

Marie FLOCCIA *et al.*

Hypnose

en pratiques gériatriques

DUNOD

Conseiller éditorial : Thierry Servilat

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour



les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Dunod, 2018

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-077622-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Préface

Thierry Servillat

PENDANT LONGTEMPS, il a été dit que les personnes âgées n'étaient pas hypnotisables. Ou en tout cas qu'elles l'étaient peu. Cela a été un a priori étonnant, et qui a retardé de plusieurs années le phénomène qui se produit maintenant. Heureusement, dans notre pays ainsi qu'en de nombreux autres, l'hypnose thérapeutique arrive dans le domaine de la gériatrie. Il était temps ! Le présent livre est destiné à être le premier ouvrage présentant cette actualité.

S'il y avait un principe énonçant que l'hypnose n'était pas utile en gériatrie, il a donc fallu qu'un certain nombre de soignants courageux, indépendants d'esprit, osent, comme disait Maurice Bensignor, pionnier de la médecine de la douleur, « donner sa chance à l'hypnose » et en examiner pragmatiquement les résultats. Durant des années, des médecins, mais aussi, encore plus souvent, des infirmières et des infirmiers, des psychologues, des aides-soignants ont expérimenté, ont par moments échoué. Et, à d'autres, ils ont été étonnés de voir ce que l'hypnose pouvait apporter dans un domaine où les traitements classiques ont un apport souvent très limité dans leur efficacité et de par aussi des effets secondaires indésirables qu'ils produisent souvent.

Encouragés par ces résultats, stimulés par le désir de leurs soignants de faire progresser les qualités des soins, un certain nombre d'établissements ont formé leurs équipes à la communication thérapeutique. D'autres ont été plus loin, tel le CHU de Bordeaux qui a formé à l'hypnose une partie importante du personnel de son pôle de gérontologie clinique.

C'est après une conférence donnée au diplôme inter universitaire d'hypnose à Bordeaux que j'ai rencontré Marie Floccia - qui m'avait proposé quelques mois

plus tôt de rédiger un article pour une revue que je dirigeais alors. Je lui ai dit que je n'avais plus la possibilité d'organiser cette publication. Mais devant son dynamisme et l'intensité de son engagement professionnel, j'ai évoqué l'idée de rédiger un livre. Elle n'a hésité que quelques minutes avant de me répondre positivement, et nous bûmes le soir même à la santé de ce projet !

Deux ans après, toute une équipe de professionnels talentueux a finalisé le travail intense effectué dans ce livre que vous tenez dans vos mains. Celui-ci est un outil de travail évidemment, mais il est plus que cela. Il témoigne qu'il est licite d'utiliser l'hypnose en gériatrie.

Parcourant l'ensemble du champ clinique, des grandes maladies neurodégénératives aux principales situations cliniques quotidiennes (tels les troubles de l'appétit ou de la marche), aux soins palliatifs et à l'aide aux aidants, cet ouvrage est à la fois un livre de réflexion et un manuel pratique. Il illustre particulièrement comment, dans la nouvelle philosophie scientifique qu'est celle des médecines complémentaires, il faut davantage agir pour comprendre que l'inverse. C'est donc d'une incitation à oser qu'il s'agit ici, à expérimenter, au sens de la tradition médicale classique, tout en étant guidé par l'expérience des auteurs qui nous ouvrent la voie.

Il reste de nombreux autres champs thérapeutiques à explorer, dans lesquels l'hypnose a beaucoup à apporter, tels celui de la médecine fonctionnelle et du soin aux handicapés, physiques et mentaux. Pour autant, le vaste mouvement de réflexion et d'action qui est en train de naître en France, visant à améliorer les soins aux personnes âgées, dans les hôpitaux, les EPHAD tout comme à domicile, trouve ici un argument majeur pour qu'il se dynamise.

La pratique de l'hypnose thérapeutique n'est guère coûteuse, ni en temps ni en argent. C'est une goutte d'eau dans l'énorme masse de dépenses de santé de notre pays. C'est même très probablement une source d'économie. Par les effets directs et indirects qu'elle produit, elle est aussi un gain d'humanité dans un domaine où on a mieux mis en évidence les carences. On souhaiterait que cette évolution soit irréversible. Ce livre, en étant construit sur une démarche scientifique, œuvre à cela.

Mon rôle de conseiller éditorial aura été limité à catalyser la mise en œuvre de ce projet, et à encourager Marie Floccia et son équipe lorsqu'elle a pu connaître quelques (rares) moments de doute. La conviction et l'enthousiasme des auteurs ont été tels que j'ai été surtout admiratif du travail qu'ils ont produit.

Table des matières

<i>PRÉFACE</i>	III
Thierry Servillat	
<i>LISTE DES SITUATIONS DE TOILETTE</i>	IX
<i>LISTE DES AUTEURS</i>	XI
<i>INTRODUCTION</i>	1
1. Généralités	3
Marie Floccia, Philippe Sol, Sophie Lagouarde, Fabienne Bidalon	
La gérontologie	3
<i>Un âge ?, 3 • Le vieillissement, 4 • Psychologie du vieillissement, 5 • La mémoire... des mémoires, 6 • La gériatrie : une jeune discipline et ses spécificités, 8</i>	
L'hypnose	15
<i>Définir l'hypnose ?, 15 • Un état clinique particulier, 16 • Un mode de fonctionnement cérébral particulier, 17 • Différentes formes d'hypnose thérapeutique, 19 • Éthique de l'hypnopraticien, 23</i>	
Hypnose et personnes âgées	24
<i>Une évidence ?, 24 • Susceptibilité à l'hypnose et suggestibilité, 25 • Utilisation clinique de l'hypnose dans la population vieillissante et</i>	

	<i>indications dans la littérature, 27 • Quotidien de l'utilisation de l'hypnose en gériatrie : indications et qualité, 29</i>	
2. Grands principes		33
Marie Floccia, Philippe Sol, Fabienne Bidalon, Françoise Le-Ru		
Grands principes des particularités de l'hypnose chez les personnes âgées en l'absence de trouble cognitif ou ayant des troubles cognitifs légers à modérés		34
<i>À quelles ressources accéder ?, 34 • Hypnose conversationnelle ou hypnose formelle ?, 35 • Communication non verbale, 36 • Communication verbale, 39 • De quoi parler ?, 43 • S'accorder aux canaux, 46 • Inductions, 49 • Ancrages, 51 • Métaphores, 57</i>		
Bases de l'Hypnose Adaptée Pour les troubles Neurocognitifs aux Stades Severes (HAPNeSS)		59
<i>Une temporalité ?, 60 • « Se souvenir des belles choses », 62 • Communication non verbale, 62 • Communication verbale, 65 • Un melting pot, 67 • Et si le patient ne communique plus verbalement ?, 78</i>		
Conclusion		79
3. Troubles neurocognitifs		81
Fabienne Bidalon, Laurent Bujon, Marie Floccia, Sophie Lagouarde, Françoise Le Ru, Jessica Meliani, Philippe Sol		
Symptomatologie		82
Atteinte mnésique		84
Du comportement à l'épuisement		84
Neurophysiologie et hypnose		86
<i>Physiopathologie de la maladie d'Alzheimer, 86 • Hypothèses neurophysiologiques de l'évolution de la maladie d'Alzheimer et de ses impacts sur l'hypnose, 87</i>		
Prises en charge existantes et lien avec l'hypnose		89
<i>Traitements médicamenteux, 89 • Thérapeutiques non médicamenteuses existantes et leurs liens avec l'hypnose, 90</i>		
Hypnose et comportements		98
<i>Idées délirantes, 99 • Hallucinations, 103 • Agitation/agressivité, 106 • Dépression/dysphorie, 116 • Anxiété, 122 • Exaltation de l'humeur/euphorie, 129 • Apathie/indifférence, 130 • Désinhibition, 133 • Irritabilité/instabilité, 134 • Comportement moteur, 138 • Sommeil, 141 • Troubles de l'appétit, 142 • Cris, 144</i>		

Conclusion	150
4. L'hypnose fonctionnelle	151
Laurent Bujon, Marie Floccia, Jessica Meliani	
Physiologie et pathologies	151
De la médecine physique et réadaptation à la rééducation en gériatrie	152
L'hypnose fonctionnelle	154
Parkinson et syndromes parkinsoniens	155
<i>Épidémiologie, 155 • Clinique, 155 • Traitements actuels, 156 •</i> <i>Hypnose et Parkinson, 157</i>	
Accident vasculaire cérébral	173
<i>Épidémiologie, 173 • Clinique, 173 • Traitements actuels, 174 •</i> <i>Hypnose et AVC, 174</i>	
Équilibre et syndrome de désadaptation psychomotrice	186
<i>Épidémiologie, clinique et prise en charge, 186 • Percevoir pour</i> <i>s'équilibrer, 187 • L'opposition à la marche, 188 • Intégration des</i> <i>mouvements oculaires, 189</i>	
Grands principes dans les pathologies du mouvement	191
<i>Dans la pratique conversationnelle, 191 • En état hypnotique, 194</i>	
Conclusion	198
5. Douleurs	199
Marie Floccia, Françoise Le Ru, Véronique Martin	
La douleur des douleurs	199
<i>Pluralité de la douleur, 200 • Spécificités et retentissements de la</i> <i>douleur en gériatrie, 203 • Concept de l'analgésie multimodale, 206 •</i> <i>Hypnose et douleurs, 207</i>	
Douleurs aiguës et procédurales	210
<i>En l'absence de troubles cognitifs ou présence de troubles neurocognitifs</i> <i>aux stades légers à modérés, 211 • Présence de troubles neurocognitifs</i> <i>aux stades modérément sévères à sévères, 219</i>	
Douleurs chroniques	232
<i>Consultation douleur chronique en gériatrie : quelques bases, 232 • État</i> <i>hypnotique, 235</i>	
Autohypnose	246
Conclusion	248

6. Soins palliatifs gériatriques	249
Véronique Martin	
Prérequis	249
<i>Des définitions en évolution, 250 • Données épidémiologiques, 251 • De la phase curative à palliative, 251 • Les soins palliatifs en gériatrie, 253 • Hypnose et soins palliatifs, 254</i>	
De l'hypnose en soins palliatifs gériatriques	255
<i>Premier abord, 255 • Accompagnement, 256 • Se ressourcer, 258 • Respirer mieux, 262</i>	
Conclusion	264
7. Accompagner les aidants au quotidien	265
Sophie Lagouarde, Jessica Meliani, Laurent Bujon	
L'annonce du diagnostic, comme un syndrome de stress post-traumatique	266
Un soutien pour le quotidien	269
Expliquer la mémoire	273
<i>Métaphore de la maison pour la mémoire, 273</i>	
Conclusion	275
<i>CONCLUSION GÉNÉRALE</i>	277
<i>GLOSSAIRE</i>	279
Glossaire gériatrique	279
Glossaire Hypnose	280
<i>REMERCIEMENTS</i>	285
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	289

Liste des situations de toilette

<i>Toilettes accompagnées</i>	p. 113
<i>Un bijou comme ouverture</i>	p. 118
<i>De beaux sourcils</i>	p. 137
<i>Avancer... à votre rythme... sur plusieurs années</i>	p. 158
<i>Une toilette esthétique</i>	p. 174
<i>On démarre</i>	p. 176
<i>La toilette et la mer</i>	p. 228
<i>Basta à la toilette</i>	p. 257

Liste des auteurs

Ouvrage dirigé par :

Marie FLOCCIA

Médecin gériatre et algologue, praticien hospitalier dans le pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux. Après avoir exercé en court séjour gériatrique et SSR, elle travaille depuis une dizaine d'années en Equipe Mobile de Gériatrie et intervient aux urgences. Elle a également développé une consultation douleur chronique spécifique pour les personnes âgées. Après le Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale et Thérapeutique de Bordeaux en 2010, elle commence à utiliser l'hypnose en consultation douleur chez des patients ayant des troubles neurocognitifs, puis devant les résultats, étend sa pratique aux urgences dans les situations de douleurs aiguës, procédurales et de troubles du comportement. Auteur d'articles sur le sujet et intervenant régulièrement en conférences, elle est enseignante au Diplôme Inter Universitaire d'Hypnose Médicale et Thérapeutique de Bordeaux et aux formations Hypnose du Centre de Formation Permanente des Professionnels de Santé du CHU.

Avec la collaboration de :**Fabienne BIDLON**

Psychologue clinicienne, disposant d'une expérience en secteur hospitalier en Unités de Soins de Longue Durée de 10 ans, intervenant en Établissement pour Personnes Agées Dépendantes et en Foyer d'Accueil Médicalisé auprès de personnes handicapées vieillissantes dans le département de la Gironde. Formée à l'hypnose en 2014-2016 par le Centre de Formation Permanente des Personnels de Santé du CHU de Bordeaux. L'hypnose lui a permis de proposer une démarche thérapeutique plus large auprès des patients, de pouvoir être en position d'aidant dans des situations complexes et de disposer d'un panel de techniques pour faire face aux troubles du comportement dans les pathologies dites neurodégénératives ou apparentées.

Laurent BUJON

Hypnopraticien libéral depuis 2012 et formateur en hypnose depuis 2016. Il découvre l'hypnose dans son expérience professionnelle en salle de soins post-interventionnelle, se forme à l'hypnose et aux thérapies brèves avec Actiif à Brive entre 2009 et 2011. Pratique l'hypnose conversationnelle pendant les soins infirmiers comme « le prolongement naturel de ses doigts ». Propose des consultations spécifiques dans son cadre de compétence où l'hypnose est une rencontre chaleureuse permettant l'accordage « des métronomes » du patient dans les dimensions psycho-sociales et corporelles.

Sophie LAGOUARDE

Psychologue de la fonction publique hospitalière depuis 1992, avec une expérience sur de nombreuses spécialités : neurologie et neurochirurgie, psychiatrie, médecine physique et de réadaptation, douleurs chroniques, EHPAD, médecine gériatrique, longs séjours gériatriques, consultation mémoire. Actuellement en poste sur le centre mémoire du pôle de Gériatologie clinique du CHU de Bordeaux. Formée à l'hypnose en 2015-2016. Pratique de l'hypnose auprès de patients et familles dans le cadre des accompagnements psychothérapeutiques.

Françoise LE RU

Cadre de santé disposant d'une expérience hospitalière en secteur de réanimation, services de médecine (diabétologie / endocrinologie ; gériatrie ; pneumologie). Sa formation en hypnose s'inscrit dans le projet de pôle de gérontologie du CHU de Bordeaux en 2014 – 2016 qui a permis également de former plusieurs infirmiers et aides-soignants de l'unité gériatrique. L'hypnose lui a permis d'accompagner l'équipe paramédicale dans les prises en soin potentiellement algiques (actes invasifs) et dans les situations de grande anxiété chez des patients présentant des troubles du comportement. Mais aussi de fédérer l'équipe autour d'un vocabulaire positif et de pratiques de soin « revisitées » dans la prise en compte de la douleur.

Véronique ELLIES MARTIN

Psychologue clinicienne, exerce en centre hospitalier en service de médecine gériatrique avec des lits identifiés de soins palliatifs et en hôpital de jour gériatrique au CHU de Bordeaux. Formée à l'hypnose au Centre de Formation Permanente des Professionnels de Santé du CHU de Bordeaux. Pratique de l'hypnose auprès de patients âgés depuis 2014 et Diplôme Interuniversitaire d'Hypnose Médicale et Thérapeutique de Bordeaux en cours.

Jessica MELIANI

Psychologue et psychothérapeute, travaille en Moselle au sein d'un EHPAD accueillant uniquement des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou syndrome apparentés. Elle a été formée dans un premier temps à la Validation® de Naomi Feil auprès des malades. Après 3 années de formation au sein de l'institut UTHyL de Nancy (Institut pour l'Utilisation des Thérapies brèves et de l'Hypnose en Lorraine) entre 2014 et 2017, il lui a été possible dès 2014 de mettre en place et de développer des interventions spécifiques avec des outils hypnotiques adaptés à la particularité des troubles du comportement des pathologies démentielles.

Philippe Sol

Médecin gériatre, praticien hospitalier. Chef du pôle gérontologie CH Castelnaudary (France). Formation en Hypnose médicale à TOULOUSE en 2014. Développement de l'hypnose en Unité d'Hébergement Renforcée et dans le secteur protégé en EHPAD pour les patients ayant une maladie d'Alzheimer.

Introduction

*« La vieillesse bien comprise est l'âge de l'espérance. »
Victor Hugo. Proses philosophiques*

LE GRAND ÂGE en hypnose ? De quel grand âge parlons-nous ? Chaque vieillissement est différent, dans son vécu, dans ses pathologies ou son absence de pathologie, dans son autonomie, son lieu de vie et son tissu social et familial. C'est une période de vie souvent cachée et déniée par la société, comme si elle ne devait plus apparaître de crainte de projeter dans un futur non désiré. Et pourtant, bien qu'ayant fréquemment de nombreuses pathologies, les personnes qui ont atteint ce grand âge attendent de leurs cadets une continuité de vie et une relation plus forte que les seuls soins techniques dont elles pourraient avoir besoin.

Lorsque cela est nécessaire, des personnes dévouées et aimantes entourent nos aînés et assurent leur quotidien, avec une attention de tous les instants. Elles peuvent témoigner de la vie et des joies toujours présentes, quels que soient l'âge et la cognition. Elles peuvent dire que de nombreuses ressources sont accessibles et que des forces oubliées peuvent réapparaître quand elles sont nécessaires. Elles peuvent affirmer que la Vie continue. Au-delà de la technicité des soins, les soignants, mais aussi les aidants, des patients âgés ont réfléchi, depuis de nombreuses années, aux façons d'apporter au mieux un soutien et une aide quotidienne.

Jusqu'à récemment, l'hypnose thérapeutique n'entraînait pas dans ces aides. Et pourtant, quelle approche autre que l'hypnose pourrait être mieux adaptée à la

population âgée ? Elle permet de nous recentrer sur le patient, de l'appréhender dans sa globalité, dans ce qu'il est, dans ce qu'il a été, de lui donner le choix d'accéder à ses propres solutions, dans un accompagnement bienveillant et empathique. Toutefois des questions se posent : les patients âgés sont-ils suggestibles ? Sur quelles ressources s'appuyer ? Comment accéder à une attention si celle-ci n'est plus ? Quels mots utiliser ? De quoi parler quand il n'y a plus de paroles ? Et au-delà de ces aspects : est-ce que l'hypnose thérapeutique fonctionne chez les personnes âgées ? Quelles en sont les indications ?

À travers nos expériences de professionnels de santé, d'horizons différents et travaillant auprès des personnes âgées, nous allons essayer de répondre à ces questions et à bien d'autres, de susciter d'autres questions et, nous l'espérons, de vous donner envie et confiance en la pratique de l'hypnose dans le grand âge.

Chapitre 1

Généralités

Marie Floccia, Philippe Sol, Sophie Lagouarde, Fabienne Bidalon

LA GÉRONTOLOGIE

Mme N. a 100 ans, elle a gagné une course de 1 500 m nage libre dans la catégorie des 100 à 104 ans, où elle était certes la seule à concourir, mais après avoir appris à nager à 80 ans !

M. R. a 76 ans, il est insuffisant cardiaque et a une maladie de Parkinson, il chute tous les jours et s'apprête à entrer en institution...

De ces deux patients, lequel aura le plus besoin de soins spécifiques : Mme N. pour garder son autonomie ? Ou M. R. pour adapter ses thérapeutiques ? Les deux, mais de manières très différentes.

► Un âge ?

En France comme dans tous les pays développés, la population vieillit. Si en 2016, 18,8 % de la population française était âgée de plus de 65 ans, l'INSEE prévoit qu'à l'horizon 2060, dans l'hypothèse d'une société stable, 1 personne sur 3 aurait plus de 60 ans.

Toutefois, ces chiffres cachent des vérités bien différentes et les termes de « personne âgée » ou « senior » définissent une population très hétérogène tant au niveau de l'âge que de l'état de santé et de l'autonomie.

L'âge de la vieillesse même revêt plusieurs définitions selon les contextes :

- l'Organisation mondiale de la santé retient le critère d'âge civil de 65 ans et plus ;
- la société s'appuie sur l'âge de la retraite ;
- la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) a acté l'âge de 75 ans ;
- l'âge moyen dans les institutions gériatriques en France approche davantage le seuil des 85 ans, avec la possibilité d'entrer en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes¹ (EHPAD*) dès 60 ans.

Ainsi, fixer un seuil à la vieillesse devient dépendant de ce dont on parle : santé ? Société ? L'espérance de vie en France en 2017 est de 79,5 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes et l'espérance de vie en bonne santé de 62,7 années pour les hommes et 64,1 années pour les femmes (Bilan démographique 2017, INSEE). Dans quelle catégorie est-on quand on dépasse l'âge de l'espérance de vie ? Dans le grand âge ? Un survivant ?

Il n'y a pas de réponse à ces questions, seulement des points de vue différents sur une population très hétérogène.

► Le vieillissement

Encore plus que l'âge, **le terme de vieillissement évoque de multiples réalités.** De nombreux facteurs entrent en compte dans notre vieillissement : la génétique, l'environnement, le hasard...

Il est habituel de parler de :

- **Vieillesse robuste et vieillissement usuel**, qui concerne la majorité de la population âgée et regroupe les personnes n'ayant pas ou peu d'atteintes des fonctions physiologiques, sans pathologie définie.
- **Vieillesse fragile**, qui regroupe environ 15 % des 65 ans et plus (Santos-Eggimann B., *et al.* 2009). La fragilité est un concept gériatrique qui souffre encore d'une absence de définition consensuelle mais qui pourrait se définir comme une diminution des réserves physiologiques de la personne vieillissante. En cas d'agression par un stress (psychologiques, accidentels, maladies), la personne a des difficultés d'adaptation et il y a alors un risque de perte d'une fonction, dont l'autonomie. C'est donc un état instable mais c'est aussi un

1. Les définitions des termes marqués d'un astérisque sont données dans le Glossaire en fin d'ouvrage.

état réversible qui nécessite, lors d'une agression par un stress, une prise en charge spécifique qui va permettre de revenir à l'état antérieur après l'épisode aigu.

- **Viellissement avec « dépendance »**, fréquemment associé aux pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou au handicap. Cela concerne environ 10 % des sujets âgés. Ces sujets sont dépendants, fréquemment hospitalisés ou en institution. Malgré une prise en charge adaptée, leur état de dépendance est le plus souvent irréversible.

En fonction du type de vieillissement, les **objectifs de prise en charge** ne seront pas les mêmes.

- Chez le patient robuste, les traitements proposés seront les mêmes que chez le sujet plus jeune : M. O. de 85 ans s'est fait mal au dos en tombant de son échelle en taillant ses haies avant de courir chercher ses arrières petits-enfants. Celui-ci sera traité quasiment comme un sujet jeune avec comme objectif le retour à l'état antérieur d'une autonomie complète.
- Pour le patient fragile, le risque majeur est la perte d'autonomie : Mme Z. marche avec une canne à petits pas sur de petites distances ce qui lui permet d'aller ouvrir la porte à ses amis et sa famille, elle risque de tout perdre si elle ne peut plus se déplacer suite à une chute qui va engendrer la crainte de la re-chute et donc l'arrêt progressif de la marche. L'objectif pour elle sera une récupération de la petite autonomie qu'elle avait.
- Et quand les patients sont entrés dans la grande dépendance, passant du lit au fauteuil ou restant au lit, l'objectif de bien-être devient primordial.

L'augmentation du nombre de « sujets âgés fragiles » dans les prochaines décennies représente l'un des enjeux essentiels de la prise en charge gériatrique.

► **Psychologie du vieillissement**

Viellir, c'est rencontrer des blessures narcissiques au travers des pertes physiques et des pertes psychiques, des deuils, des réminiscences, des traumatismes de vie ou du vécu de la maladie. Si vieillir est un processus physiologique, les capacités de la personne vieillissante se restreignent et ne correspondent plus à ce qu'elles étaient antérieurement. Le sujet qui avance en âge fait face à la perte de sa jeunesse, la modification de son image corporelle notamment, la perte de sa capacité de séduction, le handicap physique ou encore psychique.

Comme le souligne M. Perruchon, le travail de deuil exige un travail psychique pour faire face à la réalité de son âge, il pourra déployer ou non des mécanismes de défense, des stratégies de coping pour faire face, trouver de nouvelles orientations ou de nouveaux investissements afin de sublimer et dépasser ces constats douloureux et obtenir ainsi une forme de résilience. M. Perruchon souligne que le travail du vieillir assure la métabolisation de la perte et de la souffrance, ceci dès 50 ans ; le deuil du moi qui intervient à un âge plus avancé correspond lui à une forme de préparation à la finitude (Perruchon M., 2017).

► **La mémoire... des mémoires**

La mémoire est une fonction cognitive complexe, indispensable à l'identité, à l'expression, au savoir, aux connaissances, à la réflexion et même à la projection de chacun dans le futur.

Elle fonctionne avec plusieurs étapes de mémorisation : un encodage du stimulus (mémoire à court terme), puis un stockage et une consolidation (mémoire à long terme) et enfin, en cas de nécessité de rappel du stimulus, une récupération en ayant accès aux informations stockées.

● *Le modèle MNESIS*

F. Eustache et B. Desgranges proposent, dans la lignée des travaux de E. Tulving (Eustache F. *et al.*, 2010) et A. Baddeley (Baddeley A., 2000) le modèle MNESIS (Modèle NÉoStructural InterSystémique) qui comprend **cinq systèmes de mémoires** : la mémoire de travail, la mémoire procédurale, la mémoire perceptive, la mémoire sémantique et la mémoire épisodique (Desgranges B. *et al.*, 2011) :

- **La mémoire de travail** (ou mémoire à court terme) : mémoire du présent, elle est au cœur du réseau. Elle comprend quatre sous-systèmes dont l'administrateur central est situé dans les lobes frontaux. Sollicitée en permanence, elle permet de retenir des informations pendant quelques secondes, voire quelques dizaines de secondes. Les informations ne sont pas stockées et consolidées (leur souvenir est vite oublié).
- **La mémoire procédurale** : mémoire des automatismes : apprentissage et rétention d'une large gamme de capacités cognitives et motrices comme jouer au piano, conduire, résoudre un puzzle, calculer, lire... La mémoire procédurale recrute des réseaux neuronaux sous-corticaux et situés dans le cervelet.

La mémoire perceptive, la mémoire sémantique et la mémoire épisodique sont, quant à elles, trois systèmes de représentation à long terme :

- **La mémoire perceptive** : acquisition et maintien des connaissances relatives à la sensorialité. Elle recrute des réseaux neuronaux à proximité des aires sensorielles. Cette mémoire fonctionne beaucoup à l'insu de l'individu. Elle permet de retenir des images ou des bruits sans s'en rendre compte. Cette mémoire permet de se souvenir des visages, des voix, des lieux...
- **La mémoire sémantique** : mémoire du savoir et de la connaissance, elle est culturellement partagée et atemporelle. Elle permet l'acquisition de connaissances générales sur soi (son histoire, sa personnalité) et le monde (géographie, politique, actualité, nature...). Elle implique des réseaux neuronaux disséminés dans des régions très étendues notamment dans les lobes temporaux.
- **La mémoire épisodique** : mémoire des événements autobiographiques inscrits dans un contexte spatial et temporel précis. Elle permet de se souvenir de moments passés mais aussi de prévoir le lendemain (mémoire prospective). Elle fait appel à des réseaux neuronaux situés dans l'hippocampe et plus largement dans la face interne des lobes temporaux. Elle est composée de deux sous-systèmes :
 - ➔ *la mémoire antérograde* : mémorisation d'informations nouvelles, conserve temporairement tous les souvenirs récents ;
 - ➔ *la mémoire rétrograde autobiographique*, elle-même constituée de deux composantes :
 - une composante sémantique qui repose sur les connaissances générales de soi et de son passé (*je sais*),
 - une composante épisodique qui rassemble les souvenirs d'événements spécifiques situés dans le temps et dans l'espace (*je me souviens*).

● Mémoire et émotions

La qualité de l'encodage d'un stimulus dépend de facteurs personnels, à savoir, le niveau d'attention que nous portons à l'information à mémoriser, mais aussi la charge émotionnelle attachée à la nature même de cette information. Mémoires et émotions sont effectivement étroitement liées.

B. Croisile précise que la joie et la peur favoriseraient davantage un ancrage* durable en mémoire de scènes vécues, que la sérénité ou la tristesse (Croisile B., 2008). Sava A.A. *et al.* évoquent l'existence d'un effet de positivité dans la mémoire des personnes âgées qui se souviendraient mieux des informations positives que des informations négatives ou neutres, contrairement aux sujets jeunes (Sava A.A., *et al.*, 2013). Ainsi, quand les sujets âgés évoquent des souvenirs

anciens, les émotions négatives seraient estompées. Les événements passés seraient réélaborés de façon plus positive. Cet effet de positivité serait plus marqué en mémoire rétrograde autobiographique qu'en mémoire antérograde.

● *Le vieillissement de la mémoire*

Le vieillissement physiologique de la mémoire n'entraîne pas de perte d'autonomie ou d'indépendance, et ce, malgré un vieillissement physiologique du cortex préfrontal (Parris B.A., 2016).

Une fois encore, face au vieillissement de la mémoire nous ne sommes pas égaux, et ce vieillissement est multifactoriel :

- plasticité et réserve cérébrale initiale ;
- diminutions sensorielles d'origine pathologique entraînant des diminutions de stimulations ;
- diminution de la sollicitation cognitive ;
- polyopathologies ;
- iatrogénie médicamenteuse ;
- deuils répétés, anxiété, dépression...

Le vieillissement s'accompagne d'une fragilisation des capacités mnésiques qui constitue la principale plainte des personnes âgées. Les effets du vieillissement les plus marqués apparaissent en mémoire de travail et en mémoire épisodique : la composante épisodique de la mémoire rétrograde autobiographique (*je me souviens*) est nettement plus sensible au vieillissement que la composante sémantique (*je sais*).

Nous aborderons le vieillissement pathologique de la mémoire dans le chapitre 3.

► **La gériatrie : une jeune discipline et ses spécificités**

Avec de telles disparités, il devient complexe de donner une définition à la gérontologie (γερον : vieillard et λογια : études) qui étudie le vieillissement humain et ses conséquences psychologiques, physiologiques, sociétales, anthropologiques, démographiques, etc. L'une de ses composantes est la gériatrie qui s'attache à étudier les implications du vieillissement sur la santé. Reconnue comme spécialité complémentaire en 2004 et spécialité à part entière en 2017, la gériatrie est jeune.

La SFGG la définit comme la médecine de la personne âgée à domicile ou en institution présentant des problèmes bio-psycho-sociaux parfois complexes ou

des affections liées à l'âge. Cette définition vaste fait une fois de plus apparaître qu'en ce qui concerne le vieillissement des mots comme « complexe » et « problèmes » sont quotidiens.

Mais ne serait-il pas possible d'envisager la gériatrie sous un jour positif ? **Une médecine qui s'occupe d'une personne âgée dans sa globalité, l'accompagnant dans ses projets de vie et sa santé, en respectant ses souhaits et en favorisant son bien-être.**

Ainsi nous abordons une médecine qui nécessite une approche globale et pour laquelle tout abord par le prisme de la médecine d'organe est vaine : la personne et ses pathologies, son équilibre psychologique, son autonomie, ses aidants familiaux ou professionnels, le matériel dont elle a besoin à domicile, etc. Ce n'est qu'en appréhendant cet ensemble, qu'il sera possible de proposer un accompagnement adapté. Cette médecine ne peut s'envisager que sous l'angle de la pluridisciplinarité voire de l'interdisciplinarité, tous les professionnels étant nécessaires à la construction d'un projet de vie adapté et adaptable au cours des années. Ainsi, autour de la personne vont s'articuler : infirmiers, aides-soignants, médecins (généralistes, gériatres et spécialistes d'organes), kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, cadres de santé, assistantes sociales, psychomotriciens, gestionnaires de cas... Ces professionnels formés travailleront en transversalité dans tous les lieux où la personne séjournera : domicile, Établissement d'hébergement pour personnes âgées* (EHPA), EHPAD, Unités de soins de longue durée* (USLD), Urgences, Unité de court séjour gériatrique* et Soins de suites et réadaptation* (SSR).

● *Autonomie*

L'un des enjeux les plus importants de la gériatrie est le maintien de l'autonomie dans son sens de fonctionnalité mais aussi dans sa capacité à faire des choix. L'autonomie fonctionnelle est communément mesurée par des échelles qui sont des marqueurs importants d'indépendance et de capacité en gériatrie :

- **ADL** (*Activities Daily Living*) : capacité à faire sa toilette, à s'habiller, à être continent, à marcher, à aller aux WC et à manger seul (avec ou sans matériel) ;
- **IADL** (*Instrumental Activities Daily Living*) : capacité à utiliser le téléphone, faire les courses, préparer les repas, entretenir la maison, faire la lessive, utiliser un moyen de transport, prendre ses médicaments et gérer son budget.

L'autonomie est évidemment étroitement liée à l'état de santé du patient, mais pas seulement : le tissu social, la vie affective et les ressources financières y

contribuent fortement. La gériatrie mettra en place des actions préventives et/ou curatives lors d'un épisode aigu afin de revenir à l'état d'autonomie antérieur.

Néanmoins, lorsque l'autonomie vient à diminuer, une entrée en EHPAD est souvent envisagée, comme une réponse à une situation de crise ou d'urgence. Parfois acceptée car déjà réfléchi ou anticipée, elle peut aussi être mal perçue par la personne, et nécessiterait un travail de préparation au changement pour aider à passer ce cap, qui malheureusement ne peut pas toujours se faire avant et se fait une fois la personne entrée en institution.

● *Pathologie, polypathologies, polymédications*

Le vieillissement s'accompagne de maladies, de facteurs psychologiques et sociaux qui peuvent avoir des conséquences sur l'autonomie de la personne. La polypathologie (coexistence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu) est fréquente, ainsi que son corollaire la polymédication (consommation chronique de plus de quatre médicaments différents). De même, la survenue de handicaps (défaillances sensorielles, motrices et intellectuelles), de problèmes neuropsychiques (dépression, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.) vont agir sur la santé de la personne et sur son autonomie. La réponse aux traitements médicamenteux peut être parfois « explosive ».

Modèle du 1 + 2 + 3

D'une façon générale, le vieillissement s'accompagne d'une diminution des réserves adaptatives de l'organisme. Le modèle du 1 + 2 + 3 décrit par J.P. Bouchon explique comment le patient va franchir le seuil d'insuffisance d'organe (état de dysfonctionnement d'un organe qui n'assure plus correctement sa fonction) (Bouchon J.P., 1984) :

1. il existe, avec le vieillissement, une diminution physiologique de la réserve fonctionnelle de nos organes (cœur, rein, cerveau...), sans toutefois atteindre le seuil d'insuffisance de ces mêmes organes.
2. peut se rajouter une diminution pathologique de la réserve d'organe par affection chronique, menant à moyen terme à franchir le seuil d'insuffisance d'organe.
3. si des facteurs intercurrents de décompensation (stress, effort, pathologies aiguës, iatrogénie) s'ajoutent, ils peuvent mener rapidement au seuil d'insuffisance d'organe ; que ce soient les patients ayant une maladie chronique (modèle : 1 + 2 + 3) ou ceux ayant un vieillissement physiologique (modèle :