher.....	31
A. La peau, organe du toucher.....	31
1. Généralités et définition.....	31
2. Ontogenèse.....	31
3. Description.....	32
4. Les différentes fonctions de la peau.....	33
5. Vieillessement de la peau.....	36
B. Généralités et définitions du toucher.....	37
C. Le toucher : rôles et fonctions.....	39
1. Les rôles du toucher.....	39
2. L'importance du toucher selon les périodes.....	41
a) Le toucher in-utéro :.....	41
b) Le toucher dans l'enfance :.....	42
c) Le toucher au cours du vieillissement :.....	46
- D'un point de vue physiologique.....	46
- D'un point de vue social.....	46
- D'un point de vue sociétal.....	47
- D'un point de vue psycho-affectif.....	47
D. Le toucher dans les soins chez la personne âgée.....	48
1. Limites du toucher dans le soin.....	48
2. Les différents types de touchers retrouvés dans les soins.....	52
a) Le toucher diagnostique :.....	52
b) Le toucher rééducatif :.....	52
c) Le toucher technique, de contrôle :.....	52
d) Le toucher d'hygiène, ou soins de nursing :.....	52
e) Le toucher relationnel :.....	53
f) Le toucher-massage :.....	54

III. Toucher et psychomotricité.....	55
A. Mon lieu de stage.....	55
B. Le toucher en psychomotricité.....	56
1. La psychomotricité.....	56
2. Le toucher thérapeutique en psychomotricité en EHPAD.....	59
3. Le cadre thérapeutique.....	63
4. La relation patient/soignant et le toucher thérapeutique.....	65
C. Intérêt du toucher-massage psychomoteur auprès de la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeurs.....	68
1. Les troubles toniques.....	69
2. Les altérations du schéma corporel (SC) et de l’image du corps (IC).....	70
3. La désorientation spatio-temporelle.....	71
4. La douleur.....	71
D. Étude du cas de Mme P.....	72
1. Anamnèse.....	72
a) Parcours institutionnel :.....	73
b) Au niveau médical :.....	73
2. Observations cliniques.....	74
3. Projet de soin et séances en psychomotricité.....	76
a) Objectifs de soin :.....	76
b) Toucher-massage psychomoteur dans le cas de Mme P :.....	76
- Mme P et le toucher.....	76
- Organisation des séances.....	78
- Intérêt du toucher-massage psychomoteur dans la prise en soin de Mme P... 79	
c) Ma place de stagiaire :.....	82
Conclusion.....	83
Bibliographie.....	84
Annexe n° 1 :.....	91

Annexe n° 2 :	92
Annexe n° 3 :	93
Annexe n° 4 :	94
Annexe n° 5 :	95
Annexe n° 6 :	96
Annexe n° 7 :	98
Annexe n° 8 :	99
Annexe n° 9 :	100
Annexe n° 10 :	101
Annexe n° 11 :	102
Annexe n° 12 :	103
Annexe n° 13 :	104
Annexe n° 14 :	108
Table des matières.....	110