



HAL
open science

”Un homme seul, ça n’existe pas” : étayer la conscience corporelle des personnes âgées atteintes de la maladie d’Alzheimer

Élise Netto

► **To cite this version:**

Élise Netto. ”Un homme seul, ça n’existe pas” : étayer la conscience corporelle des personnes âgées atteintes de la maladie d’Alzheimer. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018577

HAL Id: dumas-01018577

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018577>

Submitted on 4 Nov 2014

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
Institut de Formation en Psychomotricité

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

« Un Homme seul, ça n'existe pas »

*Etayer la conscience corporelle des personnes âgées atteintes de
la maladie d'Alzheimer*

NETTO Elise
Née le 8 Octobre 1991 à Marmande (47)
Juin 2014

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu dans la réalisation de ce mémoire.

Merci à ma maîtresse de stage et de mémoire, Christelle, qui a su me guider et me conseiller dans mon travail.

Merci à l'équipe soignante de l'unité qui m'a accueilli et m'a permis de réaliser mon stage dans les meilleures conditions.

Merci à mes anciens maîtres de stage, Laura, Marion et Benjamin, pour toutes leurs relectures riches de conseils et de soutien.

Merci à ma famille, pilier infailible, qui a su m'épauler et m'encourager dans les moments de doute.

Merci à mes amis, qui malgré la distance, sont toujours présents et ont cru en moi.

Merci aux camarades rencontrés au cours de cette formation, avec qui ces trois années ont été formidables et resteront inoubliables.

Un grand merci à tous les aînés rencontrés cette année, sans qui ce mémoire n'aurait lieu d'être.

Sommaire

Avant-Propos.....	1
Introduction	2
Chapitre 1 : La personne âgée et la démence	4
I. Personnes âgées et vieillissement	4
II. Démences.....	12
III. Maladie d'Alzheimer	19
Chapitre 2 : La conscience corporelle	28
I. La conscience corporelle dans le développement	28
II. La conscience corporelle dans la maladie d'Alzheimer	46
Chapitre 3 : Présentation de l'unité.....	50
I. Présentation du lieu de stage	50
II. La place de la psychomotricité en UHR	54
Chapitre 4 : Etudes de cas	57
I. Mme B : L'éveil psychocorporel au travers du bain	57
II. Mme G : Quand la sensorialité révèle l'Être	68
Evolution personnelle.....	84
Conclusion.....	85
Bibliographie	87
Annexes	90
Table des matières	93

Avant-Propos

« Un homme sans mémoire est comme un arbre sans racine »

Yves GINESTE¹

« Le passé est une partie de nous-même,
La plus essentielle peut-être,
Qu'est-ce qu'un arbre sans racine ?
Qu'est-ce qu'un fleuve sans sa source ?
Qu'est-ce qu'un peuple sans son passé ?... »

Victor Hugo²

« C'est la mémoire qui fait l'homme »

Jean-Yves et Marc TADIE³

¹ GINESTE Y., Texte de communication au congrès d'ergothérapie et de médecin physique de La Grande Motte, 1998.

² HUGO V., *En voyage*, 1890.

³ TADIE. J-Y & M. *Le sens de la mémoire*, Ed. Gallimard, 1999

Introduction

Cette année, j'ai choisi de réaliser mon stage au sein d'une unité d'hébergement renforcé. Cette structure accueille des personnes âgées présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Ce sont des aînés, pour qui, le maintien à domicile ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁴ ne sont pas ou plus adaptés, en raison de leurs troubles psychocomportementaux.

Lors d'un travail saisonnier en EHPAD, j'ai rencontré des personnes âgées et je m'étais alors demandé quelle pouvait être l'intervention d'un(e) psychomotricien(ne) au sein de ces institutions. De ce premier contact avec les aînés est née l'envie d'orienter mon mémoire sur le domaine de la gériatrie.

J'ai pu constater que le vieillissement implique de nombreux changements psychophysiologiques pour les aînés. Lorsqu'une pathologie telle qu'une démence s'y ajoute, ils doivent faire face à de nombreuses pertes. En effet, la maladie d'Alzheimer entraîne la perte de la mémoire, de l'autonomie de son statut social et familial, ... amenant progressivement l'individu à « perdre son identité ».

L'idée de départ de mon mémoire était alors centrée sur la question de l'identité. En effet, la mémoire influence largement la construction de notre personnalité et de notre identité. J'étais partie du postulat que c'est « la mémoire qui fait l'individu », puisque nous avons besoin de connaître nos origines, notre passé afin de savoir qui nous sommes.

Toutefois, au cours de mes recherches et de mes expériences sur le terrain, j'ai pris conscience que mes interrogations ne se restreignaient pas à la seule question de l'identité. Mon cheminement m'a amené à élargir ma réflexion sur l'investissement corporel de ces personnes et donc leur conscience corporelle.

Ainsi, je me suis demandée : **comment la psychomotricité peut aider les aînés atteints d'une démence telle que la maladie d'Alzheimer, à réinvestir leur corps afin de restaurer leur conscience corporelle ?**

Je pars donc de l'hypothèse que la démence et ses conséquences, peuvent être considérées comme un trouble psychomoteur, affectant l'individu dans sa dimension

⁴ EHPAD

psychique et physique. Il semble alors que la psychomotricité ait une place auprès d'une telle population, puisque s'intéressant à la globalité de l'Être.

Ainsi, en partant d'un travail autour de la sensorialité, pouvons-nous en psychomotricité les aider à restaurer leur conscience corporelle et également leurs représentations corporelles (c'est-à-dire le schéma corporel et l'image du corps) ?

De plus, la maladie d'Alzheimer atteint en premier lieu la mémoire et les facultés cognitives de la personne. Partant de l'idée que la sensorialité joue un rôle essentiel dans la construction et le maintien de l'identité de la personne, il semble qu'en psychomotricité nous devons mettre en place des stratégies de communication investissant le corporel et le sensoriel.

Nous pouvons également penser que si les personnes âgées parviennent à réinvestir leur corps du côté du plaisir et du relationnel, cela permettra de les revaloriser et restaurer leur image du corps. La psychomotricité contribue alors au mieux-être de ces aînés, et tente de diminuer l'expression des troubles du comportement, en les apaisant physiquement et psychologiquement.

Elle cherche également à redonner au sujet son rôle d'Être relationnel et ainsi de réinvestir son corps. Ce réinvestissement corporel ainsi que la sensorialité permettront peut-être de restaurer la conscience de soi pour ces personnes.

De ce fait, dans une première partie, je développerai les modifications qu'entraîne le vieillissement ainsi que le vieillissement associé à une démence et notamment la maladie d'Alzheimer. Puis dans une deuxième partie, je traiterai d'une part de la conscience corporelle dans le développement non pathologique de l'Homme et d'autre part, dans la maladie d'Alzheimer, afin de constater son impact. J'aborderai également la présentation du lieu de stage ainsi que la place de la psychomotricité au sein de l'établissement. Enfin, je terminerai par témoigner du travail réalisé cette année avec deux aînées.

Chapitre 1 : La personne âgée et la démence

I. Personnes âgées et vieillissement

Je vais dans un premier temps aborder diverses définitions, ainsi que des données épidémiologiques et les modifications dues au vieillissement.

A. Définition du vieillissement

Le vieillissement ou sénescence correspond à « *l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme. 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. C'est un processus lent et progressif, distinct des effets des maladies* ». ⁵

Toutefois, le vieillissement fait partie d'un contexte. Il diffère d'une culture à l'autre, d'une personne à l'autre et varie également en fonction des époques. De plus, **le vieillissement n'est pas forcément pathologique.**

Après avoir défini le vieillissement, je vais proposer une définition de la personne âgée.

B. Définition de la personne âgée ou vieillissante

Une personne âgée se définit classiquement comme étant une personne dont l'âge est avancé. Nous parlons socialement et symboliquement de « personne âgée » quand la personne est à la retraite. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé⁶, l'individu devient une personne âgée à partir de 60 ans.

A contrario, *Edgar Morin*, sociologue et philosophe, parle d'un **continuum de l'âge**, c'est-à-dire qu'on ne devient pas âgé du jour au lendemain. Notre existence en tant qu'être humain est un continuum temporel : nous vieillissons de jour en jour, et ce depuis notre naissance.

Qu'en est-il de l'espérance de vie ? L'espérance de vie a augmenté en France : elle est de 81,7 ans en 2012⁷. Cela peut s'expliquer en partie par un progrès médical considérable depuis

⁵ www-ulpmed.u-strasbg.fr

⁶ OMS

⁷ www.ined.fr

plusieurs années. Toutefois, l'espérance de vie des femmes reste plus élevée que celle des hommes.

Je vais aborder à présent quelques chiffres concernant les personnes âgées dans la population. En effet, face au nombre de personnes âgées atteintes de démence, il semble important de s'intéresser à la question de la prise en soin de ces personnes.

C. Epidémiologie

En 2012, selon une étude de l'INSEE⁸, en France le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus représentait 17.1% de la population dont plus de la moitié avaient 75 ans ou plus⁹. Cela équivaudrait à environ 12 millions de personnes âgées en France.

D'après l'OMS, le nombre de personnes âgées dans le monde serait de 600 millions¹⁰. En effet, la population étant vieillissante, nous voyons le nombre de personnes âgées augmenter.

Qu'en est-il pour les personnes âgées présentant une pathologie ? Selon les projections de PAQUID¹¹ et le rapport publié par l'OPEPS¹², il y aurait en France environ 860 000 personnes de plus de 65 ans atteintes de pathologies démentielles, auxquelles s'ajoutent 32 000 cas de moins de 65 ans. Ces cas surviennent préférentiellement chez les femmes (72% des cas) et dans 73% des cas chez des personnes de plus de 80 ans. L'incidence est donc de 225 000 nouveaux cas par an, en France. Les projections de PAQUID estiment qu'en 2020, 1,4 millions de personnes seraient démentes en France.

Dans le monde, il y aurait actuellement 24,3 millions de personnes touchées par une démence (et 42 millions en 2020).

La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des démences et représente 79% des cas après 75 ans et 86% des personnes atteintes vers 90-94 ans.

Dans le paragraphe suivant, je traiterai des modifications liées au vieillissement à différents niveaux psychocorporels (physiologique, psychologique, moteur, etc.).

⁸ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

⁹ http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F032

¹⁰ http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/fr/

¹¹ « Personnes Agées QUID » ; c'est une étude épidémiologique sur le vieillissement fonctionnel et cérébral.

¹² Organisation Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé

D. Modifications liées au vieillissement

Comme évoqué précédemment, le vieillissement est un processus physiologique faisant partie intégrante de la vie ordinaire du sujet.

Au niveau physiologique :

Les premiers changements que l'on peut observer se font au niveau cellulaire et tissulaire. Ces changements peuvent induire des modifications du fonctionnement de l'organisme mais aussi de l'apparence corporelle du sujet. On observe ainsi le ralentissement du renouvellement cellulaire et une diminution du stock cellulaire, puis la mort de ces cellules.

Les premiers signes caractéristiques du vieillissement sont l'apparition de rides, due à la rigidification des fibres de collagènes et l'épaississement des fibres élastiques. La texture de la peau se modifie : elle devient plus fine et plus pâle et des taches brunes peuvent apparaître (dites « taches de vieillesse »). Les cheveux blanchissent par diminution de production de mélanine, leur chute est accélérée par le dysfonctionnement glandulaire. Nous relevons également une réduction du tissu graisseux sous-cutané au niveau des membres supérieurs et inférieurs, entraînant la proéminence des os, notamment au niveau claviculaire, articulaire et du creux des aisselles. S'ajoute à tout cela, un possible tassement vertébral, ce qui entraînera une diminution de la taille du sujet. Nous pouvons observer la posture caractéristique des personnes âgées avec les genoux fléchis et le dos arrondi.

Vignette clinique :

Mme L., 97 ans, atteinte d'une démence frontale. Elle présente cette posture caractéristique. En effet, lorsqu'elle se tient debout, elle a les genoux fléchis et le dos arrondi. Ses déplacements apparaissent alors difficiles et source d'une fatigue importante.

Nous notons aussi que la masse musculaire diminue au profit des tissus graisseux. Cela peut être source d'une réduction de la force musculaire chez la personne âgée. Il se produit également une réduction de la densité minérale osseuse (c'est-à-dire la quantité de calcium présent dans un volume de matière osseuse donné), et un amincissement du cartilage articulaire pouvant entraîner une fragilité voire de l'arthrose.

Le vieillissement touche les grands systèmes de l'organisme entraînant un ralentissement de leur fonctionnement. Ainsi, le système cardio-vasculaire est altéré, notamment par une rigidification artérielle ainsi qu'une atteinte de la vasomotricité artérielle.

Il agit également sur l'appareil respiratoire par une réduction musculaire pulmonaire provoquant une réduction des capacités ventilatoires. Au niveau de l'appareil digestif, nous observons des modifications de l'appareil bucco-dentaire (chute dentaire, diminution de la sécrétion salivaire, ...) ainsi qu'un temps de transit intestinal ralenti. Il y a un ralentissement du fonctionnement rénal. De plus, nous pouvons noter une diminution de la sécrétion des hormones sexuelles. Le système immunitaire a lui aussi une réponse plus lente lors d'une atteinte de l'organisme. Nous observons une réduction et une déstructuration du sommeil.

Tout cela va alors confronter la personne âgée à une nouvelle image d'elle-même, image fragilisée, et un nouveau vécu ce qui pourra entraîner l'altération de sa conscience corporelle.

Au niveau perceptif :

Au niveau des organes des sens, il peut y avoir une diminution de l'acuité visuelle avec l'apparition de certaines pathologies telles que la presbytie ou la cataracte. Il peut également y avoir une perte progressive de l'audition pouvant aller jusqu'à la surdité (conséquence de l'altération de l'oreille interne). Nous notons aussi une diminution des sensations gustative et olfactive, ce qui peut entraîner une perte d'appétit, pouvant parfois aboutir à une dénutrition. Il s'accompagne d'une diminution de la sensibilité aux récepteurs de la soif, ce qui cause souvent une déshydratation du sujet. Il semble qu'il existe également une atteinte de la sensibilité tactile, et cela notamment au niveau de la plante des pieds. Cela peut conduire à des troubles de l'équilibre et de la coordination, du fait que le sujet perçoit mal les reliefs et la consistance du sol. Toutefois, des troubles de l'équilibre peuvent apparaître en raison de troubles vestibulaires et/ou visuels.

Au niveau neurocognitif :

Le vieillissement se caractérise par une diminution du temps de réaction ainsi qu'une diminution de la vitesse du traitement de l'information. A cela s'associe une réduction des capacités mnésiques, des capacités attentionnelles et de concentration. Les personnes âgées réalisent difficilement plusieurs tâches à la fois.

Tout cela aura des conséquences au niveau de la mémoire à court terme et de travail, sur la planification et les capacités à résoudre un problème.

Au niveau psychologique :

Le vieillissement physique du sujet s'accompagne de remaniements au niveau psychologique. En effet, la personne âgée subit une phase de crise identitaire qui sera vécue de façon plus ou moins importante, en fonction de l'individu considéré. Successivement, le

sujet subit des pertes et des changements.

Le vieillissement qu'on pourrait appeler « corporel » transforme l'image que l'on a de soi-même mais aussi l'image que l'autre a de nous. En effet, « *Vieillir, mais aussi vivre, c'est faire le deuil d'une image de soi pour en investir une autre tout en restant soi-même, c'est donc assumer une crise identitaire permanente*¹³ ». Cela peut être source d'une altération de l'estime de soi et de l'image de soi. Une certaine souffrance psychique peut s'installer, la personne fuit alors le relationnel et l'affectif. Cela peut conduire à l'isolement de la personne âgée entraînant ainsi une diminution des stimuli extérieurs causant des troubles des fonctions relationnelles, affectives et le déclin de la mémoire. L'isolement social est aussi source de dépression et augmente le risque suicidaire chez la personne (quel que soit son âge). Le manque de relations avec autrui engendre une dégradation de l'estime de soi, un sentiment de mal-être subjectif et une perte de désir à vivre. Il constitue un risque pour la santé mentale.

Vignette clinique :

M. N, 89 ans, atteint d'une démence vasculaire et résident depuis peu à l'unité. Alors que je suis assise à côté de lui dans le lieu de vie, il me dit « vous savez ce n'est pas évident de rester tout seul. J'ai parfois l'impression que ma mémoire s'échappe. » Ainsi, l'isolement semble contribuer à la perte progressive des cognitions, parce qu'elles ne sont pas ou peu stimulées. Cela semble être à l'origine d'une souffrance psychique pour ce monsieur.

La notion de deuil est également omniprésente chez la personne âgée. Ce deuil se traduit par la perte d'une personne, d'un objet ou d'un changement important dans la vie du sujet. Il se manifeste sur le plan psychologique, physique, affectif, comportemental et social.

Elizabeth Kübler-Ross décrit cinq étapes du deuil. Ces phases ne sont pas vécues dans le même ordre par chacun. En effet, il peut y avoir des phases de régression. La durée de chaque phase peut également varier d'un individu à un autre.

- Le déni (ou négation) : c'est une stratégie de défense qui mène à éviter voire à nier une réalité. C'est-à-dire que la personne ne veut pas croire ce qui lui arrive et elle peut chercher un responsable. Cette phase survient à l'annonce de la perte.
- La colère : le sujet présente un sentiment de colère face à cette perte, pouvant être associé à un sentiment de révolte, d'injustice et d'amertume. Parfois, un sentiment de culpabilité peut apparaître chez le sujet.

¹³ PLOTON L., La personne âgée– Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence, Ed. Chronique Sociale, 2005, p 95.

- Le marchandage : la personne a accepté la situation mais elle tente de gagner du temps. C'est une période de négociations et de chantages.
- La dépression : cela se caractérise par une grande tristesse, des remises en question, et de la détresse.
- L'acceptation : la réalité de la perte semble mieux comprise et acceptée. Le sujet réorganise sa vie en fonction de la perte et fait des projets pour l'avenir.

Marco Vannotti décrit également une première phase : celle du « choc » au moment de la perte. Le sujet peut être dans un état de sidération face à l'annonce. Nous retrouvons également une phase de « recherche » (avant l'acceptation). Dans ce cas, soit la personne lutte pour retrouver ce qu'elle avait auparavant, soit elle abandonne, se résigne. A ce moment-là, la personne va se confronter à la réalité, ce qui va lui permettre d'assumer des choses plus réalistes face à la perte. Enfin, une phase de « réintégration » peut être observée en fin de processus où la personne peut réorganiser sa vie en absence de l'objet perdu et se réinvestir dans un projet de vie.

La personne âgée doit alors faire le deuil de ses capacités à la fois physiques, cognitives, motrices, ... Généralement, lors de la mise à la retraite, l'aîné subit la perte de son statut social et professionnel qui fait passer ce sujet à un statut dit « d'inutilité ». La personne âgée peut également devoir faire un travail de deuil de mise en institution et parfois des difficultés ou rupture familiale. De même, nous pouvons observer alors un remaniement de la vie familiale où se sont les enfants qui s'occupent de leurs parents.

Enfin, la personne vieillissante fait l'expérience du sentiment d'irréversibilité du temps en s'inscrivant dans la fin de vie. Cela peut être source d'angoisse de mort et de peur intense.

Au niveau moteur¹⁴:

Le vieillissement psychomoteur va dépendre du vieillissement physiologique et psychologique du sujet. Toutefois, il varie d'un sujet âgé à un autre, c'est-à-dire que les capacités motrices vont différer d'un sujet à l'autre, puisque chaque être est unique.

Ainsi, nous pouvons observer une limitation de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements. De manière générale, nous remarquons un **ralentissement psychomoteur**, dû à des changements neurophysiologiques à savoir une diminution de la vitesse de contraction musculaire, et le ralentissement de la transmission synaptique.

¹⁴ ALBARET J-M, AUBERT E., Vieillesse et psychomotricité, Ed. Solal, 2001, page 19.

Nous retrouvons également l'altération de la **sélection et de la programmation de la réponse motrice**. Dans ce cas, il y a une augmentation constante avec l'avancée en âge du temps de réaction. Ce temps est d'autant plus augmenté quand la question proposée est à choix multiples, du fait de l'altération des capacités cognitives et des processus sensori-moteurs de la personne.

Certaines études auraient démontré une perturbation dans l'**exécution de la réponse motrice**. Dans ce cas, le temps de mouvement est augmenté par rapport à un sujet jeune. Elles démontreraient que le sujet âgé privilégie la précision au détriment de la vitesse du mouvement. Il semblerait qu'il y ait également une possible diminution de la force du sujet s'accompagnant de la mise en place de cette stratégie compensatoire, la précision.

Le vieillissement touche également les **coordinations dynamiques générales**. En effet, le déclin progressif des masses musculaires associé à une amplitude articulaire moindre provoquent des difficultés dans la vitesse et la combinaison de mouvements dans la réalisation d'une action. Il semblerait que les coordinations bi-manuelles restent stables avec l'âge alors que les dissociations (« coordinations de mouvements asymétriques ») semblent se dégrader.

Concernant la **motricité manuelle et de l'écriture**, les personnes âgées semblent avoir besoin de deux fois plus de force que les sujets jeunes lors de la préhension des objets, due à l'atteinte de la réception des informations tactiles. Toutefois, la musculature de la main semble moins touchée au cours du vieillissement que celle des membres inférieurs.

Les **capacités de locomotion et la marche** sont atteintes dans le vieillissement normal, et dans ce cas, en dehors de toute affection pathologique. Nous constatons dès lors une marche à pas réduits (pas moins hauts et moins longs) : une marche plus lente et moins sûre avec une modification de la largeur du polygone de sustentation, la phase d'appui unipodal est réduite au profit de la phase en appui bipodal. On note aussi une atténuation de l'amplitude des mouvements articulaires.

La marche subit donc des modifications motrices, mais également des modifications cognitives et psychologiques à prendre en considération. Sur le plan cognitif, la personne âgée nécessite une attention plus importante lors de ses déplacements, et nous pouvons constater des difficultés si le sujet doit se concentrer sur plusieurs tâches à la fois. Sur le plan psychologique, ce qui pourrait expliquer que l'âiné ait tendance à se mettre en position de déséquilibre postérieur serait la crainte du vide intérieur et de fait, la chute. Cela pouvant aller

dans certaines situations extrêmes, jusqu'à provoquer l'immobilité du sujet associée à une anxiété importante aux déplacements.

En ce qui concerne **le maintien de l'équilibre et la posture** chez la personne âgée, nous pouvons observer une instabilité posturale, susceptible d'entraîner une ou plusieurs chutes du sujet, ainsi qu'une diminution des performances dans le maintien de l'équilibre dynamique. Leurs étiologies étant multifactorielles, nous pouvons noter l'altération des récepteurs sensoriels ainsi que des voies nerveuses et des centres intégrateurs. Si nous couplons à tout cela une baisse de l'efficacité musculaire, une réduction de la mobilité articulaire ainsi que le vieillissement perceptif (auditif et visuel), alors l'ainé se trouve en grande difficulté pour anticiper la chute et réagir ou pallier une perte d'équilibre.

En effet, du fait de la réduction des masses musculaires et du ralentissement psychomoteur global, la personne âgée peut présenter une diminution des réflexes et de la force musculaire. Peuvent alors apparaître des troubles de la marche, de l'équilibre, et des coordinations motrices.

Vignette clinique :

M. B, 80 ans, atteint de maladie d'Alzheimer. Ce monsieur déambule dans le lieu de vie de l'unité. Il présente un ralentissement moteur important et un regard dit horizontal, c'est-à-dire qu'il regarde droit devant lui. Il ne porte donc pas attention à ce qui se passe au niveau du sol. En outre, je me souviens d'une chute où M. B n'a pas eu le réflexe protecteur de mettre ses mains devant lui afin que sa tête ne heurte pas le sol. Cela m'a surpris, d'autant qu'il est tombé « face contre terre ». Nous pouvons noter la diminution des réflexes chez les personnes âgées.

Ainsi, nous constatons que **le vieillissement atteint la personne dans sa globalité**, tant au niveau physique que psychologique. Au vieillissement naturel peut s'ajouter une pathologie, entraînant parfois une perte d'autonomie plus marquée, et pouvant atteindre la personne dans son estime d'elle-même. Ces troubles peuvent faire l'objet d'une prise en soin en psychomotricité.

De fait, je vais parler plus particulièrement des démences, qui peuvent toucher les personnes âgées.

II. Démences

Dans cette partie, je parlerai des démences. Après avoir donné une définition, j'aborderai ses caractéristiques ainsi que son évolution.

A. Définitions

La notion de démence se réfère historiquement à la notion de « folie » ou de « gâtisme ». Ces deux notions renvoient une image plutôt péjorative de ce qu'est la démence. De nos jours, le terme démence fait référence aux maladies neurologiques graves.

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

Elle représente donc une altération durable des capacités mentales retentissant dans les activités de la vie quotidienne et entraînant une rupture avec l'état antérieur.

Ce n'est pas une composante du vieillissement dit « normal ». La démence est une des causes principales de handicap et de dépendance. Elle présente des conséquences à la fois physiques, psychologiques, sociales et économiques, pour les personnes âgées elles-mêmes, leurs familles, les personnes chargées des soins et la société. La forme la plus connue et la plus médiatisée est la maladie d'Alzheimer.

Le diagnostic des démences repose sur des critères précis, que j'exposerai ci-après.

B. Diagnostic

Les plaintes mnésiques sont fréquemment retrouvées chez les personnes âgées. Elles peuvent être banales et ne sont pas obligatoirement liées à une « maladie de la mémoire ». Il apparaît donc important de pouvoir différencier si ces plaintes mnésiques présagent d'une démence ou non.

Le DSM IV propose des critères diagnostiques pour la démence, qui sont les suivants :

- Le développement de déficits cognitifs multiples tels que le déficit de la mémoire, et une ou plusieurs perturbations cognitives suivantes :

- **aphasie** qui correspond à un trouble du langage affectant l'expression ou la compréhension du langage oral ou écrit et survenant en dehors de tout déficit sensoriel ou de dysfonctionnement de l'appareil phonatoire,
 - **apraxie** est un trouble acquis du mouvement volontaire, entravant la réalisation de certains gestes sans déficit moteur ou sensitif, ni incoordination et ni trouble majeur de la compréhension,
 - **agnosie** est définie comme un trouble de la reconnaissance des objets, des visages (on parle de prosopagnosie) résultant d'une ou plusieurs lésions cérébrales,
 - **perturbation des fonctions exécutives** : ces fonctions correspondent aux processus cognitifs permettant l'adaptation de notre comportement tels que l'anticipation, le raisonnement, la planification, l'organisation, la résolution d'un problème et la mémoire de travail.
- Ces déficits cognitifs sont à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
 - Les éléments du diagnostic différentiel sont les suivants :
 - Affections du système nerveux central pouvant entraîner un déficit de la mémoire et du fonctionnement cognitif telles que : maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale ou tumeur cérébrale.
 - Affections générales pouvant entraîner une démence telles que l'hypothyroïdie, la carence en vitamine, la neurosyphilis, l'infection par le VIH, ...
 - Affections induites par une prise de substance.
 - Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un délirium.
 - La perturbation n'est pas expliquée par un trouble dépressif majeur ou une schizophrénie.

L'élément diagnostique important de la démence repose sur la présence de troubles cognitifs interférant de manière significative avec la vie quotidienne du sujet. Il est important d'avoir un entretien avec l'entourage de ces personnes afin d'évaluer cet impact puisque souvent, l'entourage est généralement le premier à percevoir ces conséquences au quotidien. Ces troubles sont peu présents en début de pathologie puis s'accroissent progressivement avec l'avancée de la maladie.

Le diagnostic est donc avant tout clinique et peut être difficile à poser en début de maladie, par confusion avec le vieillissement cérébral ordinaire. Il se réalise en présence de spécialistes à l'aide de tests neuropsychologiques et de divers types d'imagerie cérébrale (imagerie par résonance magnétique, scanner, scintigraphie cérébrale).

Une fois le diagnostic posé, l'évolution de la démence se déroule selon plusieurs stades successifs, que je vais maintenant aborder.

C. Différents stades

En effet, une démence est une pathologie neurodégénérative. Ainsi, son évolution est inévitable. Bien que l'expression de cette pathologie présente une variation interindividuelle, son évolution peut être présentée sous forme de trois stades.

L'OMS¹⁵ définit ces trois stades :

- Le stade initial : où la démence passe souvent inaperçue et l'apparition se fait graduellement. Les symptômes que nous pouvons retrouver sont la tendance à l'oubli, et la désorientation spatio-temporelle.
- Le stade intermédiaire : les signes et symptômes se précisent et deviennent plus visibles. Nous retrouvons des oublis des événements récents et du nom des gens. Les personnes se perdent dans leur maison, ont des difficultés pour communiquer, ont besoin d'aide pour les soins d'hygiène et présentent des changements de comportement.
- Le dernier stade : la démence est caractérisée par une dépendance et une inactivité quasi-totales. Les troubles de la mémoire sont importants et les signes et symptômes physiques deviennent plus évidents. Nous notons la perte de conscience spatio-temporelle, des difficultés à reconnaître l'entourage (famille, amis, voisins, ...), des difficultés à la marche, le besoin d'une aide accrue pour les soins d'hygiène et des perturbations de comportement.

La démence bien qu'évoluant en divers stades successifs, peut être classée selon différents critères.

¹⁵ www.who.int

D. Classifications

Nous pouvons classer les démences selon :

a) La dégénérescence

- **Démences dégénératives :**

Les démences avec dégénérescence constituent les formes les plus fréquentes de démence (environ 90% de l'ensemble des démences). En résulte une perte progressive et irréversible des neurones suite à leur dégénérescence.

Maladie d'Alzheimer :

Elle constitue la démence la plus fréquente et se caractérise par l'apparition de troubles de la mémoire (atteinte hippocampique).

Celle-ci sera développée plus en détail plus bas.

Démence à corps de Lewy :

Elle représente la seconde cause de démence chez le sujet âgé (15% à 20% des démences dégénératives), après la maladie d'Alzheimer. Elle apparaît vers 70-75 ans. Elle est due à la présence de dépôts anormaux de protéines à l'intérieur des neurones. Ce sont ces dépôts appelés corps de Lewy.

Elle se caractérise par un **déclin cognitif progressif** avec un retentissement sur le fonctionnement social et les activités de la vie quotidienne. Il y a une prédominance des troubles attentionnels, une perturbation des fonctions fronto-sous-corticales et visuo-spatiales. La mémoire est peu altérée en début de maladie.

Nous pouvons retrouver une fluctuation dans les aptitudes cognitives avec une attention et une vigilance variables, des **hallucinations visuelles** fréquentes, précoces et récurrentes, ainsi que des signes moteurs proches de ceux d'un **syndrome parkinsonien** à savoir : la lenteur, la raideur et les chutes. Ainsi les personnes atteintes d'une démence à corps de Lewy ont tendance à chuter de façon répétée. Des troubles du sommeil peuvent apparaître caractérisés par des cauchemars, des nuits agitées et des crampes. Les personnes atteintes peuvent présenter une somnolence diurne excessive, des pertes de connaissance transitoires ainsi que des idées fixes délirantes.

Son évolution est plus rapide que celle de la maladie d'Alzheimer, principalement par la présence de signes moteurs.

Démence fronto-temporale :

Comme son nom le sous-entend, elle comporte une atteinte de la région frontale ainsi qu'une atteinte de la région temporale, toutes deux visibles au scanner, IRM¹⁶ ou scintigraphie cérébrale. Elle a été découverte au début du XXème siècle par A. Pick. Elle peut aussi être nommée démence lobaire fronto-temporale. Elle débute généralement autour de 55-60 ans.

D'après le DSM IV, nous retrouvons des **troubles comportementaux** précoces et prédominants, de type négligence physique et des convenances sociales, conduite désinhibée, rigidité mentale et inflexibilité, hyperoralité, conduites stéréotypées et persévératives, impulsivité et perte précoce de la conscience des troubles. Ainsi que des **symptômes affectifs** tels que dépression, anxiété, sentimentalité, idées fixes, idées suicidaires, idées fausses ou indifférence émotive, manque d'empathie et sympathie, apathie, amimie sont aussi présents. En ce qui concerne les **troubles du langage**, nous pouvons noter une réduction progressive langagière, stéréotypies verbales, écholalies et persévérations, mutisme plus tardivement.

Il existe également des signes physiques, avec précocement des réflexes archaïques et des troubles des conduites sphinctériennes, et plus tardivement une akinésie, de l'hypertonie et des tremblements. Toutefois, l'orientation spatiale et temporelle est préservée.

Le premier signe de la démence fronto-temporale étant un trouble du comportement et de la personnalité, cela permet de poser le diagnostic différentiel avec la maladie d'Alzheimer qui débute par un trouble de la mémoire.

Démences associées à la Maladie de Parkinson :

Précocement, il apparaît que les personnes atteintes présentent des difficultés de concentration, **ralentissant les fonctions intellectuelles** élaborées, mais sans retentissement majeur sur le quotidien. Ce sont généralement 20% à 30% des personnes âgées ayant une maladie de Parkinson invalidante qui évolue vers une démence. Dans ce cas, on note la prédominance d'une **apathie sévère**, de **troubles de la concentration** et un **ralentissement idéique**, ayant un retentissement sur le quotidien.

Il en existe également d'autres : la démence sémantique, l'atrophie lobaire sans démence initiale, la paralysie supra-nucléaire progressive, la maladie ou chorée de Huntington, les dégénérescences cortico-basales et les atrophies multi-systématisées.

¹⁶ Imagerie par Résonance Magnétique

J'ai choisi de ne pas développer ces démences dans le sens où je ne côtoie pas de personnes présentant ce type de pathologie sur mon lieu de stage.

- Démences non dégénératives :

Ces démences sont plus rares et dues à des processus vasculaires, infectieux, inflammatoires, éthyliques, carenciels ou autres. Elles sont caractérisées par une **perte d'autonomie**, suite à l'accumulation de lésions de régions cérébrales intervenant dans des fonctions cognitives ou comportementales.

Démences vasculaires :

Ces démences sont **rare**s : elles représentent 2 à 3% des cas de démences. Le début est **brutal** et elles regroupent l'ensemble des **démences secondaires** à une ou plusieurs lésions cérébro-vasculaires (infarctus, ischémie, hématomes cérébraux, AVC). L'accumulation de ces lésions vasculaires entraîne une désorganisation des réseaux neuronaux cognitifs et comportementaux sans syndrome amnésique tel que celui décrit dans la maladie d'Alzheimer. Ces lésions accélèreraient le processus démentiel.

Il existe des facteurs de risque de cette démence, que sont l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme, le cholestérol, les maladies cardiaques.

Nous notons l'apparition de **déficits cognitifs multiples** tels qu'une altération de la mémoire (apprendre des données nouvelles ou se rappeler des informations antérieures), ainsi que l'**aphasie**, l'**apraxie**, l'**agnosie** et des **perturbations des fonctions exécutives**. Ces altérations ont un retentissement important sur le fonctionnement social ou professionnel et représente un déclin significatif par rapport à l'état antérieur.

Vignette clinique :

M. R, 61 ans, a eu un accident vasculaire cérébral, ce qui a conduit à une hémiparésie gauche avec séquelles cognitives et perte d'autonomie. Il présente d'importants troubles du langage mais peut dire oui ou non. La quasi-totalité des activités de la vie quotidienne nécessite une prise en soin par les soignants. Avant l'âge de la retraite, ce monsieur contraint par sa pathologie, a été placé en institution puisqu'il n'avait plus la capacité nécessaire pour vivre seul.

Démences alcooliques :

Ce type de démence est dû à la prise chronique d'alcool, aboutissant parfois à une **amnésie sévère** appelée syndrome de Korsakov. L'apparition peut donc être progressive ou brutale. Toutefois, l'arrêt de la prise d'alcool est insuffisant pour penser guérir ces patients mais indispensable pour éviter une amnésie plus grave ou d'autres complications liées à la prise d'alcool. En imagerie cérébrale, nous observons une atrophie cérébrale. Une maladie d'Alzheimer peut s'ajouter à ce type de démence.

Il existe également l'hydrocéphalie chronique de l'adulte et la maladie de Creutzfeldt Jacob, non développées pour les raisons évoquées précédemment.

b) La localisation

On peut décrire trois types de démences en fonction de leur localisation :

- Démences corticales:

Ces démences sont généralement dégénératives. Elles correspondent à une atteinte progressive mnésique ainsi qu'un syndrome aphaso-apraxo-agnosique. On retrouve la maladie d'Alzheimer et la démence fronto-temporale.

- Démences sous corticales :

Elles peuvent être d'origine dégénérative ou vasculaire. Elles sont généralement associées à des signes extrapyramidaux et caractérisées par un ralentissement idéatoire important ou bradypsychie. On décrit ainsi la démence parkinsonienne, la paralysie supra-nucléaire et la chorée de Huntington.

- Démences cortico-sous-corticales :

Elles sont à la fois corticales et sous-corticales, dégénératives ou vasculaires et associent syndrome démentiel et signes moteurs sous-corticaux. On retrouve la démence à corps de Lewy et les démences vasculaires.

Nous nous intéressons à présent à la maladie d'Alzheimer, qui représente la démence la plus connue du grand public.

III. Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer apparaît comme la démence la plus médiatisée et la plus fréquente chez la population vieillissante. Ainsi, après un bref historique, je développerai ses caractéristiques ainsi que les plans d'aide mis en œuvre.

A. Historique de la maladie d'Alzheimer

Il semblerait que Ptah-Hotep, vizir du pharaon Djedkarê-Isési (2 414- 2 375 av. J-C) avait décrit la maladie d'Alzheimer en disant « *L'esprit s'efface, sans se souvenir du jour précédent* ». En effet, le vieillissement naturel cérébral n'entraîne pas chez un sujet âgé, la perte du souvenir du jour précédent. Seul le vieillissement pathologique peut provoquer cet oubli.

Ce n'est qu'en 1906, qu'Aloïs Alzheimer, neuropsychiatre allemand, a pu observer au microscope le cerveau d'une de ses patientes, Auguste D., atteinte de démence. A cette époque, la démence ou le « gâtisme » étaient considérés comme l'issue naturelle du vieillissement. A. Alzheimer avait alors décrit deux types de lésions au niveau du cortex cérébral, caractéristiques de la maladie d'Alzheimer, à savoir les plaques séniles et les dégénérescences neurofibrillaires. Par la suite, l'appellation de « maladie d'Alzheimer » est donnée à cette atteinte cérébrale par Emil Kraepelin, psychiatre allemand, professeur et ami d'Aloïs Alzheimer, dans le *Traité de psychiatrie clinique*.

De fait, nous pouvons nous demander quels sont les caractéristiques de la maladie d'Alzheimer.

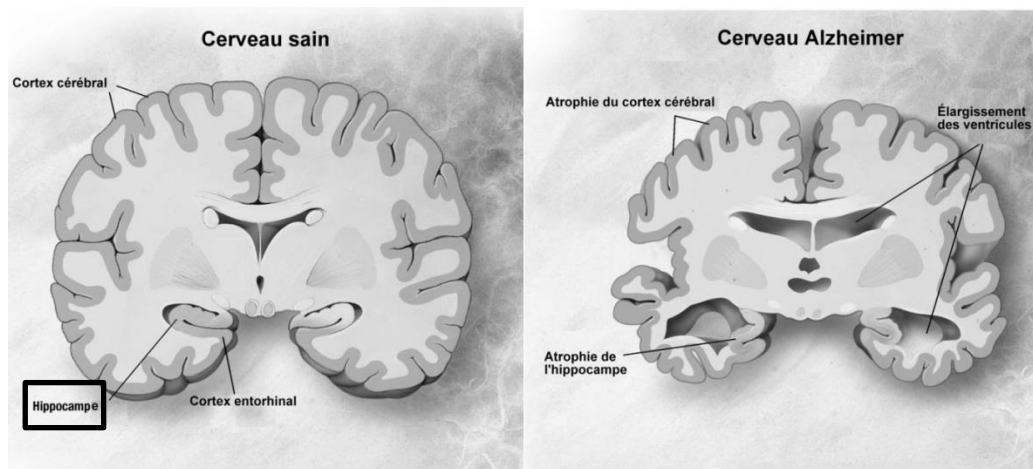
B. Caractéristiques

Dans le langage courant, nous associons la maladie d'Alzheimer à une « maladie de la mémoire ». En effet, ce qui caractérise cette maladie est avant tout l'atteinte de la mémoire et ce qui alerte généralement l'entourage, sont les plaintes de ces troubles mnésiques.

*Bernard Croisile*¹⁷ définit la maladie d'Alzheimer comme une « *maladie dégénérative du cerveau dans laquelle l'altération et la disparition des neurones concernent progressivement l'ensemble des régions cérébrales impliquées dans les fonctions intellectuelles et comportementales.* »

¹⁷ CROISILE B., La maladie d'Alzheimer.

L'atteinte première de cette maladie est celle des régions de la mémorisation, à savoir le système hippocampique, ce qui explique qu'elle débute par des plaintes et des troubles de la mémoire.



De plus, cette maladie constitue une pathologie grave et fréquente, aux lourdes conséquences pour le patient mais aussi pour son entourage. Ce dernier se trouve dans l'obligation d'assumer la prise en charge de son parent. Elle reste sous-diagnostiquée (seulement 33% des patients sont diagnostiqués au stade précoce de la maladie¹⁸). Elle est coûteuse, tant sur le plan familial que social.

De fait, qu'en est-il de cette pathologie au niveau anatomique ?

C. Anatomopathologie

Comme dit plus haut, Aloïs Alzheimer a décrit deux types de lésions cérébrales pour ce type de démence, à savoir les plaques séniles et la dégénérescence neurofibrillaire.

Les **plaques séniles** ou **plaques amyloïdes** se forment entre les neurones. Elles correspondent au dépôt d'une substance nommée « amyloïde ». Elles sont constituées de fragments de protéines bêta-amyloïdes, issues de la dégradation de la Protéine Précurseur Amyloïde ou APP. Cette substance amyloïde se révèle être toxique pour les neurones environnants et de fait, ces plaques provoquent une réaction inflammatoire neurotoxique entraînant ainsi la mort neuronale.

¹⁸ CROISILE B., Tout sur la mémoire

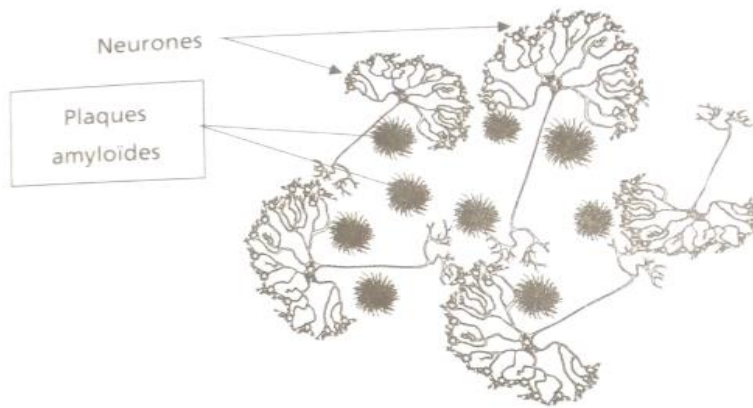


FIGURE 1 : LES PLAQUES AMYLOÏDES ENTRE LES NEURONES
SUR UNE COUPE DE CERVEAU

19

Les **dégénérescences neurofibrillaires** résident à l'intérieur des neurones. En effet, les neurones touchés sont envahis d'amas anormaux de fibrilles en hélice dont le constituant majeur est une protéine tau hyperphosphorylée. Chez un sujet sain, les protéines tau permettent de stabiliser les microtubules des filaments neuronaux et ont un rôle dans le transport intracellulaire de messages biochimiques. Mais dans la maladie d'Alzheimer, ces amas anormaux altèrent l'architecture et le fonctionnement des neurones.

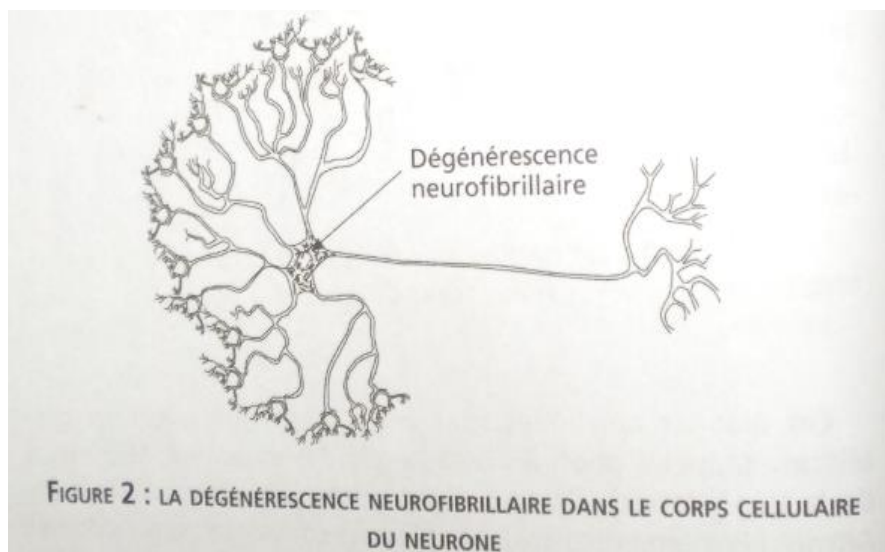


FIGURE 2 : LA DÉGÉNÉRESCENCE NEUROFIBRILLAIRE DANS LE CORPS CELLULAIRE
DU NEURONE

20

Ces deux types de lésion entraînent la mort progressive des neurones, dans un processus lent. L'atteinte envahit en premier lieu les régions cérébrales dédiées aux fonctions cognitives et comportementales. Ces régions sont les hippocampes²¹ et les amygdales²², d'où la

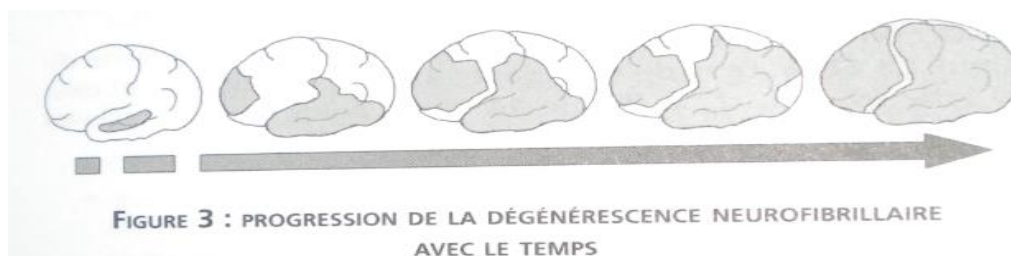
¹⁹ Schéma issu de La Maladie d'Alzheimer, d'E. MARSAUDON.

²⁰ Ibid.

²¹ L'hippocampe est une structure cérébrale appartenant au système limbique, jouant un rôle important dans la mémoire verbale et visuelle (stockage des informations, mémorisation, organisation spatiale et

correspondance avec les troubles de la mémorisation d'informations nouvelles présents en début de maladie.

Elles recouvrent alors progressivement le cortex frontal puis l'ensemble des aires cérébrales.



23

D. Manifestations cliniques

Auparavant nous avons vu que la maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative et résultant de l'atteinte progressive des fonctions intellectuelles et comportementales chez un sujet.

Les premiers troubles observables sont ceux de la mémoire. Cette atteinte est précoce et sévère. Ils débent généralement par la plainte de l'ainé de ses oublis fréquents. Toutefois, il faut bien distinguer ces plaintes qui restent subjectives des troubles mnésiques avérés et aussi différencier ces plaintes de celles dues à la sénescence.

J'ai choisi de présenter les manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer en fonction de la description de *B. Croisile* qui évoque cette pathologie comme une amnésie en trois temps.

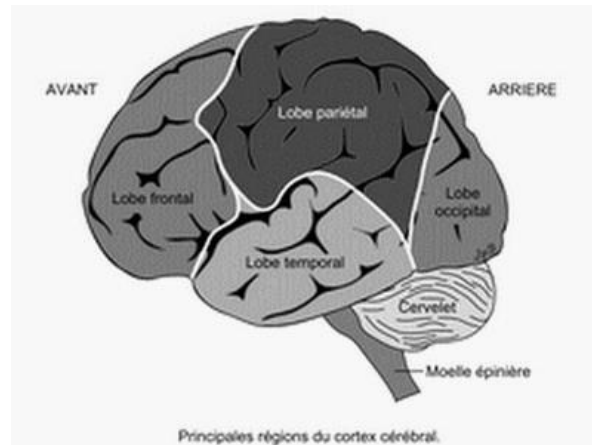
Il parle d'un premier temps qui correspondrait à l'**amnésie du présent personnel**. Dans ce cas, le sujet présente une atteinte des régions temporales internes (hippocampes). De fait ces aînés ont des difficultés précoces d'apprentissage et de consolidation des épisodes vécus récemment. Cette phase compliquant la consolidation et le stockage des informations nouvelles, le sujet aura du mal à récupérer ces informations jusqu'à ne plus pouvoir du tout.

topographique). L'hippocampe se situe dans les régions temporales internes du cerveau, sur chaque hémisphère. Dans la maladie d'Alzheimer, il diminue d'environ 25% de son volume et traduit une capacité à apprendre de nouvelles informations tout en préservant les données mémorisées dans le passé.

²² L'amygdale est une structure cérébrale faisant partie du circuit amygdalien, qui joue un rôle important dans la mémorisation des informations du monde intérieur, tels que les sentiments et les émotions. C'est un noyau pair, se situant en avant de l'hippocampe.

23 Ibid.

Ces personnes-là auront tendance à reposer la même question plusieurs fois de suite, parce que la réponse n'arrive pas à être stockée. A ce stade, les sujets présentent encore un jugement intact.



Le second temps correspond à l'**amnésie du passé spécialisé**. Les lésions cérébrales envahissent les régions cérébrales responsables des fonctions élaborées. Nous pouvons observer :

- une atteinte temporale qui entraîne des troubles de la mémoire mais aussi des troubles du langage avec la perte de mots. Le sujet devient de moins en moins cohérent.
- une atteinte pariétale qui crée une altération des gestes élaborés et des troubles de l'orientation topographique autant dans un lieu familier qu'inconnu.
- une atteinte frontale qui provoque des troubles du comportement (tels que l'irritabilité, la dépression, l'apathie, l'indifférence, la perte des convenances sociales) et des fonctions exécutives (cohérence, raisonnement, jugement, planification, stratégie). Dans ces cas, les actes de la vie quotidienne sont perturbés pour ces personnes malades.
- une atteinte occipitale qui est source de perturbations dans l'identification visuelle des objets c'est-à-dire que les personnes ne reconnaissent plus les objets (par exemple, le sujet peut ne pas savoir ce qu'est une fourchette et de fait, ne pas savoir s'en servir). Nous pouvons parler d'agnosie.

Le dernier temps serait celui de l'**amnésie du passé personnel**. Les lésions envahissent de manière diffuse la totalité du cortex cérébral où se trouvent l'ensemble des souvenirs personnels ou culturels du sujet. B. Croisile ajoute que « *le passé disparaît et sa dissolution progressive entraîne avec lui ce qui constitue l'essence de l'identité de la personne* ». De plus, la dépendance progressive qui apparaît chez ces patients n'est pas directement liée à l'amnésie mais ce sont l'incohérence et les troubles du raisonnement ou du jugement qui

rendent difficile la réalisation des activités quotidiennes, par rapport à un fonctionnement antérieur efficient du sujet.

A cela, j'ajouterai que les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer présentent également des troubles des fonctions symboliques (ce sont les images mentales, l'imitation, le jeu, le langage, et le dessin), des troubles moteurs, des troubles des fonctions exécutives, des troubles psychocomportementaux ainsi qu'une anosognosie (c'est-à-dire la non conscience de ses propres troubles). Nous retrouvons également le « syndrome des trois A » avec une aphasie, une apraxie et une agnosie. De plus, les sujets atteints de cette pathologie, ont une prosopagnosie qui constitue un trouble de la reconnaissance des visages.

« La maladie d'Alzheimer n'est donc pas seulement une maladie de la mémoire mais c'est aussi une maladie du raisonnement, de la cohérence, de la communication, de la personnalité et du comportement.²⁴ »

De plus et contrairement au vieillissement naturel, la maladie d'Alzheimer entraîne un **handicap majeur** pour la personne atteinte.

Ainsi, ont été répertoriés des facteurs de risque mais il existe également des facteurs protecteurs.

E. Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs

Les facteurs de risques sont de nature diverse :

- Le premier est l'**âge** (c'est-à-dire le vieillissement chronologique) et non le vieillissement lui-même (c'est-à-dire l'usure des structures cérébrales).
- Le second facteur de risque est le genre **féminin** ; en effet, les femmes sont plus facilement atteintes que les hommes (sex ratio : 2 femmes pour 1 homme).
- Un **faible niveau scolaire et socioculturel** et l'absence d'entretien intellectuel semble favoriser la survenue de la maladie d'Alzheimer.
- Les **antécédents familiaux et héréditaires** peuvent également faciliter la survenue de la pathologie mais ces formes héréditaires restent très rares.
- Le **diabète** de type II qui entraînerait des dommages au niveau des vaisseaux sanguins (problème d'assimilation du glucose).
- La **trisomie 21** faciliterait la détérioration des cellules nerveuses vers 50 ans.

²⁴ B. Croisile, *La maladie d'Alzheimer : Identifier, comprendre et accompagner.*

- Les **traumatismes** subit à la tête et notamment les commotions à répétition.
- Ainsi que : les inflammations chroniques (arthrite), le cholestérol, la dépression, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension artérielle, le stress, l'obésité et le manque d'exercice physique.

Il existerait également des facteurs protecteurs tels que :

- Le haut niveau socio-éducatif,
- Le style de vie cognitivement stimulant,
- Le régime méditerranéen et une consommation modérée d'alcool,
- Le traitement des facteurs cardio-vasculaires,
- L'exercice physique régulier.

Par conséquent, ont été mis en place divers plans d'aide pour cette pathologie.

F. Les plans Alzheimer

La maladie d'Alzheimer constitue un problème de Santé Publique. De fait, ont été créés trois plans « Alzheimer et maladies apparentées ».

Le premier plan date de 2001-2004. Il est à l'origine des « centres de consultations mémoire » et des « centres mémoire de ressources et de recherches ». Il a permis la mise en place de l'allocation personnalisée autonomie ou APA et a fait la promotion des accueils de jour, des centres locaux d'informations et de coordinations gérontologiques ainsi que l'aide des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Il était composé de six grands axes qui sont :

- Identifier les premiers symptômes et orienter,
- Structurer l'accès à un diagnostic de qualité,
- Préserver la dignité des personnes,
- Soutenir et informer les personnes malades et leurs familles,
- Améliorer les structures d'hébergement et les renforcer,
- Favoriser les études et la recherche clinique.

Le second plan est celui de 2004-2007 qui fut instauré dans la continuité du précédent et dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes. Il a permis que la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées soient considérées comme des affections de longue durée (prise en charge à 100% par la sécurité sociale). Ce plan est également à l'origine de la

création de nouveaux centres de consultations mémoire, d'unités de vie et de structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. Il a permis le développement de l'axe sur la recherche pour la maladie d'Alzheimer. Pour celui-ci, dix objectifs ont été posés :

- Reconnaître la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées comme une maladie à part entière et promouvoir le respect de la personne malade,
- Anticiper les besoins des malades et des familles et faciliter l'adaptation de l'offre aux besoins,
- Faciliter le diagnostic précoce et sa qualité afin de ralentir l'évolution de la maladie et de prévenir ses complications,
- Mettre en place une politique d'accompagnement renforcée pour les malades à un stade précoce et les familles,
- Mieux accompagner les malades qui vivent à domicile,
- Adapter les établissements d'hébergement pour personnes âgées pour prendre en compte la spécificité de cette maladie,
- Développer la formation des professionnels et aider les bénévoles,
- Faciliter la prise en charge des malades en situation de crise,
- Prendre en compte la spécificité des patients jeunes,
- Favoriser les études et la recherche clinique.

Le troisième plan « Alzheimer et maladies apparentées » de 2008-2012 s'articule autour de trois axes qui sont :

- Santé : améliorer la qualité de vie des malades et de leur famille,
- Recherche : mieux connaître la maladie pour agir,
- Solidarité : se mobiliser pour un enjeu de société.

Ce plan présente onze objectifs comportant 44 mesures dans le but de favoriser la prise en charge des personnes malades et des aidants mais aussi participer à la recherche et favoriser un diagnostic plus précoce. Ce plan a permis la création des « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades » ou MAIA.

Pour conclure, en fonction du stade de la maladie d'Alzheimer auquel se situe le sujet, correspondront diverses atteintes. Ainsi, nous pouvons décrire trois stades avérés de la maladie d'Alzheimer : un stade léger essentiellement représenté par les oublis, et donc une atteinte de la mémoire à court terme, un stade modéré marqué par l'aggravation des déficits cognitifs et une altération dans les activités de la vie quotidienne, et un stade sévère où nous

retrouvons principalement des troubles psychocomportementaux, ainsi qu'une dépendance totale pour les actes de la vie quotidienne.

Nous constatons également que le début de la démence est marqué par une atteinte au niveau de l'hippocampe (centre de la mémorisation) puis progressivement se développe sur l'ensemble du cortex cérébral (région frontale – régions pariétale et temporale – région occipitale).

Je vais exposer maintenant comment la démence peut atteindre le sujet dans sa représentation et son vécu corporel.

Chapitre 2 : La conscience corporelle

I. La conscience corporelle dans le développement

Afin d'aborder la conscience corporelle, je vais dans un premier temps, m'intéresser à la construction de l'individu et notamment au développement sensori-moteur de l'enfant. Je vais ensuite vous décrire, comment se construit l'individu au niveau de ses limites corporelles, en abordant le schéma corporel et l'image du corps.

A. La construction de l'individu

Dans cette partie, je parlerai du développement sensori-moteur de l'enfant selon la théorie de J. Piaget puis du concept de Moi-peau selon D. Anzieu, tous deux étant fondamentaux à la construction psychocorporelle de l'individu.

a) Le développement de l'intelligence selon J. Piaget

Jean Piaget est l'un des premiers théoriciens à avoir développé la notion d'intelligence. Selon lui, il existe une continuité, une sorte de transition, entre les structures biologiques en interaction avec leur environnement et les structures psychologiques du sujet. De plus, pour Jean Piaget, le sujet se construit par et dans l'action.

Afin de décrire le développement intellectuel de l'enfant, il propose une théorie unidimensionnelle du développement c'est-à-dire qu'il décrit trois grandes étapes dans ce développement, qui sont des stades successifs par lesquels chaque enfant se construit, chaque enfant passant par ces mêmes stades. Il développe également l'idée qu'à chaque stade, l'enfant acquiert des compétences et qu'à ces dernières, s'en rajoutent des nouvelles.

Nous retrouvons :

- **Le stade sensori-moteur :**

Ce stade se déroule pendant la période qui s'étend de la naissance à 2 ans.

Ce stade fait référence à l'intelligence sans pensée, sans représentation, sans concept, sans symbolisation et donc sans langage. L'enfant est alors égo-centré et dans un fonctionnement réflexe.

Nous pouvons observer la construction conjointe de l'objet et du Moi de l'enfant. A ce stade, l'enfant est dans l'indifférenciation du Moi et du non-Moi. Progressivement, il va se

décentrer et prendre conscience du monde extérieur dans lequel il se situe. Ceci va l'amener à faire la différence Moi / non-Moi.

Au travers de sa motricité réflexe, l'enfant va pouvoir expérimenter, d'abord par hasard, des combinaisons motrices qui vont permettre la mise en place de schèmes plus complexes. Pour *J. Piaget*, le schème est « *l'élément principal de la logique sensori-motrice* »²⁵. Il le définit comme une « *structure ou organisation des actions, telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues* »²⁶. Le schème moteur permet alors à l'enfant de prendre des habitudes motrices sans passer par la pensée ni la représentation.

La construction de ces schèmes passe par ce que *J. Piaget* appelle les **réactions circulaires** qui sont au nombre de trois : les réactions circulaires primaires (expériences dirigées sur le corps propre), secondaires (les expériences sont réalisées sur les objets extérieurs) et tertiaires (expériences intentionnelles vers la recherche de satisfaction).

Tout cela permet d'aboutir à la constitution de l'intelligence sensori-motrice de l'individu où nous notons le passage de schèmes-moyens à des schèmes-buts, sous-tendus par la représentation. Ainsi, pendant cette période, l'enfant commence à mettre en relation les objets et les actes. Progressivement, il distingue les moyens des fins et donc, se rend compte des résultats qu'il obtient.

Au terme de la période sensori-motrice, l'enfant a pu intérioriser des expériences vécues au départ par hasard, et il est alors en capacité de comprendre de façon immédiate (ou « insight ») dans certaines situations.

Nous observons alors la décentration progressive de l'enfant et le développement de la fonction symbolique.

²⁵ B. GOLSE, *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Ed. Masson, 3^{ème} édition, Paris, 2000. Page 180

²⁶ Ibid.

- Le stade pré-opératoire et des opérations concrètes :

Cette période s'étend de 2 à 11 ans. Elle est marquée par l'apparition de la fonction symbolique et de l'accès à la représentation autour de 2 ans. Ainsi, l'enfant se détache peu à peu de l'action.

J. Piaget a décrit des sous-stades à cette période, qui sont :

- L'intelligence symbolique ou pré-opératoire qui va de 2 à 6/7 ans : l'enfant est dit dans un égocentrisme intellectuel c'est-à-dire que sa pensée est intuitive et s'appuie sur la perception.
- Le stade des opérations concrètes qui s'étend de 7 à 11/12 ans : l'enfant acquiert la réversibilité de la pensée ainsi il peut classer et sérier. Son intelligence devient plus concrète que précédemment. L'enfant est alors sorti de son égocentrisme.

- Le stade des opérations formelles :

Il se situe entre 11/12 et 16 ans.

Apparaissent chez l'adolescent un raisonnement hypothético-déductif et une pensée formelle. Il s'appuie sur du concret, du possible et de l'abstrait.

Je vais maintenant aborder la théorie de *D. Anzieu* sur la constitution du Moi-peau, base du sentiment de contenance psychique de l'individu et essentielle pour la constitution de son schéma corporel.

b) Le concept d'enveloppe et de peau

Avant Didier Anzieu, Sigmund Freud a employé le terme d'**enveloppe** dans le remaniement de ses conceptions de la topique psychique mais, laisse cette notion en suspens. Par la suite, c'est Esther Bick qui reprend cette notion en employant le terme de « peau psychique ». Enfin D. Anzieu emploie quelques années après, le terme de « Moi-peau ».

- S. Freud :

En reprenant les travaux de *S. Freud*, *D. Anzieu* évoque que l'enveloppe serait une interface, une surface fermée comme sur le modèle de la sphère. *S. Freud* considère que l'enveloppe et la membrane sont synonymes. C'est la couche superficielle qui sert de **pare-excitation**.

- Esther Bick :

E. Bick parle de « **peau psychique** ». Selon elle, c'est l'introjection d'un objet externe dit optimal qui permet de créer cette fonction de contenance. Cet objet optimal est le sein maternel. Il doit s'accompagner d'un portage contenant, d'un bain de paroles et d'une enveloppe olfactive. Cet objet optimal est éprouvé comme une véritable peau. Toutefois, les perturbations de l'introjection de cet objet conduisent à la formation d'une « seconde peau » qui, selon E. Bick, serait un « *substitut d'un contenant-peau défailant* »²⁷. Elle démontre que la qualité du nourrissage représente une expérience primordiale du rassemblement à l'intérieur d'une peau. « *La jonction entre les différentes modalités sensorielles, entre le portage, l'enveloppement, le bain de paroles et la plénitude interne, donne au bébé un sentiment moïque primaire, pourrait-on dire, un sentiment d'être.* »²⁸

- Didier Anzieu :

D. Anzieu utilise le terme de **Moi-peau** pour parler d'enveloppe psychique. Il le définit comme étant « *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. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu sur le plan figuratif.* »²⁹ En effet, c'est à la fois au travers des expériences sensori-motrices vécues par l'enfant dans le portage avec l'objet maternant et de la qualité de ce portage, que l'enfant va pouvoir développer un sentiment de contenance, d'enveloppe à la fois corporelle et psychique, c'est-à-dire le Moi-peau.

Par ailleurs, D. Anzieu nous dit que « *l'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base.* »³⁰ De fait, le Moi-peau va permet l'émergence de la pensée.

Il s'étaye sur diverses fonctions de la peau dont trois essentielles, qui sont les suivantes :

- la fonction de sac c'est-à-dire que la peau « *contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés* » ;
- la fonction d'interface qui délimite le dedans et le dehors et maintien ce dernier à l'extérieur. C'est une barrière protectrice contre les agressions externes ;

²⁷ <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-81.htm>

²⁸ Ibid.

²⁹ D. ANZIEU, Le Moi-Peau, Ed. Dunod, Paris, 1995, page 61.

³⁰ Ibid.

- la fonction de surface qui permet d'entrer en communication avec autrui et d'établir des relations significatives.

D. Anzieu ajoute que la peau présente une importance capitale : « *elle fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions.* »³¹ Toutefois, **la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique mais elle présente également une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter et de mettre en relation.** Elle présente un rôle crucial dans la relation à l'autre par ses propriétés sensorielles et ainsi, « *le Moi se constitue d'abord à partir de l'expérience tactile.* »³² **La sensorialité est alors organisatrice du Moi mais aussi de la pensée.**

D'autre part, cette enveloppe psychique présente deux couches distinctes :

- une couche externe qui est périphérique, dure et rigide. Elle est tournée vers le monde extérieur, sert d'**écran** aux stimulations externes et protège la réalité psychique. C'est le « **pare-excitant** » de *S. Freud*. Celui-ci est régi par le principe de plaisir/déplaisir. D. Anzieu dit qu'il est dissymétrique parce qu'uniquement tourné vers l'extérieur.
- une couche interne qui est plus mince, souple et sensible aux signaux sensoriels et kinesthésiques (bain sensoriel). Elle a une fonction d'inscription des traces mnésiques. Cette pellicule présente une double face : l'une tournée vers le monde intérieur et l'autre vers le monde extérieur ; elle constitue alors une **interface** séparant et mettant en relation ces deux mondes. C'est donc une structure symétrique.

La couche externe est également appelée « **enveloppe d'excitation** » et la couche interne, « **enveloppe de communication ou de signification** ». Ces deux enveloppes constituent une unique membrane qui, en fonction des personnes et des circonstances, seront plus ou moins articulées et différenciées.

D. Anzieu décrit huit fonctions du Moi-peau qu'il articule avec les fonctions du Moi-pensant. Je n'en citerai que six qui me paraissent être les plus en lien avec ma problématique.

Tout d'abord, *le Moi-peau présente une fonction de maintenance ou de consistance du psychisme*. Comme la peau soutient le squelette et les muscles, le Moi-peau assure la fonction de maintenance du psychisme. Cette fonction résulte de l'intériorisation du **holding maternel** de *D.W. Winnicott*, c'est-à-dire la façon dont l'enfant est porté par l'objet maternant. Ainsi,

³¹ Ibid. Page 119.

³² Ibid. Page 120.

par la répétition de ces temps de portage et leur qualité, le parent apporte un appui externe au bébé qui va lui permettre d'avoir un appui interne solide, à savoir l'axe vertébral.

Le Moi-peau assure une fonction contenantante au psychisme. En effet, la peau recouvre l'ensemble du corps et en parallèle, le Moi-Peau exerce cette fonction de contenance de l'appareil psychique. Elle fait référence au **handling maternel** de *D.W. Winnicott*. C'est-à-dire qu'au travers des soins corporels, aux jeux corporels, aux bains sonores, aux bains de paroles, aux accordages toniques réciproques, aux écholalies et échopraxies, le parent permet à son enfant d'acquérir une enveloppe pour son appareil psychique ainsi qu'une représentation de son Moi-Peau. La sensation d'une peau-sac est éveillée par l'ensemble de ces soins corporels et au travers du dialogue tonico-émotionnel, l'objet maternant peut mettre du sens sur les émotions et les sensations de son enfant. Pour D. Anzieu, « *La peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique* »³³. Le Moi-peau est comparé à l'« écorce » qui contient les pulsions du Ça qui serait alors le « noyau ». « *Cette complémentarité de l'écorce et du noyau fonde le sentiment de la continuité du Soi* »³⁴.

La fonction de constance du Moi-peau est une fonction protectrice contre les stimuli et agressions externes. Elle est dite « **pare-excitante** », en référence aux travaux de S. Freud. Tant que l'enfant n'aura pas trouvé un étayage suffisant sur sa propre peau pour assumer cette fonction de constance, la mère servira de pare-excitation auxiliaire à son enfant. En effet, au début de la vie, le nourrisson et l'objet maternant sont des entités confondues puisque l'enfant ne différencie pas le Moi du non-Moi. Le Moi de la mère vient pallier le Moi de l'enfant qui n'est pas encore structuré.

La fonction d'individuation du Moi-peau s'origine dans les différences liées à la peau. En effet, chaque individu présente une peau qui lui est propre avec une couleur, une odeur, une texture,... spécifique à chacun. A travers cette fonction d'individuation du Soi, le Moi-peau confère le sentiment d'être un être unique.

La fonction d'intersensorialité du Moi-peau. Nous pouvons retrouver diverses appellations de cette fonction : fonction de correspondance ou de consensualité du Moi-peau. Comme la peau est une surface présentant des cavités qui contiennent les organes des sens, en parallèle, le Moi-peau est une surface psychique qui relie les diverses sensations de

³³ Ibid., page 124.

³⁴ Ibid., page 125.

l'enveloppe tactile. Cette surface constitue la toile de fond de ces différentes sensations qui permet la mise en place d'interconnexions sensorielles. D'après D. Anzieu, ces expériences sensorielles aboutiraient à la constitution d'un « sens commun ».

La fonction de signifiance et d'inscription des traces sensorielles tactiles du Moi-peau ou fonction de pictogramme pour P. Castoriadis-Aulagnier. La peau, par l'intermédiaire des organes de sens tactiles, procure des informations issues du monde extérieur. Celles-ci peuvent être recoupées avec les informations du « sens commun ». Cette fonction du Moi-peau va être renforcée par l'action de l'environnement maternel au travers de l'**object presenting** ou « la présentation de l'objet » de *D.W. Winnicott*. C'est-à-dire qu'en étant présent au bon moment, l'objet maternant permet à l'enfant d'expérimenter la toute-puissance et donc l'illusion qu'il crée l'objet. Le Moi-peau est alors le garant, le « parchemin originaire » des traces cutanées.

En conclusion, le Moi-peau bien qu'étant un élément essentiel à la constitution de l'individu et de son sentiment de peau, d'enveloppe et de contenance psychique, apparaît comme un concept « virtuel » sur lequel l'enfant s'appuie pour se construire. Toutefois, le Moi-peau reste un concept de l'ordre d'une construction symbolique et fantasmatique du sujet. Ce qui est également essentiel pour le développement de l'enfant, c'est la nature de la relation qu'il entretient avec ses parents mais aussi la qualité de cette interaction avec son environnement.

Le Moi-peau permet alors la mise en place du schéma corporel et de l'image du corps du sujet.

B. Le schéma corporel et l'image du corps

Je choisis de parler de ces deux notions séparément bien que je sache qu'elles sont interdépendantes. En effet, le schéma corporel ne peut exister sans l'image du corps et inversement : ils sont **intimement liés**.

a) Le schéma corporel

Historiquement, le concept de schéma corporel a été développé par *P. Bonnier* et *H. Head*, en neurologie afin de répondre à des manifestations pathologiques du système nerveux. Le schéma corporel fait référence au corps biologique et physiologique qui se construit en parallèle de la maturation du système nerveux.

En effet, *P. Bonnier* a introduit l'idée d'une représentation topographique du corps en 1833. C'est en 1895, qu'il donne le nom de **schéma corporel** et le définit comme une représentation permanente, une figuration spatiale du corps.

En 1908, *A. Pick* propose la notion d'**image spatiale du corps** établissant une relation entre les sensations perçues dans le corps et les représentations de celui-ci. Cela permet alors de localiser les stimulations. Pour *A. Pick*, le schéma corporel semblerait constituer une interface permettant une relation adaptée aux sensations et à l'environnement.

H. Head en parle comme d'un **modèle postural du corps** c'est-à-dire que le schéma corporel n'est pas une réalité statique mais essentiellement plastique et en perpétuelle construction, confrontée aux afférences sensorielles. Aux travaux de *P. Bonnier*, *H. Head* ajoute la dimension spatiale du schéma corporel.

En psychologie génétique, *H. Wallon* ajoute que **le schéma corporel n'est pas une donnée innée**. « *Le schéma corporel est une nécessité. Il se constitue selon les besoins de l'activité. Ce n'est pas une donnée initiale ni une entité biologique ou psychique. C'est le résultat et la condition de justes rapports entre l'individu et le milieu.* »³⁵ En effet, il se constitue au travers de deux espaces :

- un « espace environnant » c'est-à-dire au travers des interactions avec l'environnement de l'individu (relations avec des objets ou des personnes),
- un « espace postural » qui regroupe les activités sensorielles intéroceptives et proprioceptives.

Ainsi, sa construction passe par la différenciation entre ce qui est de l'ordre du corps propre et ce qui est inhérent à l'environnement extérieur. « *Le schéma corporel est un élément de base indispensable à la formation de la personnalité de l'enfant. C'est la représentation plus ou moins globale, plus ou moins scientifique et différenciée que l'enfant a de son corps* »³⁶.

³⁵ WALLON H., Kinesthésie et image visuelle du corps, Enfance, 1958, p263.

³⁶ LACOMBE J., Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans, Edition De Boeck, 2007, p123.

C'est alors, entre 6 et 12 mois, au cours du stade du miroir, que l'enfant unifie son corps au travers de l'image extérieure du miroir. L'accès à la représentation mentale du corps de l'enfant est marquée par la reconnaissance de cette image comme sienne.

En psychiatrie, *Julian De Ajuriaguerra* nous propose la définition suivante : « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.* »³⁷

En effet, il se transforme, s'adapte et se réinvente constamment et permet ainsi à l'individu d'établir des relations à la fois avec soi, avec autrui et avec l'environnement.

De plus, plusieurs auteurs dont *J. Le Boulch*, *J. De Ajuriaguerra* ainsi que *B. De Lièvre* et *L. Staes* ont développé les notions de corps subi, vécu, perçu et représenté qui sont des étapes du développement du schéma corporel. Je choisis de proposer ce que j'en retiens. Ainsi, je décris ces notions successives :

- Le corps subi : de 0 à 3 mois.

L'enfant "subit" son corps : il présente une **motricité réflexe**, non orientée vers un but. La maturation de la motricité va suivre les lois céphalo-caudale et proximo-distale. Ainsi, par la maturation du système nerveux et la stimulation de l'environnement de l'enfant, celui-ci passe progressivement de cette motricité réflexe à une motricité subjective qui conduira à une motricité volontaire par la suite. De façon concomitante, se développe la fonction tonique de l'enfant. Nous pouvons considérer que l'enfant se situe dans un stade sensoriel archaïque. Par ailleurs, le regard présente un rôle important puisqu'il permet à l'enfant d'investir l'espace environnant.

- Le corps vécu : de 3 mois à 3 ans.

Cette période est caractérisée par un enrichissement sur les plans moteurs et sensoriels. Elle correspond au **stade sensori-moteur** de *J. Piaget*. Le moyen de communication de l'enfant à ce moment-là est au travers de son pôle sensoriel. L'adulte met des mots sur les sensations de l'enfant, c'est ce qui permettra le passage de la sensation à la perception. Nous voyons apparaître à ce stade les premiers apprentissages et connaissances corporelles. A cette

³⁷ AJURIAGUERRA J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Ed. Masson.

période, l'enfant agit en se centrant sur un but à atteindre. Ainsi, les aspects cognitifs et affectifs sont reliés.

- Le corps perçu : de 3 à 7 ans.

L'enfant sort de l'égoïsme. La motricité continue de s'affiner. A cet âge, l'enfant acquiert le jeu symbolique et la latéralité se met en place. Il peut alors acquérir des repères spatiaux et temporels.

Vers 5 ans, l'enfant acquiert la notion de « corps agi » c'est-à-dire qu'il prend conscience de son corps propre, il peut porter son attention sur son corps.

Pour *J. Le Boulch*, à cet âge, l'enfant passe d'une appréhension globale du monde à une organisation analysée des données sensorielles, élaborées. Il peut alors différencier les types de sensations et les localiser.

- Le corps connu ou représenté : de 7 à 12 ans.

L'enfant a une connaissance topologique des parties de son corps : il peut nommer et situer ces différentes parties. La représentation mentale du corps se constitue à cette période. Il peut ainsi mieux représenter ce corps au travers du dessin. Il acquiert également l'efficacité motrice c'est-à-dire qu'il peut s'ajuster toniquement, exécuter des mouvements plus précis, anticiper,... L'enfant prend donc conscience de son corps en mouvement.

Ainsi, nous pouvons définir le schéma corporel comme étant la connaissance « objective », le vécu et la représentation que nous avons de notre propre corps dans sa réalité. Il est considéré comme étant la conscience de soi commune à chacun d'entre nous, structure universelle qui fait que nous nous reconnaissons en tant qu'être vivant appartenant à l'espèce humaine. En effet, chaque être humain présente la même organisation corporelle bien que des différences interindividuelles existent.

Par ailleurs, le schéma corporel se construit sur l'expérience sensori-motrice et se base selon le schéma : **sensation – perception – représentation**. C'est-à-dire que des sensations parviennent à l'individu au niveau corporel. Ces sensations sont des informations captées par des récepteurs et transformées en influx nerveux. Elles peuvent être extéroceptives (sensations issues des organes des sens), intéroceptives (somesthésie végétative) ou proprioceptives (sensibilité profonde du corps à lui-même). Cet influx nerveux est ensuite transmis au système nerveux central. Chaque information sensorielle est traitée indépendamment des autres. Pour

chaque sensation correspond une aire cérébrale spécifique. Ensuite ces informations peuvent être associées afin d'offrir au sujet une perception polysensorielle globale. La perception peut être définie comme la « prise de conscience » de la sensation, c'est un début d'élaboration psychique. Enfin, ces informations vont s'inscrire dans notre mémoire et vont constituer des représentations. C'est-à-dire que même en absence de la sensation, nous pouvons la rendre présente et l'évoquer. La sensation est alors ancrée psychiquement.

Le schéma corporel va ainsi se construire via toutes ces informations issues du corps afin de constituer un schéma de référence, une sorte de mémoire corporelle. De plus, le schéma corporel évolue tout au long de la vie de l'individu en fonction de nos expériences autant sensorielles que motrices. Ainsi, le schéma corporel nous permet d'avoir une connaissance et une représentation de notre corps dans l'espace et dans le temps.

b) L'image du corps

C'est une notion issue de la psychanalyse. On retrouve divers auteurs dont *P. Schilder* qui souligne l'importance de son rôle social, *F. Dolto* qui décrit l'image inconsciente du corps, et *J. Lacan* avec le stade du miroir.

Pour *P. Schilder*, l'image du corps et le schéma corporel sont confondus, peut-être pour montrer leur indissociabilité. En effet, il dit « *le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons l'appeler "image du corps"*.³⁸ »

Il ajoute que « *l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même.* »³⁹ Contrairement au schéma corporel, l'image du corps est unique et propre à chacun. Elle est liée au sujet et à son histoire personnelle.

Par ailleurs, cette image corporelle est en évolution permanente au cours de la vie de l'individu : « *Comme nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-même en constante transformation.* »⁴⁰

En outre, l'image du corps présente un rôle social essentiel. En effet, elle se construit et s'étaye au travers de la relation à l'autre, et notamment lors des relations précoces avec l'objet maternant. En effet, comme le dit *C. Potel*, « *l'image du corps est l'image que l'on se fait de*

³⁸ SCHILDER P. L'image du corps, Ed. Gallimard, 1977, p35

³⁹ SCHILDER P. L'image du corps, Ed. Gallimard, 1977, p35

⁴⁰ Ibid. p36

soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres. »⁴¹

Pour conclure, il semble que P. Schilder tente d'allier modèle neurophysiologique et modèle psychanalytique mais toutefois, les notions de schéma corporel et d'image du corps sont confondues avec celle de « modèle postural du corps ».

F. Dolto parle d'une « **image inconsciente du corps** » parce qu'elle s'est construite à partir de perceptions inconscientes que le sujet peut avoir de son corps.

De plus, elle fait une distinction entre schéma corporel et image du corps bien qu'établissant un lien étroit entre ces notions. Elle définit le schéma corporel comme spécifique à l'espèce humaine et donc partagé entre les individus.

Pour elle, « *l'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. Elle est spécifique d'une libido en situation, d'un type de relation libidinal.* »⁴² Donc l'image du corps est liée à l'histoire personnelle de chacun et dépendante du caractère émotionnel et relationnel de l'individu. Elle la considère comme « la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain ».

Elle est « à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimiques et gestes. »⁴³ Elle constitue une sorte de **mémoire inconsciente du corps en relation**. L'image inconsciente du corps peut alors devenir préconsciente, si elle s'associe au langage verbal et/ou corporel. Elle relève de l'ordre imaginaire et symbolique.

Elle se constitue de l'articulation de trois images :

- L'image de base : elle renvoie à la « **mêmeté de l'être** » et permet au sujet de se sentir exister en continu. Elle fait référence au **sentiment de continuité d'existence** et donc repose sur l'émergence du narcissisme. Celui-ci faisant référence à l'amour porté à l'image de soi-même, qui est essentiel pour la constitution de l'identité.
- L'image fonctionnelle : elle représente « *l'image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir.* »⁴⁴ Elle vise à assouvir les besoins et les désirs de l'individu. Elle constitue le fondement même de notre **identité**.

⁴¹ POTEL C. Etre psychomotricien, Ed. Erès, 2012, p145.

⁴² PIREYRE. E, Clinique de l'image du corps, Ed. Dunod, 2011, p39.

⁴³ Ibid. p38

⁴⁴ Ibid. p40

- L'image érogène : elle est associée à l'image fonctionnelle et au principe de plaisir/déplaisir dans la relation à autrui. Pour *E.W. Pireyre*, elle renvoie à l'**identité sexuée**.

F. Dolto présente une image inconsciente du corps qui se veut **dynamique**. C'est la «*synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images : de base, fonctionnelle et érogène.*»⁴⁵ Elle nous montre le lien étroit qui existe entre l'identité et l'image du corps : **l'image du corps étant à la base de la construction de l'identité du sujet.**

En définitive, pour *F. Dolto*, image du corps et schéma corporel sont **complémentaires** et vont être essentiels pour le développement de l'individu.

D'autre part et successivement à H. Wallon, *J. Lacan* propose le «**stade du miroir**». Celui-ci permet à l'enfant d'acquérir un imaginaire corporel unifié ainsi que la représentation de son corps propre. En effet, l'enfant s'identifie progressivement au reflet qu'il voit dans le miroir. Dans un premier temps, l'enfant prend son image pour un autre réel, il confond alors son image avec l'autre. Ensuite, l'enfant est capable de distinguer que c'est une image qu'il voit dans le miroir et non un autre. Enfin, l'enfant s'identifie à l'image du miroir en reconnaissant cette image comme sienne.

Toutefois, cette fonction ne peut se mettre en place que par la présence d'autrui. Ainsi, la fonction de miroir permet au sujet d'avoir accès à des données sur lui-même et son corps que l'autre lui renvoie. Ainsi, le regard présente un rôle primordial de miroir et notamment dans les premières interactions mère/enfant d'après *D.W. Winnicott*, où l'enfant est reconnu comme un sujet à part entière, quand l'environnement est «*suffisamment bon*»⁴⁶.

Ce stade du miroir permet donc le **développement du « Moi » et la fonction du « Je »** de l'enfant, c'est-à-dire la conscience de soi, supports de l'identité. Ainsi, nous pouvons parler de **processus d'identification** puisqu'en effet, l'enfant s'identifie à l'image qu'il voit dans le miroir. Il acquiert alors son image du corps c'est-à-dire sa propre image comme un tout unifié et différent d'autrui.

En psychomotricité, nous retrouvons notamment *E.W. Pireyre*⁴⁷ qui parle d'une «**image composite du corps**» c'est-à-dire qu'elle présente des sous-composantes. Ainsi, il définit neuf sous-composantes de l'image du corps :

⁴⁵ Ibid. p41

⁴⁶ En référence à D.W. Winnicott

⁴⁷ Ibid.

- **La continuité d'existence** en se basant sur les sensations, les émotions et le dialogue tonique, elle confère un sentiment de sécurité au sujet.
- **L'identité** où sa construction et son maintien sont dépendants de la sensorialité (toutefois, l'environnement est également fondamental). Elle renvoie aux notions de représentation de soi et de conscience de soi,
- **L'identité sexuée**, image érogène pour *F. Dolto*,
- **La peau** à la fois physique et psychique, en s'appuyant sur les travaux de *D. Anzieu* sur le Moi-peau,
- **L'intérieur du corps**,
- **Le tonus** au travers des expériences relationnelles et en référence aux travaux de *H. Wallon* sur le dialogue tonico-émotionnel,
- **La sensibilité somato-viscérale** qui renvoie au schéma corporel pour les neurophysiologistes,
- **Les compétences communicationnelles du corps** ou communications corporelles : le corps dispose de divers canaux de communications tels que les émotions et le tonus. En effet, *A. Damasio* nous dit que « *toutes les émotions utilisent le corps comme leur théâtre* ⁴⁸ ». La communication corporelle est alors liée au dialogue tonico-émotionnel de *H. Wallon* et *J. De Ajuriaguerra*. Ils émettent l'hypothèse que « *les relations entre tonus et émotions sont indissociables, le corps parle face à une situation.* ⁴⁹ » Ce dialogue tonique implique l'ensemble des attitudes, des variations toniques, des mimiques, du regard, ... mais dépend aussi de l'histoire personnelle de chacun.
- **Les angoisses corporelles archaïques** afin de parler des angoisses présentes avant la mise en place du langage et donc de la représentation et qui s'appuient sur le vécu corporel sensoriel.

En tant que psychomotricien, cela nous permet d'avoir une vision plus globale et complète de l'image du corps, dans toute sa dimension somatopsychique.

Pour conclure, l'image du corps et le schéma corporel sont des notions complémentaires bien que distinctes. Ils concourent au développement de l'individu et donc doivent se mettre en place et permettre à l'enfant de construire son identité, de se sentir comme un être « délimité » et différencié mais également semblable à ces pairs. Toutefois, nous pouvons nous demander ce qu'il en est au niveau de l'identité.

⁴⁸ Ibid. p128

⁴⁹ Ibid. p130

C. La construction identitaire du sujet

L'identité est issue de plusieurs disciplines notamment de la psychologie sociale dont je me suis inspirée. Elle constitue un sentiment interne, un ensemble de caractéristiques psychocorporelles propres à un individu. Elle regroupe l'ensemble des traits personnels (les rôles, les valeurs, les croyances,...) qui nous définissent. C'est donc l'« *ensemble de caractéristiques permanentes et fondamentales d'une personne et qui permettent de la différencier des autres* »⁵⁰.

Elle est toujours plurielle puisque constituée de multiples identités (sociale, civile, familiale,...) et forme une unité puisqu'elle représente la somme de toutes les expériences vécues par le sujet.

En psychologie, *G.W. Allport* et *E. Erikson* ont présenté l'identité comme étant articulée à un ensemble de sentiments vécus.

Selon *E. Erikson*, **l'identité n'existe que par le sentiment d'identité**, qui se compose de plusieurs sentiments et processus dont notamment le sentiment subjectif d'unité personnelle, le sentiment de continuité temporelle, le sentiment de différence, les processus d'évaluation par rapport à autrui et les processus d'intégration de valeurs et d'identification.

G.W. Allport ajoute à ces éléments précédents : le sentiment corporel, l'estime de soi, le sentiment de pouvoir raisonner et l'effort central (c'est-à-dire l'intentionnalité de l'être).

Dans les premiers temps de la vie, le nourrisson ne possède pas de sentiment d'identité, il est dans un état d'indifférenciation. « *Le sentiment d'identité nécessite la conscience d'un ensemble de sensations corporelles propres.* »⁵¹. Avec la maturation biopsychologique, l'enfant va pouvoir progressivement prendre conscience de sa propre identité et de son être. Il se distingue alors de l'objet maternant.

« *La constitution du schéma corporel, menant à la conscience du positionnement de son corps dans l'espace, est une phase importante de la constitution du sentiment corporel. C'est l'ensemble de nos sensations qui nous rappellent constamment que 'nous sommes nous'* »⁵². Ainsi, le sentiment d'exister repose sur les informations sensorielles. Le fait de sentir son corps au travers d'un bain sensoriel environnant, permet à l'individu de développer le sentiment de son être matériel.

⁵⁰ <http://www.universcience.fr/fr/lexique/definition/c/1248117931197/-/p/1239022830869/>

⁵¹ MUCHIELLI A., L'identité, Ed Puf, 8^{ème} édition, 2011, p65.

⁵² Ibid.

L'identité repose également sur le sentiment de continuité temporelle. L'individu se perçoit comme identique dans le temps et se représente les étapes de sa vie comme un **continuum**. Le sujet ne vit aucune coupure dans son existence. « *Il repose également en partie sur la mémoire mais surtout sur le travail psychique permanent de synthèse de mes expériences effectué par ma structure cognitive.* »⁵³ Cela renvoie également au fait que tous les jours, nous changeons mais ces changements étant tellement minimes, ils s'intègrent directement dans notre perception de nous-même. Nous ne nous voyons pas vieillir de jour en jour.

Ainsi, ce sentiment de continuité se fonde sur une certaine permanence de notre corps et de fait, sur une continuité de notre identité. Par conséquent, « *le sentiment d'identité demeure tant que le sujet parvient à donner aux changements et aux altérations le sens de la continuité.* »⁵⁴ Elle est alors en constante évolution et se modifie au fil de la vie du sujet, en fonction de ses expériences vécues. Elle résulte d'une construction cognitivo-affective, faites de sensations, d'émotions et de sentiments. Elle s'élabore à travers et avec autrui. « *L'identité est un processus permanent et dynamique [...] élément d'un système de relations* »⁵⁵.

Pour *D.W. Winnicott*, le sentiment continu d'exister dépend de la qualité du holding. « *Si le holding est assuré de manière suffisante et régulière, le sentiment continu d'exister de l'enfant est préservé* »⁵⁶.

En conclusion, **l'identité** « *se façonne progressivement, se réorganise et se modifie sans cesse, tant qu'elle participe à définir un être vivant.* »⁵⁷

Puisque nous nous construisons au travers du regard d'autrui, nous recherchons dans ce regard et dans le jugement porté par celui-ci, à avoir de la valeur pour autrui. « *Avoir le sentiment d'être, c'est avoir de la valeur pour quelqu'un d'autre socialement signifiant et digne d'intérêt* »⁵⁸. C'est donc chercher à « être quelqu'un pour quelqu'un d'autre ».

L'identité est fortement liée à la notion d'**estime de soi** et de **valorisation**. *M. Joulain*⁵⁹ nous dit que « *l'estime de soi implique à la fois la reconnaissance de ses ressources, l'acceptation de ses limites, la capacité à canaliser ses angoisses et à assumer ses échecs* ».

⁵³ Ibid. p69

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid. p34.

⁵⁶ GOLSE. B, Le développe affectif et intellectuel de l'enfant, Editions Masson, 2000, p81.

⁵⁷ MUCHIELLI A., L'identité, Ed Puf, 2011, p94

⁵⁸ Ibid. p72.

⁵⁹ PERSONNE M., Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Ed. Erès, 2011.

L'estime de soi est alors le résultat d'une évaluation du sujet lui-même de ses actions, en comparant l'image de soi et l'image idéale de soi.

En définitive, avoir une identité, c'est à la fois être reconnu par l'autre mais avant tout, par soi.

Pour terminer, l'identité se compose également du sentiment d'existence ou l'effort central. C'est le fait de tendre vers un but, de donner du sens à notre existence. En effet, l'homme a besoin d'un projet, d'objectifs qu'il tente d'atteindre afin de se sentir maintenu dans son existence. E. Erikson nous dit que « *le sentiment optimal de l'identité [...] est vécu simplement comme un bien-être psychosocial. Ses concomitants les plus manifestes sont le sentiment d'être chez soi dans son corps, le sentiment de "savoir où l'on va" et l'assurance intérieure d'une reconnaissance anticipée de la part de ceux qui comptent* »⁶⁰.

La sensorialité joue un rôle essentiel dans l'élaboration et le maintien du processus identitaire. Toutefois, l'environnement est également fondamental. En effet, le sentiment d'identité c'est avoir conscience de notre corps propre différencié d'autrui, de tendre vers un but (projet d'avenir) et d'être reconnu par un autre signifiant. Elle est donc en lien avec le schéma corporel et l'image du corps, ce que je vais mettre en avant à présent.

D. La conscience corporelle

En psychologie, la **conscience** se définit comme étant la « *qualité momentanée caractérisant les perceptions externes et internes parmi l'ensemble des phénomènes psychiques* »⁶¹. Donc le fait de « prendre conscience » correspond au fait de « s'apercevoir » de ce qui se passe dans et/ou autour de notre corps.

De fait, la conscience conduit à une élaboration mentale, une représentation d'une sensation, interne ou externe, perçue par le sujet.

La **sensorialité** est alors impliquée dans la conscience que nous avons de notre corps. Elle peut être intéroceptive, extéroceptive ou proprioceptive. En effet, « *c'est l'ensemble de nos sensations qui nous rappellent constamment que "nous sommes nous"* »⁶².

Le **sentiment d'identité** et le **sentiment d'exister** sont alors dépendants de la conscience corporelle du sujet. Pour se sentir exister, la personne doit être consciente de ses diverses sensations corporelles.

⁶⁰ Ibid. p77.

⁶¹ LAPLANCHE J. & PONTALIS J-B., Vocabulaire de la psychanalyse, Ed. Quadrige, 1997, p94.

⁶² MUCHIELLI A., L'identité, Ed. Puf, 2011, p65.

Le sentiment d'identité repose sur le développement du sentiment de continuité d'existence notamment, l'une des bases de l'image du corps. Celui-ci étant relié au fonctionnement de la sensorialité et au développement psychoaffectif de l'individu. De plus, ce sentiment d'identité s'étaye, en partie, sur notre capacité à émettre des images mentales de notre corps propre. L'individu investit donc son corps par la représentation qu'il en fait.

S. Freud nous dit que « *le Moi est avant tout un Moi corporel* ». En effet, dans les premiers temps de la vie, le vécu du bébé est essentiellement sensoriel. C'est-à-dire que les images mentales que nous formons de notre corps, sont à la fois issues de sensations externes provenant de notre peau et de sensations internes. Par conséquent, **le Moi relève de ces sensations corporelles.**

Par ailleurs, la **connaissance** de notre corps, nous permet de prendre d'avantage conscience de celui-ci. De plus, lorsque nous portons notre attention sur notre corps propre, cela permet de le faire « exister », d'avoir une meilleure connaissance de celui-ci.

De fait, le schéma corporel, au même titre que l'image du corps, est grandement impliqué dans la conscience corporelle. En effet, le schéma corporel représente à la fois la connaissance que nous avons de notre corps mais aussi la conscience de celui-ci.

Le schéma corporel étant basé sur les sensations corporelles propres, participe au développement du sentiment d'identité. Il est le résultat de l'intériorisation de l'ensemble des sensations et des perceptions qui permet au sujet de se représenter mentalement son propre corps, au repos comme en mouvement.

En définitive, **la connaissance et la conscience corporelles sont dépendantes l'une de l'autre.** Toutefois, dans le cas de certaines pathologies comme la maladie d'Alzheimer, celles-ci peuvent être altérées.

II. La conscience corporelle dans la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer entraîne de nombreux remaniements pour la personne. Dans le cas de l'institutionnalisation, nous pouvons observer une diminution des stimulations à la fois sensorielles, cognitives, mais également relationnelles des personnes âgées. En effet, *A.Muchielli* nous dit : « *De tout temps, l'exclusion et le bannissement ont été de graves punitions privant l'individu de son identité*⁶³ ». De fait, nous pouvons nous demander si lorsque les personnes âgées sont placées en institution, ce qui peut être apparentée à une forme « d'exclusion » de la société, nous ne les privons pas d'une partie d'eux-mêmes, de leur identité (sociale mais aussi personnelle) en tant qu'Être social.

En effet, les personnes âgées sont généralement moins sollicitées et des troubles, tels que ceux de la conscience corporelle, peuvent apparaître. Ainsi, le schéma corporel et l'image du corps s'altèrent progressivement. Dans le vieillissement ordinaire, ces modifications tendront vers le maintien de l'unité du sujet, alors que dans le vieillissement pathologique, et notamment dans la maladie d'Alzheimer, l'individu ne dispose plus de ses capacités d'adaptation en lien avec ses troubles cognitifs.

Au niveau du schéma corporel, nous pouvons constater qu'il se dégrade avec l'âge. Cette altération peut avoir des répercussions à la fois sur la perception, sur la motricité, sur l'orientation spatio-temporelle ainsi que sur le plan relationnel et psychologique. Le sujet âgé se retrouve alors dans une difficulté à avoir une représentation mentale de son corps.

Dans la maladie d'Alzheimer, les sujets atteints ne reconnaissent d'abord plus les personnes peu familières puis leurs proches et enfin, ils ne se reconnaissent plus eux-mêmes.

En effet, les aînés ne se reconnaissent plus dans le miroir et peuvent voir un autre en face d'eux. Cela peut être source d'angoisse, susceptible d'entraîner des troubles du comportement. C'est d'ailleurs pour cette raison, que parfois en institution, les miroirs sont retirés ainsi que toutes surfaces réfléchissantes.

Certains auteurs, dont *Claude Balier*⁶⁴, parlent du « **stade du miroir brisé ou inversé** ». Cela renvoie au stade du miroir de *J. Lacan*, évoqué plus haut, où l'enfant perçoit son corps comme un tout unifié. Pour le sujet âgé, c'est un corps usé voire morcelé que le miroir lui renvoie. C'est alors source d'une grande atteinte narcissique pour le sujet. La non-

⁶³ MUCHIELLI A., *L'identité*, Ed. Puf, 2011, p67.

⁶⁴ http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e263987.pdf

reconnaissance de leur image spéculaire est liée à la perte du schéma corporel, de l'image du corps et provoque la perte de la conscience de soi.

Vignette clinique :

M. R, résident de 81 ans présentant une maladie d'Alzheimer. Sa femme nous a raconté que lorsqu'il se voit dans le reflet de sa baie vitrée chez eux, M. R peut avoir un comportement agressif envers son reflet. Il ne le reconnaît pas comme étant son reflet et croit qu'une personne inconnue est entrée chez lui.

Nous retrouvons également une **déstructuration de l'image du corps**. Certains parlent d'un morcellement de l'image du corps. Je choisis de parler de déstructuration puisque le morcellement m'évoque d'avantage les pathologies neuro-développementales telles que la psychose ou l'autisme. En effet, le terme de déstructuration, me semble plus juste, puisqu'effectivement l'image du corps des personnes âgées démentes s'est construite de façon adaptée au cours de leur développement, sauf en cas d'autres pathologies associées qui auraient pu perturber cette mise en place.

Nous constatons que l'image du corps, au même titre que le schéma corporel, peut-être fragilisée, d'autant plus lorsqu'une pathologie se greffe à la vieillesse. L'image du corps sous-tend le narcissisme, donc si un ou une succession d'évènements négatifs entraîne des conséquences dommageables au niveau psychocorporel, celle-ci peut être altérée.

Cela aura des répercussions au niveau identitaire. Le sujet âgé subit un défaut de son sentiment de continuité d'existence. En effet, le sujet ne vit plus comme avant. Il y a une sorte de rupture entre le sujet que celui-ci était et celui qu'il est devenu actuellement : « Je ne suis plus le ou la même ». Ainsi, le Moi de la personne semble lui aussi fragilisé et le Moi-peau peut être atteint dans son intégrité.

Pour reprendre l'expression de D. Anzieu, les aînés atteints de démence semblent présenter un « **Moi-peau passoire** ». Les limites corporelles entre le dedans et le dehors sont altérées, ce qui peut entraîner une fuite des pensées et des souvenirs du sujet. Ainsi la discontinuité des fonctions corporelles aurait pour conséquence la discontinuité psychique. Cela provoque une perte d'autonomie pour ces personnes dans les activités de la vie quotidienne. De fait, le Moi-peau présente des difficultés à assurer ses fonctions de maintenance, de contenance, de constance ou pare-excitation et d'individuation. En définitive,

C. Maintier nous dit que « *le sentiment de continuité est remplacé par celui de discontinuité* ⁶⁵ ».

Ce sentiment de ne plus être contenu psychiquement et physiquement peut alors déclencher chez les personnes démentes des **troubles du comportement**. Elles peuvent avoir recours à des procédés auto-calmants⁶⁶ tels que la déambulation ou les cris. Elles peuvent également faire des fugues, avoir des attitudes d'agrippements ou de repli, d'autostimulation...

Vignette clinique :

Mme J., 95 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle est « confinée » dans un fauteuil roulant. Elle crie « ouh ouh » de façon incessante dans les divers lieux de l'unité. Lorsque nous lui demandons si elle appelle quelqu'un, elle nous répond que non. C'est une dame anxieuse, la présence d'un soignant ou le contact physique ne suffit pas à la rassurer. Il semble que ces cris représentent une façon de s'auto-apaiser, de créer une sorte d'enveloppe sonore afin d'évacuer son angoisse. J'ai pu également lire dans son dossier, qu'avant d'être en fauteuil roulant, elle déambulait. Je suppose que ne pouvant plus se déplacer et donc évacuer ses tensions internes de cette manière, Mme J. a mis en place une nouvelle stratégie pour se sécuriser.

Par ailleurs, la personne malade Alzheimer présente des troubles de la mémoire, or **la mémoire joue un rôle vital dans notre sentiment d'identité**. C'est elle qui nous permet de nous souvenir de qui nous sommes, d'où nous venons, etc. La mémoire nous donne la faculté de nous reconnaître, de nous représenter notre histoire mais aussi notre corps.

De fait, si nous n'avions pas de mémoire, notre existence se réduirait à une succession de moments présents, ne faisant pas trace au niveau mnésique. Ainsi, dans un premier temps, la personne atteinte d'Alzheimer oublie les événements actuels, le passé récent, puis progressivement ces souvenirs, son histoire, son vécu, ... c'est-à-dire les événements du passé ancien. Autant d'éléments qui constituent l'identité.

Vignette clinique :

M. D., résident de 85 ans et présentant une démence fronto-temporale. Il a raconté avoir été professeur des écoles dans un village voisin. Il nous a dit qu'à une époque, il est devenu directeur de l'établissement et qu'il aimait beaucoup cela. Or, M. D n'a jamais était

⁶⁵ PERSONNE M., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Ed. Erès, 2011, p41.

⁶⁶ Par l'excitation motrice, généralement, le sujet recherche à sentir son corps, ses limites et à apaiser les tensions corporelles qu'il peut présenter.

professeur des écoles. Il était employé d'entreprise et avait passé certains étés à accueillir des enfants dans des colonies de vacances. Ce monsieur tente peut-être de reconstituer son histoire en se raccrochant à des bribes de souvenirs. Toutefois, il semble mélanger ces derniers.

D'autre part, les personnes âgées dites démentes peuvent présenter des troubles du langage. En effet, elles ont des difficultés pour communiquer verbalement. Cela varie du manque du mot à la perte totale du langage. Ces troubles de la communication entraînent une diminution des échanges relationnels avec l'entourage et cela peut avoir comme conséquence, l'isolement ou le repli de la personne.

La communication corporelle semble être un moyen privilégié pour entrer en relation avec les aînés, puisqu'ils restent des « êtres dotés de relation » et peuvent ainsi interagir avec leur environnement.

Vignette clinique :

M. G, monsieur de 91 ans, atteint d'un stade sévère de la maladie d'Alzheimer. Il est confiné au fauteuil, ne parle plus et a une posture recroquevillée. Ses bras sont en flexion du coude et flexion des poignets. Il est dépendant pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Malgré, ces diverses atteintes, lorsque je le salue le matin en arrivant à l'UHR, il me sourit. Ainsi au travers de son regard et de son tonus notamment, je peux « lire » ses émotions et les verbaliser.

Ainsi, nous constatons que toutes ces notions, précédemment développées, sont intriquées les unes avec les autres et en interrelation. Elles seront fragilisées par la pathologie et notamment par la démence. Le contexte dans lequel se trouve l'aîné va être déterminant dans ces diverses atteintes.

Chapitre 3 : Présentation de l'unité

Dans ce chapitre, je vais présenter mon lieu de stage, à savoir l'unité d'hébergement renforcé, ainsi que son fonctionnement.

I. Présentation du lieu de stage

A. Le lieu

J'ai effectué mon stage dans une Unité d'Hébergement Renforcé ou UHR. Avant janvier 2013, elle avait le statut d'unité de soins de longue durée ou USLD.

Elle constitue un lieu de vie spécifique dans l'accueil des personnes âgées présentant la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, à un stade avancé. La pathologie est associée à des troubles du comportement et a des répercussions sur la vie quotidienne de ces personnes et de leur entourage.

L'unité de vie dépend du centre hospitalier intercommunal dont l'ouverture s'est faite en février 2002, suite au transfert des services de chirurgie et de maternité sur le site hospitalier et après plusieurs démarches auprès des tutelles.

Actuellement, la structure accueille 27 résidents.

La philosophie de soin de l'unité est celle de l'humanité d'*Yves Gineste* et *Rosette Marescotti* qui consiste en une vision humaniste de la personne et du soin, qui tente de préserver l'autonomie de la personne et de tendre vers sa réhabilitation. Elle vise à favoriser le bien être du sujet, la qualité de soin et la communication verbale et non verbale.

La structure comprend 27 lits de long séjour. Elle est aménagée au rez-de-chaussée, sur un même étage. L'espace premier, le plus grand au sein de la structure, est le lieu de vie où se déroulent les temps forts de la journée : repas, activités, échanges, rencontres ou retrouvailles avec les autres résidents et l'entourage, les familles. Tout autour sont situées trois « ailes » caractérisées chacune par une couleur particulière : aile jaune, aile verte et aile bleue. L'unité dispose également de trois jardins, chaque aile donnant accès à un jardin, où se retrouvent des arbres fruitiers, une fontaine et une « aire de déambulation ». L'accès principal à la structure est sécurisé par un digicode afin d'éviter que les personnes qui déambulent sortent seules en dehors de l'unité. Le lieu de vie donne également accès aux bureaux des infirmiers et de la psychomotricienne. De même, au centre du lieu de vie, se trouve un îlot qui constitue la cuisine, permettant une stimulation sensorielle lors de la préparation des repas.

L'unité se compose également d'une salle d'activités, d'une salle de bain thérapeutique ainsi que d'une salle Snoëzelen. Dans cette dernière, l'équipe dispose d'un matelas à eau chauffant, d'une colonne à bulles, d'un plafond étoilé, de fibres optiques lumineuses, de divers objets de stimulation sensorielle (djembé, lecteur CD, huiles essentielles, ...). Une majorité des soignants sont formés à la pratique Snoëzelen. Toutefois, c'est généralement la psychomotricienne qui pratique cet atelier du fait du manque de temps des soignants.

Je vais à présent aborder la présentation de l'équipe pluridisciplinaire de l'UHR.

B. L'équipe

L'équipe soignante impliquée dans le quotidien des résidents se compose d'infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat⁶⁷, des aides-soignants⁶⁸, des aides médico-psychologiques, et des agents de services hospitaliers⁶⁹. L'équipe soignante est sous l'égide d'un cadre de santé. Elle est complétée par l'intervention de professionnels de santé, à savoir un médecin gériatre, une psychologue, et une psychomotricienne. Chaque professionnel bénéficie de temps impartis d'intervention sur l'unité.

Les équipes soignantes (IDE, AS, ASH) sont présentes selon trois temps différents sur l'unité afin d'assurer une continuité dans les soins et une présence permanente de soignants au sein de l'unité. Ces temps sont :

- Le matin de 6h45 à 14h15,
- L'après-midi de 13h45 à 21h15,
- La nuit de 20h45 à 7h15.

Afin d'optimiser et d'adapter la prise en soin des résidents accueillis sur l'unité, les soignants mettent en place le projet de vie et le projet de soin de chaque personne. La réalisation du projet de vie se fait en collaboration avec la famille des résidents, afin de connaître ses habitudes de vie, ses goûts, ses activités, ses besoins, mais aussi certains éléments autobiographiques. Toutes ces informations sont rassemblées dans le dossier du patient, où se trouvent également tous les antécédents médicaux, sa pathologie, les examens réalisés. Le dossier est mis à jour régulièrement, soit lors des réunions de synthèse, soit dès

⁶⁷ Infirmier Diplômé d'Etat ou IDE

⁶⁸ Aides-soignants ou AS

⁶⁹ Agents des Services Hospitaliers ou ASH

qu'un élément nouveau survient. Chaque professionnel exerçant sur l'UHR doit en prendre connaissance, afin de connaître au mieux le résident.

Nous savons que les personnes présentant une démence ne guériront pas. Les soignants prennent soin des résidents en tentant de préserver au mieux l'autonomie des aînés, leur personnalité, leur individualité mais surtout leur dignité. C'est pour cela qu'en prenant soin des résidents, l'équipe soignante allie les soins médicaux aux soins relationnels.

Lors des changements d'équipes, celles-ci prennent un temps pour échanger sur l'état des résidents, notamment lors des réunions prévues à cet effet.

C. Les réunions

Nous pouvons répertorier deux types de réunions :

- les transmissions qui se font à chaque changement d'équipes soignantes où sont transmises les informations concernant la santé actuelle des résidents,
- les réunions de synthèse se déroulent en équipe. Elles permettent de revoir le projet de soin du résident et réévaluer ses capacités afin d'adapter la prise en soin. Le NPI-ES⁷⁰ peut être réalisé lors de ces réunions et coté en équipe. Cela permet également aux différents professionnels présents de faire part d'éventuelles difficultés rencontrées lors de la prise en soin.

Les équipes soignantes bénéficient de diverses formations dont notamment la philosophie de l'humanité et de la validation, afin d'assurer la qualité des soins.

D. Philosophies de soin de l'unité

a) La théorie de l'humanité

Cette philosophie de soin a été proposée par *Yves Gineste* et *Rosette Marescotti*. Ils nous en donnent une définition : « *L'humanité est l'ensemble des éléments qui font qu'on se sent appartenir à l'espèce humaine et qui font qu'on reconnaît un autre humain comme appartenant à la même espèce que nous*⁷¹ ».

⁷⁰ Inventaire Neuropsychiatrique pour les Equipes Soignantes

⁷¹ GINESTE Y. et PELLISSIER J., Humanitude, Editions Armand Colin, 2007

Cette méthode est basée sur la **capture sensorielle**. Celle-ci repose sur trois étapes :

- Les préliminaires au soin : nous retrouvons trois éléments indispensables qui sont des canaux sensoriels, piliers de la communication, que sont le regard, la parole et le toucher. Les soignants doivent passer par au moins deux de ces piliers afin d'entrer en relation avec la personne.

L'approche visuelle permet d'accrocher le regard du résident, en se mettant à sa hauteur. Cela semble d'autant plus important que les aînés atteints de la maladie d'Alzheimer présentent une vision dite « en tunnel ». Les paroles doivent être douces, calmes et agréables. Elles traduisent l'empathie⁷² dont le soignant fait preuve auprès du résident. Enfin, le contact qui dans un premier temps est relationnel, doit être contenant. Celui-ci doit être maintenu avec l'aîné durant le temps de soin. Cette étape permet d'apaiser la personne et de recueillir (ou non) son consentement pour les soins.

- Le rebouclage sensoriel : c'est lorsque la parole, le toucher et le regard agissent en boucle, et apaisent le sujet. Ainsi, les soins sont réalisés sans contraintes.

- La consolidation émotionnelle : dans la démence, les personnes présentent des troubles de la mémoire. La mémoire émotionnelle étant la dernière atteinte, les résidents peuvent alors intégrer ces moments d'apaisement qui peuvent être associés à des émotions positives. De fait, le soignant peut consolider ces émotions en y « mettant des mots » valorisants.

La capture sensorielle constitue donc un moyen d'entrer en relation avec les aînés afin de prendre soin. Les soignants peuvent y avoir recours lors du temps des toilettes mais également, lors de l'apparition de troubles du comportement, permettant ainsi d'apaiser les tensions.

b) La validation

La **validation** a été proposée par *Naomi Feil*. C'est une méthode qui permet d'entrer en relation et de communiquer plus facilement avec les personnes âgées présentant une démence. Elle vise à améliorer l'accompagnement de ces aînés.

Elle repose sur des méthodes de communications verbales et non verbales ainsi que sur une attitude empathique. En effet, l'empathie va permettre de construire une relation de confiance avec la personne et lui restituer sa place de sujet.

⁷² Selon S. KORFF-SAUSSE, l'empathie est un « moyen de connaissance d'autrui au moyen de la capacité de ressentir et comprendre ce que la personne ressent. [C'est] partager de façon partielle et sectorielle, mais vécue, l'expérience intérieure d'autrui en la ressentant et en parvenant également à se la représenter, quelle qu'elle soit. Il s'agit d'un phénomène complexe, qui provoque une identification passagère. »

La validation se fonde sur la capacité d'admettre qu'il y a une raison à tout comportement et être capable d'entendre cela.

Par ce biais, les soignants tentent de restaurer le sentiment de la valeur de sa personne, de réduire l'anxiété et d'améliorer le bien-être subjectif.

Pour N. Feil, « Valider : c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne. C'est lui dire que ses sentiments sont véritables. Ne pas reconnaître ses émotions, c'est nier la personne. La Validation utilise l'empathie pour se brancher sur le monde intérieur de l'autre et ainsi construire la confiance.⁷³ »

Ainsi, l'équipe soignante de l'unité se situe dans une approche globalisante de la personne en alliant soins médicaux et soins relationnels. Toutefois, l'équipe doit aussi faire face à des situations parfois délicates et est confrontée à la souffrance des résidents.

II. La place de la psychomotricité en UHR

La psychomotricité est dite thérapie à médiation corporelle. Elle s'intéresse au sujet dans sa dimension psychocorporelle et entre en relation avec autrui non seulement verbalement mais surtout corporellement.

C. Potel nous dit que « en psychomotricité, il y a deux notions fondamentales : le corps (ou soma) et la psyché. Deux notions pour un seul être, un être unifié.⁷⁴ » En effet, considérer la personne dans sa globalité est essentiel à la démarche psychomotrice. C'est-à-dire que nous nous intéressons à la fois au fonctionnement moteur et au fonctionnement psychique du sujet. En effet, l'homme étant un être psychomoteur, le champ d'action de la psychomotricité est très large et riche puisque nous prenons en soin la personne à tous âges de sa vie.

La psychomotricité semble indiquée pour intervenir auprès de personnes âgées atteintes d'une démence. En effet, la démence affecte le sujet dans sa globalité, c'est-à-dire autant sur le plan physique que psychique, et est source de handicap pour ce dernier. La personne ne sait plus qui elle est, elle ne se reconnaît plus. Elle vit une « crise identitaire » où les souvenirs se mélangent puis s'effacent peu à peu. Ce sont les émotions qui vont être prépondérantes.

⁷³ tabenkin.free.fr/La%20validation.doc

⁷⁴ POTE. C, Etre psychomotricien, Ed. Erès, 2012, p98.

Nous pouvons considérer que la démence constitue un trouble psychomoteur. En effet, un trouble psychomoteur est lié aux affects, au vécu du sujet et à son histoire. De plus, les personnes présentant une démence vont davantage communiquer corporellement, en raison de leurs troubles cognitifs et du langage.

« 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. [...] 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. ⁷⁵ »

De fait, les objectifs en psychomotricité vont être de tenter d'aider la personne à réinvestir son corps afin qu'elle puisse redevenir sujet et agir sur l'environnement. Ainsi, c'est tenter de sortir la personne de l'enfermement, du repli sur soi et lui redonner son rôle d'Être relationnel. La psychomotricité peut également être une indication pour faire diminuer l'angoisse ou les troubles du comportement.

Par ailleurs, le psychomotricien dispose d'un outil spécifique : le bilan psychomoteur. Celui-ci reflète les capacités et potentialités du sujet à un moment donné et peut être biaisé par la situation d'examen. Le psychomotricien peut ainsi observer le fonctionnement de l'unité somatopsychique de la personne.

De plus, le psychomotricien présente un rapport au corps bien particulier. En effet, c'est par lui qu'il entre en relation et accueille l'autre. C'est une relation d'écoute fondamentale qui constitue le ciment de notre pratique.

Le psychomotricien peut s'appuyer sur diverses médiations corporelles qui permettent de symboliser les expériences sensorimotrices vécues ensemble au cours des séances. Le professionnel s'inscrit avec le patient dans une « aire transitionnelle », en référence à D.W.Winnicott. Ces médiations constituent un support à la relation et proposent l'investissement d'expériences concrètes qui vont permettre d'engager le sujet dans l'action. Le rôle du psychomotricien est, au travers de l'expérience sensorimotrice notamment, d'aider l'autre à accéder à la symbolisation. Ainsi, le professionnel associe sensations et éprouvés aux émotions et affects en « mettant des mots » sur ce que le patient vit, expérimente.

⁷⁵ Ibid. p152.

Au sein de l'unité, la psychomotricienne s'inscrit dans une équipe pluridisciplinaire. En effet, elle participe à la vie quotidienne des résidents, aux rencontres avec les familles et aux réunions avec les autres professionnels de santé. Cela lui permet de faire partie intégrante de l'équipe et de pouvoir faire part de ses observations à tous temps de la journée.

Auprès de ces aînés présentant la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, nous tentons de maintenir le plus longtemps possible leurs capacités motrices, cognitives et relationnelles c'est-à-dire de faire en sorte qu'elles conservent leur autonomie et restent sujet aux « yeux » d'elles-mêmes et d'autrui.

A l'unité, le bilan psychomoteur n'est pas réalisé parce que non réalisable en raison du caractère impossible des items pour les personnes âgées démentes, du fait de leurs troubles cognitifs importants. La situation de bilan peut également les mettre en échec, par la non compréhension des consignes ou la constatation de leurs difficultés, ce qui serait alors source d'émotions négatives.

Toutefois, d'autres éléments peuvent nous renseigner sur le fonctionnement du sujet et ses compétences, à savoir l'**observation clinique**. A l'unité c'est ce qui est privilégié par la psychomotricienne. Ainsi l'individu nous montre à voir ses capacités psychomotrices au travers de la marche, de l'ajustement tonique, des coordinations, ... Cela nous permet de saisir toute la richesse et la complexité du sujet.

Je vais à présent montrer comment cela se passe en pratique, par la présentation de deux aînés rencontrés cette année en stage.

Chapitre 4 : Etudes de cas

Dans ce chapitre, je présenterai deux aînées rencontrées cette année autour de la problématique de la conscience corporelle. J'exposerai leur situation avant d'appréhender les séances psychomotrices passées avec elles.

I. Mme B : l'éveil psychocorporel au travers du bain

Madame B. est née le 26 mai 1925, elle est âgée de 88 ans au moment de notre rencontre. En 2004, lui a été diagnostiquée une maladie d'Alzheimer, elle avait 79 ans. Elle entre en UHR en septembre 2010, suite à des troubles du comportement importants et ingérables à domicile et aussi du fait de l'épuisement de son mari qui s'en occupait.

A. Présentation et histoire de vie

Physiquement, Mme B. est une femme de petite taille et de petite corpulence. Elle a les yeux marron, les cheveux courts colorés et bouclés. Généralement, quand je l'aperçois dans l'institution, elle est dans son fauteuil ou sur une chaise à table avec les autres résidents.

Mme B. a vécu en Algérie durant son enfance et une partie de sa vie adulte. Ses parents sont divorcés. Au niveau scolaire, elle atteint le niveau troisième avec l'obtention du brevet élémentaire. Elle exerça le métier de sténodactylographe puis celui de comptable.

Elle s'est mariée et a vécu en Algérie pendant de nombreuses années avec son mari. Durant l'année de son mariage, elle vécut le décès de sa meilleure amie d'enfance. Ce qui sera source d'émotions fortes négatives pour Mme B.

Suite à la guerre d'indépendance (« pieds noirs »), le couple déménage en France, où il vit avec la mère de Mme B. pendant 5 ans. Après la naissance de son premier enfant, elle arrête son activité pour s'en occuper et accepte de rester au foyer. Elle n'exercera pas d'autre métier, ce qu'elle regrettera beaucoup.

Le couple a eu cinq enfants : quatre filles et un garçon. Seul leur fils vit à proximité de l'unité mais le couple entretient de bonnes relations avec chacun d'entre eux. Ils ont six petits-enfants (deux garçons et quatre filles) avec qui ils entretiennent également de bons contacts.

Mme B. n'acceptera jamais la pathologie dont l'une de ses filles est atteinte, une sclérose en plaques, ainsi que le handicap qui en découle.

Elle passe sa retraite avec son mari et participe activement au « Cercle Féminin » (*c'est une association dont les membres se retrouvent mensuellement pour discuter de l'art, de la culture, ...*). Récemment, en fin 2013, son mari décède.

Mme B. est décrite par ses enfants comme présentant un fort caractère, sans pour autant être autoritaire. Elle est une bonne cuisinière qui aime préparer les repas. Elle est coquette et aime prendre soin d'elle (maquillage, bijoux, coiffure, ...).

B. Anamnèse

Comme dit précédemment, Mme B. a été diagnostiquée comme atteinte de la maladie d'Alzheimer en 2004. Suite au diagnostic, a été élaboré un plan d'aide à domicile pour cette dame.

La maladie de Mme B. évoluant à un stade sévère, associée à une anosognosie majeure, elle entraîne le déni du syndrome démentiel par Mme B. De fait, elle refusa toute investigation et tout traitement, ce qui posa alors des difficultés pour la poursuite du plan d'aide mis en place. Elle entre alors en UHR en septembre 2010.

Mme B. présente de nombreuses pathologies associées, dont notamment, un angiome (c'est-à-dire des vaisseaux sanguins anormalement dilatés) qui forme une petite grosseur au niveau de la lèvre inférieure.

Elle a très fréquemment des vomissements, du fait d'une hernie hiatale⁷⁶. Cela conduit à une alimentation difficile pour Mme B. Les soignants doivent être vigilants, puisqu'à cela s'ajoute un faible appétit qui peut être source de dénutrition chez cette dame. De fait, elle bénéficie d'un suivi diététique.

Elle présente également une diverticulose du sigmoïde, qui correspond à une infection des diverticules⁷⁷ du segment sigmoïde du côlon. Cette infection peut être favorisée par la stagnation des matières fécales ou stases stercorales, pathologie retrouvée chez Mme B.

Nous retrouvons également une pathologie hémorroïdaire interne dont elle a été opérée mais qui revient et qui est source de douleurs importantes. Par ailleurs, suite à un

⁷⁶ C'est le passage permanent ou intermittent d'une portion de l'estomac à travers le hiatus du diaphragme.

⁷⁷ Hernie de la muqueuse intestinale.

adénocarcinome lieberkühnien⁷⁸ caecal en 2004, elle a subi une hémicolectomie⁷⁹ droite. A posteriori, elle réalise régulièrement des examens de contrôle (coloscopie, etc.).

Mme B. est incontinente totale (urinaire et fécale).

De même, elle souffre d'arthrose au niveau de la colonne vertébrale et de ses diverses articulations (épaules, coudes, genoux principalement).

- Les bilans :

Au niveau de la grille AGGIR⁸⁰, elle est évaluée GIR 2. Cela se réfère aux personnes confinées en fauteuil (cas de Mme B.) ou au lit, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais nécessitant une prise en charge pour une majorité des activités de la vie courante.

Lors de son entrée à l'UHR, la psychologue a fait passer à Mme B. le MMS ou Mini Mental Score⁸¹ auquel elle obtient un total de 7 sur 30 témoignant d'un stade sévère de démence.

Mme B. présente une désorientation temporo-spatiale importante, aucun stockage des informations nouvelles n'est possible ainsi qu'aucun rappel de la mémoire à court terme. Les opérations mathématiques représentent une difficulté majeure. Au niveau du langage, elle présente des troubles pour nommer les objets observés, le rappel des mots fait défaut et elle n'est plus en capacité d'écrire une phrase. De plus, elle présente une apraxie au niveau des gestes usuels.

Le test de l'horloge n'a pas été réalisable par le caractère impossible des consignes pour Mme B.

En 2013, a été réalisé en équipe le NPI-ES évaluant les troubles du comportement chez les personnes âgées démentes. Elle obtient un score de 27 sur 144. Cela témoigne de troubles du comportement peu importants.

⁷⁸ Tumeur maligne qui atteint les glandes de Lieberkühn situées à la paroi interne de l'intestin grêle et du côlon.

⁷⁹ Ablation de la partie droite (dans ce cas) du côlon.

⁸⁰ Autonomie Gérontologique des Groupes Iso-Ressources

⁸¹ Test qui évalue les capacités mnésiques et les fonctions cognitives d'une personne. Élément diagnostique pour les démences et notamment la maladie d'Alzheimer.

Ce qui en ressort, est que Mme B. apparaît comme anxieuse (peut-être en lien avec ses douleurs ?). Il semble que Mme B. soit très fatigable, ce qui peut conduire à une baisse de motivation et d'élan pour les ateliers ou activités. De plus, cette dame se montre désinhibée, elle n'a plus de contrôle social et peut se déshabiller en public. Elle présente des comportements moteurs aberrants au niveau de l'exploration, elle « farfouille » pendant les repas, mélange les plats, ... Au niveau de l'appétit, elle présente peu d'appétit associé à une agnosie des aliments et une apraxie des gestes pour s'alimenter.

Toutefois, elle ne présente pas d'idées délirantes ni d'hallucination, son humeur n'est pas exaltée ni irritable et elle ne présente pas de troubles du sommeil.

- Au sein de l'institution :

Mme B. bénéficie d'une aide totale dans les actes de la vie quotidienne : repas, toilettes, transferts, habillage, ... De nombreuses stratégies sont mises en place pour elle, au bénéfice de la notion de plaisir et de stimulation sensorielle. Par exemple, pour les repas, Mme B. mange généralement en « fingers food »⁸², ce qui lui permet de manger seule.

Le matin, après sa toilette, Mme B. est accompagnée en salle à manger où elle prend son petit déjeuner. Elle passe sa journée dans le lieu de vie avec les autres résidents. Après le repas du soir, Mme B. est raccompagnée dans sa chambre.

Durant la journée, Mme B. peut participer aux divers ateliers proposés par la psychomotricienne ou aux activités avec l'animatrice (chant et « orientation journal » notamment). Elle bénéficie aussi d'une prise en soin individuelle en psychomotricité au travers du bain thérapeutique, à raison d'une séance par semaine.

C. Indication et objectifs

De manière générale, Mme B. semble être dans une certaine passivité. Toutefois, en 2012, elle déambulait de manière incessante. Cela a conduit, sur demande du médecin, à mettre en place un suivi en psychomotricité au travers du bain thérapeutique. Les objectifs étaient alors qu'elle puisse atteindre une certaine détente psychocorporelle, et qu'elle puisse apaiser ses tensions et douleurs vertébrales.

⁸² C'est le fait de manger avec les doigts.

Actuellement, Mme B. ne déambule plus et reste assise toute la journée, mais la médiation par le bain semble toujours indiquée avec de nouveaux objectifs :

- Créer une permanence de l'intégrité corporelle : sentir son corps unifié, rassemblé et fluide,
- Être en relation avec autrui (dans une relation privilégiée),
- Donner à la personne la possibilité de se sentir reconnue en tant qu'individu à part entière,
- Favoriser la détente psychocorporelle,
- Revalorisation narcissique et renforcer l'estime de soi.

Les séances se font généralement le jeudi matin, dans la salle de bain prévue à cet effet. La durée des séances varie en fonction de l'état de la personne prise en soin. Une durée de 20 minutes avait été mise en place lors de la création de l'atelier. Toutefois, le temps du bain n'excède pas 45 minutes.

D. Médiation : le bain thérapeutique

Une médiation est « *une pratique qui vise à définir l'intervention d'un tiers pour faciliter la communication. Le tiers est neutre, indépendant et impartial* »⁸³. Nous parlons de médiateur dont le rôle est de soutenir et faciliter la relation. La médiation devient alors un moyen d'expression. C. Potel nous dit que « *la médiation est un intermédiaire qui va coder la relation.* »⁸⁴

Le médiateur utilisé avec Mme B. est l'eau. A-M. Latour⁸⁵ nous dit que l'eau est un « **objet malléable** » en référence aux travaux de R. Roussillon. En effet, elle lui confère les cinq propriétés décrites par R. Roussillon : elle se transforme à l'infini mais toujours se reforme, elle présente une extrême sensibilité, une indestructibilité, une disponibilité inconditionnelle ainsi qu'une qualité vivante, animée. Toutefois, C. Potel nous dit que l'eau constitue un objet malléable partiel puisqu'elle ne peut garder sa forme seule. De plus, le rôle de cet objet malléable est de permettre au sujet de « dépasser l'expérience du sensoriel et d'accéder à la fonction de représentation, dans des processus secondarisés. »⁸⁶

⁸³ Définition de Wikipédia

⁸⁴ POTE C., Etre psychomotricien, Ed. Erès, 2012, p 318.

⁸⁵ LATOUR A-M., La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques, Ed. Erès, 2010, p30.

⁸⁶ POTE C., Le corps et l'eau, Ed. Erès, 2009, p 59.

En psychomotricité, C. Potel nous dit que « l'eau est devenue l'une de nos alliées thérapeutiques les plus fidèles.⁸⁷ » Elle ajoute que l'eau peut être :

- « Un espace transitionnel privilégiant la relation, un lieu déterminant un objet d'investissement intermédiaire,
- Une aire de jeu permettant des explorations psychomotrices structurantes,
- Un lieu de rencontre dans un autre monde plus proche et plus intime au regard de certaines pathologies comme l'autisme,
- Un travail rééducatif permettant un réengagement fonctionnel du corps⁸⁸ ».

De plus, l'eau a une fonction essentielle de **contenance** et d'**enveloppement**. En effet, une fois dans l'eau, la personne est entièrement immergée dans celle-ci. L'eau permet ainsi de délimiter l'ensemble du corps. « L'eau est contenante pour le corps, porteuse maternelle, vectrice d'illusions et de transitionnel. Elle est par ailleurs propice aux échanges et à la communication entre soi et les autres. Elle détermine un espace de communication où les conflits peuvent se jouer de manière forte, intense, où toute la dimension ambivalente de la relation va pouvoir s'exprimer.⁸⁹ »

De fait, l'eau présente un rôle d'**éveil sensoriel**. La peau est directement en contact avec l'eau et l'ensemble des organes des sens renseignent sur les sensations procurées. Ainsi, la personne peut percevoir cette sensation et juger de son caractère agréable ou désagréable. L'eau forme une sorte de seconde peau, qui peut venir pallier le manque d'enveloppe dans certaines pathologies. Elle redonne ainsi le sentiment d'une unité corporelle à la personne.

De plus, par ses propriétés, l'eau allège le corps. Ce dernier n'est alors plus soumis à la pesanteur ce qui facilite et libère le mouvement.

Au même titre que l'eau, le bain thérapeutique devient une médiation de la relation. L'objectif n'étant pas de « faire la toilette à quelqu'un » mais de proposer un temps autre, source de détente psychocorporelle et de restructuration corporelle.

E. Prise en soin psychomotrice

Je rencontre Mme B. pour la première fois lors de sa séance de bain thérapeutique, le 10 septembre 2013. C'est une découverte dans ce milieu pour ma part.

⁸⁷ Ibid. p25.

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Ibid. p 55-56.

Mme B. bénéficie de cette prise en soin depuis mai 2012. J'ai pu lire dans son dossier que durant les premiers bains, Mme B. avait besoin de se sentir contenue, elle présentait une appréhension face à la nouveauté et les temps d'immersion étaient difficiles. La psychomotricienne devait être d'autant plus contenante et rassurante.

Préalablement à la séance, je prépare la salle de bain. Je tente de créer une ambiance contenante et qui donne envie à Mme B. de venir, basée sur le concept Snoëzelen.

Pour le bain, nous utilisons des huiles essentielles de lavande. En effet, la lavande présente des propriétés apaisantes, elle réduit le stress l'agitation et l'insomnie et agit contre les troubles digestifs, dont les vomissements.

Lorsque je rencontre Mme B., elle semble apprécier venir dans la salle pour sa séance. Et je constate par la suite, que cela se perpétue de séance en séance. Par la régularité des séances, a pu se mettre en place un cadre structurant et contenant.

Généralement, lorsqu'elle entre dans la salle, elle sourit et semble reconnaître les lieux. Nous savons que dans la maladie d'Alzheimer, la mémoire émotionnelle est celle qui est la dernière atteinte. Je peux alors supposer qu'un certain ancrage émotionnel s'est créé au fil des séances, où Mme B. peut alors se remémorer cette pièce via les affects positifs qu'elle y projette.

Par la suite, nous prenons le temps, avec la psychomotricienne, d'aider Mme B. à se lever de son fauteuil et à se déshabiller. Nous l'invitons ensuite à s'installer sur le hamac.

Au cours des premiers bains, Mme B. présentait une certaine aisance lors des transferts fauteuil-hamac. Mais depuis début mars 2014, elle se déplace difficilement. Elle présente une « posture enroulée » et a du mal à tenir debout. Les transferts sont alors réduits à deux ou trois pas, dans le but de ne pas la fatiguer davantage, tout en maintenant la marche et la verticalisation.

L'installation sur le hamac se passe généralement sans difficulté. Parfois, Mme B. peut avoir besoin d'être rassurée. Un contact physique suffit à la sécuriser. Nous pouvons ainsi parler de la fonction contenante du psychomotricien. En effet, cette fonction de *W.R. Bion* est essentielle lors de prise en soin et notamment en psychomotricité. En tant que professionnel soignant, il faut être en mesure d'assurer la contenance à la fois physique et psychique de la personne et lui donner un sentiment de sécurité. « *C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de*

*déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique*⁹⁰ ».

Sur le hamac, Mme B. peut soupirer d'aise ou bâiller. Cela montre une certaine détente psychocorporelle. De plus, la psychomotricienne a choisi de recouvrir Mme B. d'un drap afin de préserver son intimité mais cela permet peut-être aussi à Mme B. de sentir ses limites corporelles au contact du tissu.

Le temps d'immersion se réalise progressivement. En effet, la psychomotricienne mouille les pieds de Mme B. tout en lui expliquant ce qu'elle est en train de faire. L'immersion se déroule par étapes : la psychomotricienne abaisse le hamac dans l'eau petit à petit, permettant à Mme B. d'être immergée lentement dans l'eau. Toutefois, ce temps peut également être source d'anxiété pour Mme B. En effet, elle peut nous dire « j'ai peur » ou « ça chauffe ». Un contact physique ainsi qu'une explication de la part de la psychomotricienne permet d'apaiser Mme B.

Nous constatons alors l'importance du cadre thérapeutique puisque l'eau est une médiation dite ambivalente. En effet, C. Potel nous dit qu'elle peut être à la fois angoissante et source de plaisir. Le fait de montrer et de verbaliser ce qui se passe et ce que nous faisons, c'est-à-dire de réaliser une capture sensorielle, permet à l'aînée d'être en confiance. Cela conduit à la mise en place progressive d'une relation de confiance entre le soignant et le patient qui est primordiale pour toute prise en soin.

Le bain thérapeutique offre un environnement inspiré du concept Snoëzelen c'est-à-dire avec diverses stimulations : de la musique, des odeurs, des lumières colorées, etc.

Il arrive que Mme B. fredonne les chansons qu'elle entend. Ayant fait partie du « Cercle féminin », cela peut peut-être expliquer l'attirance de cette dame pour la musique et en particulier, la musique classique. En effet, la sensorialité, et dans ce cas l'audition, éveille la mémoire émotionnelle de Mme B., et rappelle des souvenirs d'un vécu antérieur. Cela semble convoquer la mémoire autobiographique de Mme B. c'est-à-dire une partie de son identité.

De plus, cet engouement pour la musique se manifeste corporellement : elle peut battre la mesure avec ses mains et/ou ses pieds en fonction du rythme.

Une fois dans le bain, Mme B est totalement immergée dans l'eau. En effet, l'eau présente une fonction contenantante puisqu'elle enveloppe et détaille l'ensemble du corps. Cela permet à Mme B. d'avoir une meilleure perception de celui-ci par l'intermédiaire des

⁹⁰ POTELE C., *Etre psychomotricien*, Ed. Erès, 2012, p324.

sensations tactiles au contact de l'eau sur la peau. Ainsi, « *cette fonction contenante de l'eau va déterminer un espace que nous appellerons espace intermédiaire de jeu, ou encore zone transitionnelle en référence aux travaux de Winnicott.*⁹¹ »

Cela renvoie au concept du Moi-peau de D. Anzieu. Au contact de l'eau, les sensations et limites corporelles de Mme B. semble être « éveillées ». Je suppose alors que cet éveil tactile, lui permet de se sentir contenue corporellement et de fait, psychiquement. En effet, D. Anzieu nous dit que « *le Moi se constitue d'abord à partir de l'expérience tactile*⁹². »

Par ailleurs, la psychomotricienne, puis moi par la suite, réalisons un toucher-massage au niveau des membres inférieurs en commençant au niveau des hanches, et au niveau des membres supérieurs, puis nous terminons par le visage et le crâne. Nous proposons également des mobilisations passives. Chez les personnes âgées démentes, le visage et les mains apparaissent comme particulièrement sensibles au toucher. Elles constituent également des zones qui symbolisent l'identité de la personne. C'est pour cela que nous ne commençons pas le toucher-massage par ces zones. Cela peut alors être source de sensations désagréables ou vécu de manière intrusive par le résident. Il faut alors choisir une région plus neutre au niveau sensoriel.

Le toucher permet également de mieux sentir ses limites corporelles et son enveloppe. Cela favorise donc l'éprouvé corporel de la personne bénéficiant des massages, et renforce ainsi son schéma corporel. En effet, « *c'est l'ensemble de nos sensations qui nous rappellent constamment que 'nous sommes nous'*⁹³ ». Les informations sensorielles permettent ainsi de se sentir exister.

Les touchers-massages et mobilisations passives au niveau des membres inférieurs permettent généralement la détente et le relâchement psychocorporel chez Mme B. qui y est très sensible. En effet, elle peut soupirer d'aise. Son tonus diminue et elle peut s'endormir durant ce temps-là, ce qui montre également qu'elle est en confiance et détendue.

En définitive, par les propriétés de l'eau, le corps est à la fois contenu et éveillé tactilement. Cela permet, au contact de l'eau, de délimiter les contours du corps, et donc d'avoir une meilleure perception de celui-ci. Les massages accentuent ainsi les limites corporelles et la personne peut alors prendre conscience de son être corporel.

⁹¹ POTEL C., *Le corps et l'eau*, Ed. Erès, 2012, p 52.

⁹² ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Ed. Dunod, Paris, 1995, p120.

⁹³ MUCHIELLI A., *L'identité*, Ed. Puf, 8^{ème} édition, 2011, p65.

En outre, un dialogue tonique s’instaure entre la personne qui masse et Mme B. En effet, lorsque je réalise le toucher-massage, je suis attentive aux expressions de Mme B., à ses mimiques, à ses variations toniques, ses regards,... afin de m’adapter le plus justement possible. Ainsi, je mets en sens ce que je perçois d’elle, de son tonus, de son ressenti. Cela renvoie à la fonction alpha⁹⁴ de *W.R. Bion*, et permet d’allier sensation, perception et représentation. Au travers de cet accordage, le holding apporte un sentiment de contenance, renforçant ainsi le sentiment d’exister de Mme B.

Durant ce temps de bain, Mme B. apparaît généralement détendue, elle baille, soupire d’aise, somnole voire s’endort, et sa respiration est calme. Toutefois, il peut arriver que Mme B. soit quasi logorrhéique ou présente des stéréotypies motrices. Par exemple, il nous semble qu’elle fait un signe de croix ou qu’elle se maquille. Quand nous lui posons la question, elle répond « oui » aux deux propositions. Elle persévère un moment dans ces gestes.

A ce moment-là, je me suis demandé si le toucher-massage, le fait de sentir du mouvement sur soi, lui avait donné envie de bouger ou si les mouvements lui avait rappelé une émotion particulière qu’elle a associé à ces gestes.

Au bout de 45 minutes maximum, nous proposons à Mme B. la fin du bain. Généralement, elle accepte et elle peut nous remercier pour ce moment passé ensemble. Son discours est adapté à la situation et compréhensible.

Nous l’aidons à sortir de la baignoire et la recouvrons avec des serviettes. Nous prenons également le temps de l’aider à s’habiller, se coiffer, se maquiller. Les soins prodigués sont alors à rapprocher du handling de *D.W. Winnicott*. Mme B. semble apprécier ce temps de préparation, source d’affects positifs, qui vient restaurer narcissiquement son image. Comme évoqué dans son anamnèse, Mme B. aime être coquette. Ce temps de préparation lui permet de se remémorer des émotions positives liées à son passé et ainsi de la revaloriser. Cela peut avoir également un impact sur l’image du corps de Mme B. puisque C. Potel nous dit que « *l’image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles.* »⁹⁵ De fait, en passant par une expérience sensorielle associée à un vécu émotionnel positif, l’image du corps peut être renarcissisée.

Une fois prête, j’accompagne Mme B. en salle à manger, où c’est généralement l’heure du repas. Afin qu’il y ait une continuité dans le soin, je m’occupe d’elle pendant ce temps-là.

⁹⁴ La fonction alpha constitue l’étape où l’objet maternel transforme les éléments bêta de l’enfant (comportements de l’enfant, angoisses, ...) en éléments alpha (éléments supportables pour l’enfant).

⁹⁵ POTELE C., *Le corps et l’eau*, Ed. Erès, 2012, p 48.

J'ai alors pu constater que cette dame mange mieux que d'ordinaire, elle semble avoir plus d'appétit. En effet, elle peut dire « j'ai faim ». Elle parvient à manger seule avec les doigts ou avec une cuillère. Les praxies sont alors correctes et adaptées. Elle peut également s'endormir en fin de repas.

Cette dame ayant fréquemment des vomissements, j'ai pu constater que les temps qui suivent le bain thérapeutique, Mme B. ne vomit pas. La hernie hiatale dont elle souffre semble être à l'origine de ses vomissements, puisqu'elle entraîne la remontée de l'estomac dans la partie thoracique, par le hiatus diaphragmatique.

Sachant que les bains thérapeutiques permettent une détente psychocorporelle, ils provoquent un relâchement musculaire ainsi que le ralentissement des fonctions cardiaques et respiratoires notamment. Je suppose alors que cette détente musculaire associée au ralentissement de la fonction respiratoire permet d'éviter les vomissements. Cela favorise la libération de tensions internes chez Mme B.

F. Conclusion

Actuellement, nous sommes au 46^{ème} bain de Mme B. mais cette médiation semble être toujours indiquée et à poursuivre.

En effet, cette prise en soin semble avoir un effet positif pour cette dame. Son schéma corporel apparaît comme déstructuré : quand nous lui demandons de nommer une partie de son corps, elle ne sait pas répondre ou utilise un autre mot ; elle peut également mordre ses doigts comme si elle les mangeait. Toutefois, cela reste à moduler en raison des troubles cognitifs que présentent Mme B.

Cependant, le bain semble amener des sensations corporelles agréables chez Mme B. A ce moment-là, les émotions positives semblent primer, ce qui lui permet d'avoir une conscience corporelle unifiée, de se sentir contenue et exister au travers de la relation à autrui. En effet, c'est au travers du regard de l'autre, que nous nous sentons exister. Le regard de l'autre nous renvoie ce que nous sommes. Ce temps permet également de nourrir narcissiquement l'image du corps fragilisée de Mme B. au travers des émotions.

Ce vécu corporel unifié ainsi que cette conscience corporelle éveillée, semble se perpétuer lors des temps qui suivent le bain et notamment lors des repas thérapeutiques.

II. Mme G : Quand la sensorialité révèle l'Être

Mme G. est née de 23 Avril 1927. Elle est âgée de 86 ans lors de notre rencontre à l'unité d'hébergement renforcé. Elle est entrée à l'unité en avril 2011, suite à des troubles du comportement associés à une déambulation nocturne.

A. Présentation et histoire de vie

Physiquement, Mme G. est une femme de taille moyenne et présentant un léger surpoids. Elle est brune aux yeux bleus. Au sein de l'institution, elle est généralement assise à une table avec d'autres résidents ou dans un fauteuil dans le « coin salon ».

Au niveau de son histoire de vie, la mère de Mme G., eût un fils issu d'un premier mariage, de 7 ans plus âgé que Mme G. Sa mère a toujours préféré son fils et Mme G. ne lui a jamais dit « maman ». Elle ne supportait pas l'injuste attitude de sa mère à son égard.

A 7 ans, Mme G. découvrit sa grand-mère pendue. Cela fut un choc, source d'émotions fortes pour elle.

Par ailleurs, Mme G. avait un fort attachement pour son frère. Celui-ci est parti travaillé à Marseille à 17 ans, et cet éloignement a fait qu'ils ne se sont revus que deux fois dans leur vie. La séparation avec son frère et celle avec son père lorsqu'il partit à la guerre, furent source d'émotions négatives pour Mme G. Sentiment de séparation sans doute accentué par le décès de son frère quelques années plus tard.

L'année des 20 ans de Mme G., son père décéda. Elle se maria rapidement après la mort de celui-ci bien qu'elle éprouvait des craintes. En effet, elle avait peur d'avoir des enfants, de la conception, de l'éducation, du vieillissement et ne souhaitait pas être grand-mère (crainte partagée par son mari).

Lorsqu'elle apprit plus tard qu'elle avait un cancer du côlon, elle identifia comme déclencheur de sa maladie la joie procurée par son mariage.

Dans sa vie professionnelle, suite à l'obtention du certificat d'études, elle fit de l'apprentissage dans la vente. Elle exerça le métier de secrétaire-comptable, non rémunérée dans l'entreprise de son mari. Puis elle fit de l'apprentissage dans la vente de chaussures où elle évolua dans sa carrière. Elle fut gérante et très fière de cette réussite. Elle travailla ensuite dans une entreprise d'électricité puis un magasin de cycles. Elle aimait beaucoup travailler.

Au niveau familial, Mme G. a eu deux enfants : une fille, l'aînée et un garçon. Les naissances de ses enfants furent rapprochées, ce qu'elle eût du mal à accepter.

Elle souhaitait avoir un garçon comme premier enfant mais elle a une relation dite très fusionnelle avec sa fille. Pour son deuxième enfant, la grossesse n'était pas voulue et l'accouchement fut difficile. Le garçon avait une santé fragile et était hypernerveux. Mme G. a toujours culpabilisé de cette fragilité qu'elle associait au rejet de cette seconde maternité. Les cinq ou six grossesses qui ont suivi, ont été refusées.

Selon les dires de sa fille : sa mère est comme soumise à son mari. En effet, elle dit que son père faisait preuve d'« autorité écrasante », que sa mère dépendait de son mari et que pendant 30 ans, elle n'eût qu'une crainte, celle de le perdre. De plus, son mari lui disait souvent « si je meurs, tu seras perdue et tu ne t'en sortiras pas ». Son mari présentait une forte personnalité qui ne laissait pas de place à l'épanouissement personnel de Mme G. et elle restait dans sa tristesse, sa culpabilité et ses craintes. D'autre part, des conflits existaient entre le père et le fils, ainsi qu'une mésentente avec sa belle-fille, ce que Mme G. avait du mal à accepter.

Elle précise que sa mère a bon caractère, qu'elle est douce, gentille, mais effacée et qu'elle avait beaucoup de peurs dans tous les domaines. Elle est réservée et en retrait quand elle se trouve dans un grand groupe de personnes. Elle est décrite comme peu sûre d'elle et solitaire.

La retraite de Mme G. fut difficile à accepter. Le couple vivait dans une « bulle » (le couple, les enfants et la belle-mère de Mme G.). Tout ce qui était extérieur à cette « bulle » était terrifiant. Le couple et les enfants n'avaient pas d'amis.

Mme G. avait des loisirs. Elle prenait plaisir à décorer sa maison, réaliser des compositions florales, se promener à vélo et faire les boutiques. Elle affectionnait aussi la mécanique, elle réparait les vélos et les vélomoteurs. Elle jardinait, se promenait et pratiquait un sport. Elle faisait même de la gymnastique durant sa chimiothérapie.

Son mari et elle ont fait plusieurs voyages en Auvergne, unique destination du couple. Elle aimait aussi les animaux et en avait plusieurs (chiens, chats et oiseaux).

C'est une dame qui a toujours fait attention à elle, était centrée sur l'apparence, le paraître. Elle prenait soin d'elle, se maquillait, s'habillait,... Elle surveillait aussi beaucoup son poids « quitte à se priver de tout pour garder la ligne ». Le regard des autres sur elle est très important.

Actuellement, Mme G. présente un léger surpoids et le regard des autres semble toujours aussi important pour elle.

B. Anamnèse

Mme G. a été diagnostiquée comme présentant probablement une maladie d'Alzheimer en 2007, lors d'une consultation pour des problèmes neurocognitifs et une légère apathie.

Mme G. a eu un cancer du côlon qui a conduit à une colectomie droite. Celle-ci a été associée à une chimiothérapie.

En 2010, elle intègre un Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles ou CANTOU pour une pathologie psychotique vieillissante sur terrain anxio-dépressif majeur associée à une maladie d'Alzheimer probable. Elle est ensuite hospitalisée pour un sepsis bronchique en Soins de Suite et de Réadaptation. Elle est par la suite, hébergée dans une maison d'accueil temporaire où apparaissent d'importants troubles du comportement tels que souiller l'environnement de ses selles, avec des états de confusion importants.

Elle entre en avril 2011 à l'UHR, du fait de ses troubles du comportement ainsi que d'une errance nocturne.

A cette période, elle présente un syndrome de la veine cave supérieure ainsi qu'une bronchopneumopathie avec décompensation cardiaque. Elle subit une ablation de la kératose séborrhéique⁹⁶ au niveau de la tempe droite.

En 2012, elle présente de nouveau des verrues séborrhéiques au niveau du thorax et du dos qui sont bénignes.

Mme G. présente également une surdité mais ne porte pas d'appareils auditifs.

- **Bilans :**

A la grille AGGIR, Mme G. est évaluée GIR 2. En effet, Mme G. a besoin d'une aide pour une majorité des activités de la vie quotidienne dont notamment la toilette et les transferts.

⁹⁶ Définition santé-médecine : anciennement verrue séborrhéique qui est une affection dermatologique caractérisée par l'apparition de petites verrues.

En 2007, lors de la consultation mémoire, a été effectué un MMS auquel elle obtient 10 sur 30. Ce score témoigne d'une démence à un stade modérément sévère. Ce test permet alors de poser le diagnostic d'une probable maladie d'Alzheimer.

En 2011, lors de son entrée en UHR, le MMS est refait et Mme G. obtient 21 sur 30. Cela témoigne alors d'un stade léger de démence. Cela remet alors en question le diagnostic posé.

A l'UHR, a été réalisé en 2011, 2012 et 2013 le NPI-ES de Mme G. les scores obtenus ces trois années se maintiennent entre 75 et 80 sur 144. Les items permettent de dire que :

- Idées délirantes : Mme G. présente des idées délirantes ainsi que des idées fixes de persécution.
- Hallucinations : absentes.
- Agitation/agressivité : Mme G. peut refuser une prise en soin ou de prendre son traitement. Elle peut être agacée mais jamais agressive.
- Dépression / dysphorie : elle paraît triste et se dit triste.
- Anxiété : elle est très tendue, angoissée. Elle présente des difficultés pour se détendre. Elle peut parfois engendrer une ambiance pesante pour les autres.
- Exaltation de l'humeur / euphorie : absentes.
- Apathie / indifférence : Parfois, elle peut être dans une perte d'intérêt pour l'environnement, avec un manque de motivation pour la participation aux activités mais pas toujours repliée sur elle-même. Cela dépend des moments de la journée.
- Désinhibition : elle peut se déshabiller entièrement (généralement vers 17h), peut dire ce qu'elle pense des gens sans filtrer mais en restant discrète.
- Irritabilité / instabilité de l'humeur : absentes.
- Comportement moteur aberrant : Elle peut avoir des comportements moteurs aberrants comme vouloir arracher ses boutons de vestes, prendre les serviettes de table et les déplier, elle les « repasse » avec la main répétitivement. Ce sont des comportements qui ne sont pas constants dans le temps.
- Sommeil : pas de troubles.
- Appétit/troubles de l'appétit : elle a des difficultés pour s'hydrater.

En conclusion, Mme G. est souvent angoissée, tendue, déprimée et présente des troubles psychocomportementaux dits « peu bruyants ».

- Au sein de l'institution :

Mme G. a besoin d'une aide pour certains actes de la vie quotidienne : toilettes, habillage et les transferts. Elle est autonome pour les repas mais a parfois besoin d'être sollicitée. Concernant les transferts, elle peut marcher seule mais avec difficultés. En effet, elle pose d'abord la pointe du pied puis le talon, ce qui entraîne un piétinement et une difficulté pour lever les pieds. Elle a peur de chuter, refuse de se lever et de se déplacer sans l'aide d'un tiers.

Sa journée est rythmée par la toilette le matin, l'accompagnement en salle à manger où elle prend son petit déjeuner. Elle passe alors sa journée dans le lieu de vie où elle peut participer aux ateliers proposés le matin et/ou l'après-midi. Après le repas du soir, elle est accompagnée à sa chambre.

Elle participe à divers ateliers proposés, tels que « orientation journal », parcours moteur, ballon. Elle bénéficie également d'une prise en soin régulière en psychomotricité au travers de la médiation Snoëzelen (exploration sensorielle). L'atelier esthétique est aussi suivi régulièrement. Ces deux prises en soin psychomotrices sont réalisées toutes les semaines en alternance.

C. Indication et objectifs

Mme G. apparaît comme une dame introvertie, c'est une dame qui a toujours peur de déranger et qui par conséquent demande peu.

En début d'année 2014, lors d'une réunion en équipe, a été mise en place une prise en soin en psychomotricité. La psychomotricienne a proposé l'atelier esthétique, médiation importante pour Mme G. et aussi, la médiation Snoëzelen afin d'observer si celle-ci pouvait convenir à cette dame et avoir un effet positif sur cette dernière. Les objectifs pour Snoëzelen et l'atelier esthétique sont alors :

- tenter de diminuer ses angoisses,
- travailler sur la revalorisation narcissique, notamment au travers de l'atelier esthétique, proposé par la psychomotricienne et moi-même,
- travailler sur le corps et sur le schéma corporel afin de restaurer une image d'elle-même positive dans le but de favoriser le réinvestissement corporel et d'améliorer la

marche. En effet, Mme G. présente des troubles de la marche importants. Toutefois, la question s'est posée de savoir si ces difficultés peuvent être dues à sa prise de poids.

Les séances individuelles en psychomotricité se font les jeudis après-midi en alternant une semaine sur deux, séance Snoëzelen et séance esthétique. Le temps des séances dure entre 45 minutes et 1 heure.

Ces deux médiations bien que différentes, sont complémentaires puisqu'elles présentent les mêmes objectifs.

Les séances Snoëzelen vont tantôt être guidées par la psychomotricienne et tantôt par moi. Cela nous permet d'être à la fois acteur dans la relation avec l'aînée mais aussi observateur.

D. Médiations

a) Snoëzelen

La médiation Snoëzelen est un concept hollandais créé en 1970 par A. Verhuel et J. Hulsegge. C'est une philosophie d'approche de la personne qui est reconnue par l'Agence Régionale de la Santé comme une thérapie non médicamenteuse.

Le terme Snoëzelen constitue la contraction de « snuffelen » qui signifie renifler ou sentir et de « doezelen » qui veut dire somnoler. Il traduit ainsi l'exploration sensorielle et la détente.

Elle a au départ été créée pour les personnes polyhandicapées puis s'est progressivement développée aux secteurs gérontologiques et psychiatriques. L'objectif était alors d'apporter de la vie en stimulant les sens.

Snoëzelen est une démarche d'accompagnement et une position d'écoute et d'observation de l'autre par le biais de propositions sensorielles et de « prendre soin ». Il se base selon trois principes fondamentaux :

- La **détente psychocorporelle** comme moyen d'ouverture au monde environnant. Le cadre est alors très important, il doit être sécurisant et contenant.
- Les **propositions sensorielles** comme moyen de communication. Ainsi, nous pouvons stimuler divers sens qui seront généralement explorés individuellement afin d'éviter toute sur-stimulation.
- Le **relationnel** : respecter la personne et ses rythmes, être dans une présence empathique et attentive, accompagner la personne dans son exploration. Cela constitue un moment de rencontre, de partage et d'échange.

La personne se trouve alors dans un bain sensoriel. En effet, *A. Damasio* nous dit qu'« un cerveau qui fonctionne correctement est un cerveau stimulé ».

En séance Snoëzelen, ce qui est recherché c'est d'aller vers le sensoriel, l'émotion. Au travers de cette rencontre, de cette expérience corporelle, nous tentons de passer du cognitif au sensoriel. C'est-à-dire que nous aidons la personne à « lâcher prise », à vivre le moment présent, à être à l'écoute de son ressenti et de ses sensations. En effet, c'est grâce à la sensorialité que nous appréhendons le monde environnant, que nous découvrons notre corps propre et que nous pouvons ainsi élaborer notre schéma corporel. Ainsi, cette relation peut aider à « baisser les barrières » de certaines personnes qui peuvent être dans la maîtrise.

Toutefois, ce concept nécessite un espace spécialement aménagé et sécurisant. Nous retrouvons divers équipements : un matelas à eau avec une plate-forme musicale, une colonne à bulles, un plafond étoilé, des fibres optiques, un solar, un fauteuil vibrant, un canapé, un diffuseur d'huiles essentielles et des objets d'exploration sensorielle. Les explorations sensorielles sont alors variées.

Cette médiation est utilisée par les professionnels soignants formés. Généralement, c'est la psychomotricienne qui réalise ces séances, les équipes soignantes ayant peu de temps pour cela.

Snoëzelen est donc une autre façon de prendre soin de la personne âgée démente. C'est un espace de rencontre et de partage où peuvent être exprimés ressentis et émotions. Nous tentons de restaurer ainsi l'estime de ces personnes ainsi que leur image.

b) Esthétique

L'atelier socio-esthétique constitue un atelier de détente et de plaisir. L'objectif est de proposer un travail sur l'image de soi et la renarcissisation, à travers le maquillage, la pose de vernis et la coiffure.

L'atelier se déroule généralement dans la salle d'activités. Nous créons alors une ambiance qui donne envie aux résidentes de participer à l'atelier mais aussi où elles aient envie de rester.

Nous invitons quelques résidents à participer de manière à encourager la socialisation. Toutefois, nous nous occupons d'une personne à la fois afin de favoriser la relation duelle privilégiée et ainsi pallier les difficultés de communication pouvant exister.

Nous proposons un temps de toucher-massage des mains, suivi de la pose de vernis, choisi par la résidente, et un temps de maquillage/coiffure.

De fait, nous tentons au travers d'un toucher enveloppant, au-delà d'une détente psychocorporelle, de redéfinir les limites corporelles de la personne, qu'elle se sente exister à travers son ressenti corporel, « d'éprouver son corps ».

Par ailleurs, bien que les dames soient davantage sensibles au vernis et maquillage, cet atelier ne leur est pas uniquement réservé. En effet, les messieurs peuvent participer soit lors des touchers-massages des mains par exemple ou en tant qu'observateur et partenaire actif de la relation.

Ce temps d'esthétique se retrouve également au quotidien, où lors de la prise en soin, les soignants prennent le temps de coiffer, maquiller, mettre des bijoux à Mme G.

E. Prise en soin psychomotrice

Je commencerai par décrire successivement ce que j'ai pu observer au cours des deux ateliers proposés à Mme G. cette année. Puis, je ferai la synthèse de ces deux médiations afin de les mettre en lien avec la théorie.

- Concernant les séances d'exploration sensorielle :

Les premières séances Snoëzelen nous ont permis d'établir une relation avec Mme G. et de voir si la médiation lui convenait. Nous avons également pu observer quel canal sensoriel est priorisé chez Mme G.

Nous proposons alors à Mme G. de nous accompagner dans la salle Snoëzelen, ce qu'elle accepte difficilement dans un premier temps. En effet, c'est une dame très anxieuse, qui lorsqu'on lui propose quelque chose, nous répond « je vais avoir peur ». Elle semble alors anticiper sa peur, comme si elle avait peur d'avoir peur. Toutefois, en lui expliquant où nous allons et pourquoi, elle accepte de venir avec nous.

Durant le trajet du lieu de vie à la salle d'exploration sensorielle, Mme G. marche à petit pas, en piétinant, et en frottant ses pieds sur le sol. Elle peut nous dire « je vais tomber ». Après plusieurs pas, elle semble s'entraver. A ce moment-là, c'est comme si ce n'était plus elle qui initiait le mouvement et elle semble presque surprise lorsqu'elle perd légèrement l'équilibre. Elle a également tendance à s'agripper à nous ou aux objets qu'elle trouve et peut

rester bloquée un certain temps au milieu du couloir. Quand nous lui proposons de se déplacer seule, elle refuse. La marche semble alors source d'angoisse pour Mme G. tout comme la nouveauté.

Les premières séances sont menées par la psychomotricienne. En effet, n'étant pas formée à cette médiation, il semblait préférable que j'observe dans un premier temps comment se passaient les séances et relever quelles pouvaient être les réactions de Mme G.

Une fois arrivée dans la salle, Mme G. prend le temps d'observer ce lieu. Nous lui proposons alors différents sièges, et elle décide de s'asseoir sur le canapé. De fait, la psychomotricienne s'installe près de Mme G., alors que je m'assoie un peu en retrait. Elle observe alors beaucoup autour d'elle et commente les différentes structures présentes.

Pendant les premières séances, Mme G. semble quelque peu « parasitée » par la présence d'un tiers dans la salle. Elle peut demander « qui c'est qui est là ? ». Les explications de la psychomotricienne permettent à Mme G. peu à peu de cesser de se focaliser sur moi. Ainsi la psychomotricienne étant garante du cadre, elle permet à Mme G. de se sentir contenue et rassurée dans ce nouveau lieu.

De plus, je remarque que Mme G. est agrippée au canapé. Elle semble tonique et peu détendue. La psychomotricienne lui propose un toucher-massage du dos, qu'elle accepte. Progressivement, Mme G. s'adosse au canapé et semble moins tendue. Elle aperçoit alors un hérisson en plastique et demande ce que c'est. Elle accepte de le toucher et de le prendre sur ses genoux. De fait, elle lâche l'accoudoir afin de s'en saisir et parle au hérisson, le caresse, l'embrasse comme si c'était un être vivant. Mme G. m'apparaît presque logorrhéique à ce moment-là, elle parle d'elle, de son mari et de ses enfants notamment. Elle dit qu'elle aime beaucoup les animaux et qu'elle en avait plusieurs.

Le hérisson semble permettre à Mme G. de faire part de ses angoisses. Elle verbalise ses émotions, ses ressentis. Au cours des premières séances, elle lui dira qu'elle se trouve moche, que ce sont ses parents qui le lui disaient. Elle ajoute qu'il sera difficile de la faire changer d'avis.

Cet objet semble être un élément important pour Mme G., elle y projette des affects. En effet, il présente plusieurs rôles. D'une part, c'est elle qui en prend soin. Cela permet d'inverser les rôles de l'institutionnalisation où les soignants prennent soin de Mme G. Le hérisson replace alors Mme G. en tant qu'actrice dans la relation. Cela lui permet de se sentir

importante et est source de revalorisation. Et d'autre part, il ne juge pas Mme G., pour qui le regard d'autrui est important.

En effet, le regard de l'autre a été éminent tout au long de sa vie, Mme G. accordant une place essentielle au paraître. Elle peut nous dire : « Les humains ne cherchent pas à se faire caresser », en comparaison aux animaux. Dans le lieu de vie, Mme G. se mêle peu aux autres. Elle est très peu dans la demande et a souvent peur de déranger. Elle nous répète plusieurs fois « Ne vous cassez pas la tête pour moi, vous avez sûrement autre chose à faire ! ».

Par ailleurs, le regard de l'autre présente également un rôle de miroir. En effet, J-P. Sartre nous dit que « *nous ne sommes-nous qu'aux yeux des autres et c'est à partir du regard des autres que nous nous assumons comme nous-mêmes* ». Le regard de l'autre nous permet d'exister. Il tient une place importante lors des premières interactions parents/enfant où les parents renvoient des informations à l'enfant sur lui-même. C'est le regard qui est à l'origine de la construction de notre identité : c'est en étant reconnu par autrui que nous existons.

De fait, nous pouvons supposer que si les parents de Mme G. lui disait qu'elle était « moche » quand elle était petite, alors peut-être Mme G. s'est pensée « moche ». Cela peut se répercuter sur l'estime qu'elle a d'elle-même et sur son image du corps. Mme G. investit son corps par la représentation qu'elle s'en fait.

Les premières séances se résument à la manipulation du hérisson par Mme G. s'adressant à lui comme à un partenaire dans l'échange. Toutefois, lorsque la psychomotricienne lui parle, elle peut lui répondre mais semble s'adresser à l'objet.

En fin de séance, Mme G. semble se déplacer de façon plus fluide mais lorsqu'elle arrive dans le lieu de vie, elle peut s'entraver de nouveau et dire à ce moment-là en parlant d'elle « quelle andouille ! ».

Au cours des séances suivantes, Mme G. marche avec un déambulateur, mis en place par l'équipe soignante. Elle l'utilise de façon adaptée et se déplace aisément. Par contre durant le trajet, elle peut nous dire qu'elle a peur.

Dans la pièce, elle peut évoquer le fait qu'elle soit déjà venue dans cette salle. La psychomotricienne lui dit qu'elle se souvient y être venue avec elle, et à cela, Mme G. lui répond « c'est parce que vous, vous gardez des souvenirs ». Nous avons vu que la mémoire émotionnelle persiste malgré la pathologie. Le fait que Mme G. puisse dire qu'elle se rappelle

être venue dans la pièce, est peut-être dû au fait qu'elle projette des affects positifs sur ce lieu, qui est alors source d'ancrage émotionnel. Par conséquent, elle peut évoquer sa présence passée dans cette salle.

Elle choisit de s'asseoir sur le canapé ou le fauteuil près de la colonne à bulles, auxquels elle s'agrippe dans un premier temps. Elle peut regarder le hérisson en souriant, comme si elle le reconnaissait mais sans nous demander de le lui donner. Elle semble peu à peu se détacher de cet objet et considérer l'autre présent avec elle.

En outre, elle semble prendre davantage en considération l'autre dans la relation comme partenaire et non comme juge. Une relation de confiance semble s'être établie entre elle et nous, et la relation à autrui ne semble plus source d'angoisse pour Mme G. Lors d'une séance, elle nous dit « ça change, ça fait du bien » en parlant du fait d'être dans cette pièce. Elle devient un partenaire actif de la relation, étant dans l'échange. La proximité joue un rôle important également : elle semble apprécier le toucher-massage au niveau des mains et le massage avec médiateur au niveau du visage. Elle ferme les yeux à ce moment-là et semble être attentive aux soins procurés.

De plus, elle semble se détendre plus rapidement, elle baille, s'adosse au fauteuil et peut lâcher l'accoudoir. Elle peut fermer les yeux au cours de la séance et semble profiter du moment présent. Elle peut également somnoler et semble être en confiance.

Elle observe également beaucoup autour d'elle et commente. Il nous apparaît alors que son sens privilégié est la vue. Elle peut explorer visuellement mais aussi tactilement des objets et parler de leurs propriétés (leur couleur, leur texture, ...) de manière adaptée et cohérente. Toutefois, ce n'est pas toujours le cas, elle peut passer du « coq à l'âne ».

D'autre part, elle nous parle beaucoup de ses enfants et de son mari. Elle semble évoquer des souvenirs passés avec eux. Elle me dit qu'elle est née en 1928 et qu'elle a 50 ans. Elle ajoute qu'elle et son mari ont deux enfants : une fille de 12 ans et un garçon de 10 ans. Ses propos semblent adaptés puisqu'elle est née en 1927 et qu'elle a une fille et un garçon. Elle a su dire qui était l'aîné et qu'ils ont peu d'années de différence.

Par ailleurs, elle souhaite mettre une photo d'eux dans la pièce. Il semble qu'elle s'approprie peu à peu les lieux. D'ailleurs, elle nous dira lors d'une séance, « je me sens bien comme chez moi ». En effet, l'espace Snoëzelen et la relation privilégiée semblent créer un espace de paroles qui doit être assez contenant pour que Mme G. puisse parler de ces choses-là.

En outre, la salle Snoëzelen est source de diverses explorations sensorielles qui permettent ainsi de soutenir l'enveloppe corporelle notamment au travers des différentes enveloppes tactiles, sonores, visuelles, ... Ainsi, par la stimulation des sens, Mme G. retrouve une certaine conscience corporelle éveillée par le cadre contenant et favorable apporté par la pièce mais également par le psychomotricien lui-même. De plus, chez l'enfant, nous avons vu que le Moi se construit par l'expérience tactile au travers de la relation à autrui. Pour Mme G., le bain sensoriel apporte des sensations agréables qui permettent de stimuler son schéma corporel. De fait, cela permet à Mme G. de ressentir son corps et de renforcer son sentiment d'identité par la narcissisation.

Toutefois le regard d'autrui semble toujours important mais aussi le regard qu'elle porte sur elle-même. Au cours d'une séance que je guidais, Mme G. me dit, alors que je la massais au niveau du visage avec un pinceau, « ce n'est pas comme il faut, ce n'est pas comme il faudrait une femme avec une barbe ». En effet, Mme G. présente une barbe et doit donc se raser tous les jours. Elle semble alors « consciente » de son aspect physique qui est source de mésestime pour elle.

L'image qu'elle peut donner apparaît comme essentielle pour cette dame, où le paraître prime. Cette attitude envers autrui se retrouve également dans le lieu de vie, où Mme G. apparaît comme moins « solitaire ». Et elle peut nous dire qu'elle aime bien être avec les autres mais qu'elle apprécie également d'avoir des temps seule.

La fin de séance est difficile à accepter pour Mme G., pour qui la séparation apparaît parfois angoissante. Elle nous dit « quand on va partir, on va regretter ».

Sur le trajet retour, la marche semble plus fluide. Mme G. fait des pas plus longs et semble plus assurée. A la dernière séance effectuée à ce jour, Mme G. a dit « Je vais vite ! ».

Les soignants ont constaté qu'au quotidien, Mme G. pouvait se déplacer seule avec le déambulateur. Elle marche mieux que d'ordinaire, d'un pas plus assuré et paraît moins angoissée.

Après avoir abordé les séances Snoëzelen, je vais exposer le déroulement des séances d'esthétique avec Mme G.

- Concernant l'atelier esthétique :

Lors des premières séances, Mme G. accepte de se joindre au groupe. Elle a besoin d'aide pour se rendre à la salle. Elle marche difficilement en piétinant et répète fréquemment qu'elle a peur de tomber.

Une fois installée dans la salle, elle dit aimer tout ce qui touche au maquillage et vernis. La présence des autres ne semble pas la déranger mais s'ils s'approchent trop près d'elle, elle s'agrippe et semble peu rassurée.

Je propose à Mme G. de se laver les mains, mais dans un premier temps elle semble réticente. Elle accepte le toucher-massage des mains mais je sens qu'elle n'est pas relâchée toniquement. En effet, elle peut serrer ma main et regarder ce que je fais. Elle parle peu pendant la séance.

Ensuite, elle choisit le vernis et semble très attentive à mes gestes. Elle regarde plusieurs fois le rendu et sourit. A ce moment-là, elle peut me remercier plusieurs fois. Elle ajoute parfois qu'elle me donne beaucoup de travail. Tout comme en séance Snoëzelen, elle peut avoir le sentiment de déranger mais en « dédramatisant » la situation, elle semble accepter que je prenne soin d'elle.

La séance se termine par le maquillage que Mme G. accepte volontiers. Elle ferme les yeux lorsque je lui passe le pinceau sur les joues. Elle apprécie ce moment. Je prends le temps de la coiffer et de la parfumer.

Ensuite, je lui propose de la raccompagner dans le lieu de vie. A ce moment-là, elle se déplace à petits pas tout en s'agrippant à moi.

Au cours des séances suivantes, Mme G. semble me reconnaître et venir avec plaisir. Elle me dira « je ne vous ai pas souvent pour moi ». Sa marche semble plus assurée que d'ordinaire, mais elle peut s'accrocher avec force à mon bras.

Installée dans le fauteuil, elle accepte de se laver les mains seule. Au fond de la bassine, se trouve une brosse, qu'elle saisit et qu'elle observe un petit moment. Elle choisira dans un premier temps de ne pas s'en servir puis par la suite de se brosser les ongles. Ses praxies sont adaptées. Toutefois, si au bout d'un moment je ne lui dis pas de s'arrêter, elle persévère dans son geste.

La présence des autres autour d'elle ne semble plus l'inquiéter comme auparavant. En effet, lors d'une séance en particulier, Mme H. est venue s'installer près de nous et tirait les

serviettes. Cela n'a pas gêné Mme G. qui continuait son activité. Toutefois, la relation duelle semble être importante et contenante pour Mme G.

Lors d'une séance, elle me dira en regardant la psychomotricienne « elle est triste votre collègue. C'est surprenant, on n'a pas l'habitude de la voir comme ça ». La psychomotricienne me dira par la suite, qu'effectivement c'était le cas. Mme G. semble alors à l'écoute de ses envies mais aussi des émotions d'autrui.

Lors du massage des mains, elle semble moins tonique et peut également me masser en retour. Elle semble apprécier de pouvoir faire.

Pendant la pose de vernis, elle n'observe plus uniquement ce que je fais mais aussi autour d'elle. Elle peut commenter la salle « c'est beau ces fleurs sur le mur », en parlant du sticker. Elle semble s'intéresser à l'autre mais également à son environnement. De plus, elle peut faire part de son ressenti, dire quand quelque chose la gêne ou quand c'est agréable. Elle présente également une bonne connaissance de son schéma corporel et peut nommer les différentes parties de son corps de manière cohérente.

Elle semble apprécier ce moment et apparaît apaisée. Elle peut bailler, fermer les yeux mais elle ne s'endort pas. Elle semble alors profiter de la séance et apparaît comme attentive aux sensations éprouvées.

En fin de séance, elle peut me dire qu'elle a envie de rester un peu dans la salle. Elle semble apprécier de pouvoir prendre un temps pour elle à l'écart d'autrui.

F. Conclusion

Nous avons choisi de proposer deux médiations différentes à Mme G. Toutefois, ces deux médiations sont complémentaires. Elles permettent toutes deux de stimuler le schéma corporel ainsi que les limites corporelles de la personne, afin de permettre un réinvestissement corporel.

Bien qu'elles soient complémentaires, elles présentent chacune leur spécificité. La médiation esthétique a été choisie parce qu'elle occupait une place importante dans la vie de Mme G. En effet, elle aimait être coquette, elle prenait soin d'elle et de son image. Ainsi, cette médiation revalorise l'image que Mme G. a d'elle-même, elle agit donc sur le narcissisme et l'estime de soi.

La médiation Snoëzelen a été proposée par la psychomotricienne afin de voir si ce cadre convenait à Mme G. et pouvait lui permettre de se renarcissiser, de reprendre confiance en elle et donc d'améliorer sa marche. Cette médiation offre à Mme G. un cadre contenant et différent du lieu de vie. Elle permet également d'instaurer une relation privilégiée entre le soignant et le résident. Au travers de la sensorialité, elle fait appel à une mémoire émotionnelle et corporelle de la personne. En effet, dans le développement, nous avons précédemment vu que c'est par la répétition des sensations, et donc des perceptions, que le sujet se construit. Ainsi, la répétition des sensations retarde la déconstruction du Moi et les personnes peuvent retrouver leur identité.

De fait, ces deux médiations tentent de restaurer l'image de soi de la personne et son identité, en offrant la possibilité d'un réinvestissement corporel. Elles sont donc au service de la psychomotricité, et représentent un moyen d'entrer en relation avec les personnes âgées. Ces outils vont permettre au psychomotricien de rencontrer la personne et de nouer une relation basée sur la confiance et la contenance.

Au travers de ces ateliers corporels, nous constatons que Mme G. s'épanouit dans la relation à l'autre mais également à son monde environnant. Elle semble appréhender son environnement avec plus d'assurance. Les autres semblent ne plus être source d'angoisses envahissantes. Cela se traduit corporellement : sa mobilité est moins entravée et elle peut se déplacer seule moyennant l'aide d'un déambulateur.

Par le biais de la relation privilégiée, nous reconnaissons Mme G. comme sujet à part entière et partenaire actif de la rencontre. Nous avons vu précédemment que le fait d'être reconnu par autrui mais aussi par soi, permet la formation de l'identité. Ainsi, Mme G. semble retrouver une part d'elle-même, de son identité. Elle parle d'elle, de sa famille, de ses envies,... De fait, la relation semble venir soutenir son identité.

Mme G. peut alors s'exprimer librement et faire part de ses émotions. Dans son histoire, il semble qu'elle ait été « l'ombre de son mari », ne devant peut-être pas déranger ou proposer des choses. Il semble alors que ces médiations lui permettent de retrouver une certaine confiance en elle et donc de se revaloriser. Ainsi, elle paraît retrouver une part de son identité et son image du corps semble être renarcissisée. De fait, schéma corporel et image du corps semblent évoluer malgré la pathologie, en fonction des expériences vécues par Mme G. En effet, ces deux instances sont constamment remaniées alliant les données actuelles et celles du passé.

Ces ateliers permettent ainsi à Mme G. d'être actrice, de se positionner et donc de faire des choix. En séance d'esthétique, il semble que sa mémoire épisodique soit sollicitée lorsqu'elle utilise la brosse. En effet, prenant soin d'elle, elle devait reproduire ces gestes. Cela renvoie également à l'identité de Mme G.

D'autre part, l'éveil tactile apporté par le toucher-massage, aide à la conscience des limites corporelles. Mme G., au travers de ses sensations, perçoit son enveloppe corporelle. Ainsi, par ce toucher relationnel, elle peut se sentir reconnue par autrui, ressentir son corps du côté plaisir et vivre son corps comme un tout vivant et unifié. De fait, la conscience de ses sensations corporelles permet de se représenter son corps et participe au maintien du sentiment de l'identité du sujet. Le toucher-massage permet alors de « restaurer » le schéma corporel.

Toutefois, je ne peux pas affirmer que cela soit acquis pour Mme G. En effet, la marche apparaît moins source d'angoisse et plus sûre pour cette dame, mais il lui arrive parfois de piétiner à nouveau. De plus, d'autres facteurs tels que le vieillissement, le poids, les traitements,... entrent en jeu, ce qui rend difficile l'évaluation de cette progression.

Une question m'est apparue lors des premières séances Snoëzelen. En effet, Mme G. communiquait essentiellement verbalement. De fait, je me suis demandée où étaient les limites de notre champs de compétences en psychomotricité, afin de ne pas prendre la place du psychologue.

Toutefois en séances Snoëzelen, nous ne nous limitons pas à parler mais nous rencontrons la personne telle qu'elle est. C'est elle qui nous guide à travers son exploration. En effet, il ne s'agit pas d'imposer à la personne mais de s'ajuster et s'accorder avec elle. Nous sommes alors dans une présence et une écoute partagées.

De plus, le psychomotricien est membre d'une équipe pluridisciplinaire. De fait, lorsqu'il nous semble ne plus être compétent ou que nous ne maîtrisons pas les choses, il faut pouvoir « passer le relais » aux autres professionnels. Ainsi, un travail d'équipe apparaît primordial quel que soit la structure et la population accueillie.

Evolution personnelle

Lorsque j'ai choisi ce stage, j'avais auparavant côtoyé la population vieillissante et « touché du doigt » la pathologie. Il m'est apparu très intéressant de pouvoir aborder le travail en psychomotricité avec ces aînés.

Toutefois, un temps d'adaptation a été nécessaire afin que je m'ajuste au mieux auprès de ces personnes. En effet, en début d'année, je pouvais m'adresser à eux en leur donnant trop d'informations qu'ils n'avaient pas le temps de comprendre. Peu à peu, j'ai tenté d'y être vigilante. De fait, cela a facilité les échanges entre eux et moi.

De même, lors des bains thérapeutiques notamment, j'avais l'impression qu'une réelle technique dans le toucher-massage s'imposait. Ce sentiment me rendait alors davantage attentive sur ce que je faisais que sur la personne elle-même.

Progressivement, je me suis aperçue que certes la technique permet de me sentir rassurée sur les gestes prodigués, mais que finalement, le principal est l'intention que je mets derrière ce toucher et l'écoute de la personne.

Le fait d'avoir une certaine technique m'a permis de m'exprimer plus librement au travers du toucher. Je me suis aperçue que je reprenais des choses vues en pratique, tout en composant avec ma propre créativité au cours des ateliers thérapeutiques.

Beaucoup de questionnements me sont apparus au cours de ce stage, dont une en particulier concernant la difficulté de la prise en soin de ce public. Etant des personnes vieillissantes, elles sont plus fragiles et présentent un avenir incertain.

En effet, leur pathologie de la mémoire fait qu'ils vivent un présent, où le passé s'efface progressivement et le futur n'est plus entrevu. En plus de cela, ils doivent affronter la vieillesse et sa finalité, la mort.

De ce fait, les soignants peuvent être aussi confrontés au quotidien, à la pathologie de ces personnes mais aussi à cette question de la vie et de la mort.

En psychomotricité, il semble alors important de vivre l'instant présent avec les aînés, puisque nous ne bénéficions pas de l'assurance de la poursuite d'une prise en soin. Toutefois, il est éminent de pouvoir penser le futur pour eux ainsi que les aléas qui pourraient survenir.

Nos rôles sont alors multiples et essentiels auprès des personnes âgées présentant une démence ou non, notamment dans la conscience corporelle, la prévention des chutes, l'accompagnement palliatif et la préservation de l'autonomie des sujets.

Conclusion

L'Homme vieillit de jour en jour depuis sa naissance. A partir d'un âge avancé, le vieillissement entraîne des modifications physiologiques et psychologiques du sujet. A celles-ci peut s'ajouter une pathologie telle qu'une démence, venant entraver les capacités d'adaptation de la personne face à ces changements.

Dans la maladie d'Alzheimer, divers troubles tels que la perte mnésique, l'apraxie, l'agnosie, l'aphasie,... vont pouvoir être observés, affectant l'individu tant au niveau moteur que psychique. La personne atteinte de cette maladie est de fait touchée dans son intégrité psychocorporelle. La pathologie est alors source de handicap et constitue un trouble psychomoteur majeur.

Je m'étais alors demandé « comment la psychomotricité peut aider les aînés atteints d'une démence, telle que la maladie d'Alzheimer, à réinvestir leur corps afin de restaurer leur conscience corporelle ? »

Nous avons vu que la personne âgée atteinte d'une démence présente des troubles cognitifs, et ne dispose alors plus des capacités d'adaptation nécessaires au maintien de son unité psychocorporelle.

Son schéma corporel ainsi que son image du corps sont fragilisés. Ces atteintes semblent inévitables avec la progression de la pathologie et sont sources de dépendance. Ces troubles associés entraînent la diminution progressive des échanges relationnels de l'aîné, qui à long terme peut engendrer un repli sur soi.

De plus, la déstructuration progressive de l'image du corps associée à l'amnésie sont à l'origine d'une atteinte identitaire du sujet. Les personnes âgées ne se reconnaissent plus, oublient qui elles sont,... Cette atteinte identitaire entrave alors leur conscience corporelle et entraîne une discontinuité dans le vécu corporel de l'individu.

Au travers de la sensorialité, axe de travail principal en psychomotricité, nous pouvons venir soutenir et renforcer cette réappropriation corporelle chez les aînés. Malgré cela, l'atteinte de la conscience corporelle paraît inévitable. Le psychomotricien doit alors être capable de s'ajuster à la personne, à ses possibilités et d'être à l'écoute de celle-ci.

Toutefois, en raison des troubles cognitifs importants des aînés, je ne peux affirmer que le travail effectué cette année se maintienne dans le temps et constitue un ancrage pour ces personnes. Cependant, l'abord sensorimoteur en psychomotricité a pu permettre à ces résidentes de « renouer » avec leur corps, de pouvoir exprimer leurs sentiments et retrouver une place en tant que sujet.

De ce stage, ce que je retiens c'est qu'au-delà des troubles que les aînés présentent, ils restent des personnes à part entière, dotées d'une grande sensibilité. En effet, *Louis Ploton* nous dit que « *s'il est un être affectif, intuitif et sensitif, c'est bien le sujet réputé dément sénile, qui n'est peut-être que cela*⁹⁷ ».

Du fait de leur maladie, leur vécu se constitue d'une succession de moments présents. Nous pouvons ainsi nous demander si malgré les troubles cognitifs des aînés, l'effet thérapeutique des séances psychomotrices peut perdurer au-delà de la séance elle-même et s'inscrire dans le temps ?

⁹⁷ OGAY S., *Alzheimer : communiquer grâce à musicothérapie*, Ed. Le Harmattan, 1996, p24.

Bibliographie

ALBARET J-M., AUBERT E., *Vieillesse et Psychomotricité*, Editions Solal, Marseille, 2005, pages 9 à 76.

ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F., *Corps et psychiatrie*, Editions Heures de France, 2^{ème} édition, Paris, 2004, pages 20 à 35 et 185-186.

BEUNOT A. « Place du psychomotricien dans l'accompagnement de la personne âgée à son entrée en maison de retraite (dans l'objectif d'un accueil bien traitant) », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2011.

CALZA.A et CONTANT M., *Psychomotricité*, Editions Masson, 1994, chapitre 6 : pages 185 à 195.

COSTEMALE A., « L'eau, berceau de verticalité », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2013.

CROISILE B., *La Maladie d'Alzheimer*, Editions Larousse, Paris, 2010.

CROISILE B., *Tout sur la mémoire*, Editions Odile Jacob, Paris, 2009.

DE LIEVRE B. et STAES L., *La psychomotricité au service de l'enfant*, Editions De Boeck, 2006, pages 16 à 51.

DUPUIS M. « Le Corps comme expression de l'Être » - Développer la conscience corporelle pour soutenir l'identité chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, Mémoire de psychomotricité de Bordeaux, 2010.

GINESTE Y., PELLISSIER J., *Humanité : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Edition Armand Colin, Paris, 2007.

GUILLERAULT G, *Ceci n'est pas une image (du corps)*, Thérapie Psychomotrice et Recherches, 1993, N°97 : 18-21.

GOLSE B., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Editions Masson, 3^{ème} édition, 2000.

<http://www.francealzheimer.org> (site de France Alzheimer)

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr> (site gouvernementale sur les plans Alzheimer)

<http://vfvalidation.fr/naomi-feil/la-methode-de-validation-de-naomi-feil/>(site sur la Validation de Naomi Feil)

<http://www.who.int> (site de l'Organisation Mondiale de la Santé)

JUHEL J-C., *La psychomotricité au service de la personne âgée*, Editions Chroniques Sociales, 2010.

LACOMBE J., *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans*, Editions De Boeck, 2007, pages 123 à 131.

LESGOURGUES E., « La corporéité au centre de réhabilitation du sujet âgé », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012.

LUCAS M., « Influences de la démence de type Alzheimer sur la prise en charge psychomotrice », Mémoire de psychomotricité, Toulouse, 2007.

MARSAUDON E., *La Maladie d'Alzheimer : Informer, traiter, accompagner*, Editions Ellébore, Paris, 2011.

MUCHIELLI A., *L'identité*, Edition PUF, 8^{ème} édition, 2011.

NASIO J-D, *Image du corps : un concept psychanalytique*, Thérapie Psychomotrice et Recherches, 1993, N°97 : 4-17.

OGAY S., *Alzheimer – Communiquer grâce à la musicothérapie*, Editions Le Harmattan, Paris, 1996, pages 1 à 83.

PELLISSIER J., *Les insensés*, Editions Joëlle Losfeld, 2002.

PERRIER GENAS M., Article « Tous dans l'eau, à la recherche de frayage pour se sentir exister », *Thérapie psychomotrice et Recherches, Le corps abîmé*, N°166, 2011.

PERSONNE M., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée – Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Editions Erès, 2011.

PIREYRE E.W., *Clinique de l'image du corps*, Editions Dunod, Paris, 2011.

PLOTON L., *La personne âgée – Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Editions Chronique Sociale, 7^{ème} édition, Lyon, Juin 2005.

PONTON G., Article « Entre l'abîme gériatrique et le jardin de la vieillesse : la poésie du présent », *Thérapie psychomotrice et Recherches, Le corps abîmé*, N°166, 2011.

POTEL C., *Etre Psychomotricien*, Editions Erès, Toulouse, 2012.

POTEL C., *Le corps et l'eau*, Editions Erès, Toulouse, 2009.

ROBIN M., « Réflexion et illustration de la prise en soin psychomotrice de la déambulation chez les personnes âgées avec démence en UHR », *Mémoire de psychomotricité*, Toulouse, 2013.

Thérapie psychomotrice et Recherches, *La personne âgée et son approche en psychomotricité*, N°160, 2009.

VETTORETTI C., « Schéma corporel et image du corps dans la maladie d'Alzheimer », *Mémoire de psychomotricité*, Bordeaux, 2012.

Annexes

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

Orientation

/ 10

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

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

1. En quelle année sommes-nous ?
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 trouvons.

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

Apprentissage

/ 3

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

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

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

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

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

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

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

Rappel

/ 3

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

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

Langage

/ 8

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Montrer un crayon. | 22. Quel est le nom de cet objet ?* | <input type="checkbox"/> |
| Montrer votre montre. | 23. Quel est le nom de cet objet ?** | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** | | <input type="checkbox"/> |

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

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet : 28. « Faites ce qui est écrit ».

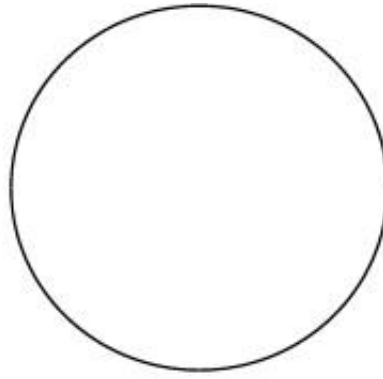
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

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

Praxies constructives

/ 1

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



Test de l'horloge

Consignes de passation

« Imaginons que ce cercle représente le cadran d'une horloge (ou d'une montre). Vous allez dessiner les chiffres représentant les heures dans ce cercle comme vous les verriez sur le cadran d'une horloge. »

Donnez au patient un crayon et une gomme et attendez qu'il inscrive les chiffres de 1 à 12.

Une fois terminé, mettez un point au centre et dites-lui :

« Ceci étant le centre du cadran, dessinez moi les aiguilles de sorte à lire 11H10. »



1. Le sujet n'a aucun trouble



2. Le sujet a des troubles cognitifs légers
(voir notre article sur les troubles cognitifs légers)



3. Le sujet est atteint
d'une démence légère



4. Le sujet est atteint
d'une démence moyenne



5. Le sujet est atteint
d'une démence sévère



6. Le sujet se trouve dans un état confusionnel



7. Le même sujet voit son état confusionnel s'améliorer

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI

Nom:	Age:	Date de l'évaluation				
Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité De l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

NA = question inadaptée (non applicable)

F x G = Fréquence x Gravité

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, J.L. Cummings, 1994

Traduction Française P.H.Robert. Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France 1996

Le NPI est protégé par un copyright.

NPI - Version Française / Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - Nice - France

Table des matières

Remerciements

Sommaire

Avant-Propos..... 1

Introduction 2

Chapitre 1 : La personne âgée et la démence..... 4

I. Personnes âgées et vieillissement..... 4

A. Définition du vieillissement 4

B. Définition de la personne âgée ou vieillissante 4

C. Epidémiologie 5

D. Modifications liées au vieillissement 6

II. Démences 12

A. Définitions 12

B. Diagnostic..... 12

C. Différents stades 14

D. Classifications 15

a) La dégénérescence..... 15

b) La localisation 18

III. Maladie d'Alzheimer..... 19

A. Historique de la maladie d'Alzheimer..... 19

B. Caractéristiques 19

C. Anatomopathologie 20

D. Manifestations cliniques..... 22

E. Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs 24

F. Les plans Alzheimer..... 25

Chapitre 2 : La conscience corporelle	28
I. La conscience corporelle dans le développement	28
A. La construction de l'individu	28
a) Le développement de l'intelligence selon J. Piaget.....	28
b) Le concept d'enveloppe et de peau	30
B. Le schéma corporel et l'image du corps.....	34
a) Le schéma corporel	35
b) L'image du corps.....	38
C. La construction identitaire du sujet	42
D. La conscience corporelle	44
II. La conscience corporelle dans la maladie d'Alzheimer.....	46
Chapitre 3 : Présentation de l'unité.....	50
I. Présentation du lieu de stage	50
A. Le lieu.....	50
B. L'équipe.....	51
C. Les réunions	52
D. Philosophies de soin de l'unité.....	52
a) La théorie de l'humanité.....	52
b) La validation.....	53
II. La place de la psychomotricité en UHR.....	54
Chapitre 4 : Etudes de cas	57
I. Mme B : l'éveil psychocorporel au travers du bain.....	57
A. Présentation et histoire de vie.....	57
B. Anamnèse	58
C. Indication et objectifs	60
D. Médiation : le bain thérapeutique	61
E. Prise en soin psychomotrice	62

F.	Conclusion.....	67
II.	Mme G : Quand la sensorialité révèle l'Être	68
A.	Présentation et histoire de vie.....	68
B.	Anamnèse	70
C.	Indication et objectifs	72
D.	Médiations	73
a)	Snoëzelen.....	73
b)	Esthétique	74
E.	Prise en soin psychomotrice	75
F.	Conclusion.....	81
	Evolution personnelle.....	84
	Conclusion.....	85
	Bibliographie	87
	Annexes	90
	Table des matières	93