Institut de Formation en Psychomotricité
Université Pierre et Marie Curie
Site Pitié Salpêtrière
91, bd de l'hôpital
75013 PARIS

# " Mettre des mots sur les maux "

# Guy Henri

---

## *Comment aider à maintenir une communication avec une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer en psychomotricité ?*

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité par : **Mathilde ALAUX**

Maitre de mémoire : **Clémence DESPLATS**

**-Session Juin 2014-**

# Remerciements :

Je tiens à remercier tout particulièrement l'ensemble du personnel de l'institution qui m'a accueillie et intégrée dans son équipe cette année. Merci à eux pour le temps qu'ils m'ont consacré en répondant à mes questions.

Je suis très reconnaissante à ma maître de mémoire, sans laquelle je n'aurais jamais pu réaliser ce travail.

Je remercie aussi chaleureusement tous mes maîtres de stage et les personnes qui m'ont accompagnée durant ces trois années de formation, ainsi que tous mes patients qui m'ont tant appris.

Mes derniers remerciements vont à mes proches : à ma famille pour son soutien inébranlable et à mes amis, à leurs critiques constructives et leur présence à toute épreuve.

# Sommaire :

INTRODUCTION

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

I. Le contexte institutionnel. ..... 8

A. Présentation de l'établissement. ..... 8

B. L'équipe de la résidence. ..... 8

II. La place de la psychomotricité. ..... 9

A. Le travail du psychomotricien. ..... 9

B. La place des stagiaires en psychomotricité. ..... 11

III. Présentation des cas cliniques. ..... 12

A. Cas de Monsieur P. ..... 12

1. Motif d'admission dans l'institution. ..... 12

2. Antécédents médicaux et chirurgicaux. ..... 12

3. Au sein de la structure. ..... 13

4. Bilan. ..... 13

5. Projet thérapeutique. ..... 14

B. Cas de Madame L. ..... 15

1. Motif d'admission dans l'institution. ..... 15

2. Antécédents médicaux et chirurgicaux. ..... 16

3. Au sein de la structure. ..... 16

4. Bilan. ..... 16

5. Projet thérapeutique. ..... 18

IV. Le vieillissement. ..... 20

A. La vieillesse ..... 21

B. Le vieillissement. ..... 21
1. Le vieillissement sensoriel. ..... 22
2. Le vieillissement cognitif. ..... 25
3. Le vieillissement psychomoteur. ..... 27
4. Le vieillissement psychoaffectif. ..... 29
5. Le vieillissement social. ..... 31
V. La maladie d'Alzheimer. ..... 31
A. La démence. ..... 32
B. La maladie d'Alzheimer. ..... 33
1. Etiologie. ..... 33
2. Epidémiologie. ..... 34
3. Les critères de diagnostic de la maladie d'Alzheimer. ..... 34
4. Les stades de la maladie. ..... 36
5. Les troubles cognitifs ou les 4A. ..... 37
6. Les troubles psycho-comportementaux. ..... 40
7. Les autres troubles somatiques. ..... 44
8. Le diagnostic différentiel. ..... 44
VI. La communication avec les personnes ayant la maladie d'Alzheimer. ..... 45
A. Définition. ..... 45
B. Les perturbations de la communication dans la maladie d'Alzheimer. ..... 47
C. La communication verbale. ..... 47
D. La communication non verbale. ..... 48
1. La communication non verbale avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. ..... 48
2. La communication non verbale d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. ..... 51

PARTIE DISCUSSION

VII. La communication est-elle toujours possible avec un sujet âgé atteint d'Alzheimer ? ..... 57

A. L'évaluation de la douleur. ..... 59

B. Le contrôle de la douleur. ..... 61

1. Les contrôles médicamenteux. ..... 61

2. Les contrôles non médicamenteux. ..... 62

VIII. La rupture de la communication ne vient-elle que des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ? ..... 63

A. Le regard. ..... 64

B. La parole. ..... 65

C. Le toucher. ..... 66

IX. Quels sont les éléments qui rendent un cadre thérapeutique inapproprié ? ..... 68

A. Une alliance thérapeutique floue. ..... 68

B. Une relation thérapeutique problématique. ..... 70

1. Le cadre. ..... 70

2. L'empathie. ..... 71

3. Le transfert et le contre transfert. ..... 72

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE

# Introduction :

"Tant que quelqu'un est vivant, c'est qu'il n'est pas mort". Ce postulat d'André Brandily paraît évident et pourtant il me questionne. En effet, durant cette troisième année de formation, j'ai réalisé un stage sur une longue période dans une résidence accueillant des personnes âgées. Celles-ci nous renvoient notre futur tel un miroir, ce que nous finirons par devenir, ce que nous perdrons : la bonne santé, l'autonomie, une vie sociale, le cadre familial, la raison. Cependant, ces femmes et ces hommes ne sont pas que décrépitude et maladie, ils sont aussi une source inépuisable de savoirs, de connaissances, d'expériences. Le tout est de savoir les écouter et les comprendre. Toute la difficulté réside, là. Une personne atteinte d'une maladie neuro-dégénérative n'a plus forcément la capacité de se faire entendre. Perdues dans l'espace, le temps, parfois perdues dans leur propre corps et pouvant avoir des troubles psycho-comportementaux invalidants, ces personnes effraient. Cette image de vide a souvent pour conséquence l'isolement du patient. S'il est encore assez conscient de son état, il se renfermera sur lui-même. L'exclusion par le groupe a lieu quand l'individu n'est plus capable de reconnaître de lui- même la peur qu'il suscite.

Le plan Alzheimer, mis en place en février 2008, définit, pour le psychomotricien, un axe de travail qui m'a interpelée. Le psychomotricien dans les limites de ses possibilités doit rétablir des facultés relationnelles et de communication du patient en intégrant les caractéristiques psychoaffectives, caractérielles et comportementales.

Je me suis donc demandé quel rôle nous avons à jouer auprès de cette population, mais, surtout, comment nous pouvons rétablir ou essayer de maintenir les capacités interactionnelles et de communication avec une personne malade d'Alzheimer, en institution.

Au fil des discussions avec ma maître de stage et des observations, il m'est apparu que la qualité de la relation avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer reposait essentiellement sur la communication corporelle, soit la communication non verbale.

Ce mémoire présente donc le déroulement et les résultats de deux expériences d'accompagnement dans le soutien d'une communication verbale ou non verbale en relation duelle et groupale.

Je débuterai par l'exposé théorique sur le vieillissement global d'un être humain, puis un vieillissement pathologique. Je détaillerai la maladie d'Alzheimer et les troubles associés, tels les troubles psycho-comportementaux qui mettent à l'épreuve les équipes soignantes et les proches. Je finirai par développer une partie sur la communication verbale, ses marqueurs, ses objectifs, qui sont les fondements de mes expériences.

Au sein de ces explications, j'insérerai des vignettes cliniques. Les deux cas cliniques qui illustreront mon mémoire seront au préalablement présentés ainsi que leur projet thérapeutique et leur mise en place.

La dernière partie sera consacrée à la discussion et à l'importance du cadre, tant matériel, qu'émotionnel, dans lequel évoluent les patients afin de maintenir ou de conserver l'envie de communiquer.

# Partie théorico-clinique :

## I. Le contexte institutionnel.

### A. Présentation de l'établissement.

L'institution est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Elle appartient à une structure plus importante qui gère de nombreuses autres résidences gériatriques et psychiatriques en France. Elle se situe dans un quartier résidentiel calme et plutôt haut de gamme.

La demeure se compose de vingt-quatre chambres de différentes tailles dont vingt et une sur quatre étages et trois plus intimes dans une annexe donnant sur le jardin. Ce dernier, paysagé, a des chemins aménagés pour les résidents. Chacun peut meubler et décorer comme il le souhaite son espace afin de favoriser une personnalisation et l'intégration des nouveaux lieux et modes de vie.

Au rez-de-chaussée se trouvent l'accueil, les salles communes avec le salon et les deux salles à manger. Dans la cour d'entrée, nous avons un office pour le bureau de la direction.

Le sous-sol, interdit aux résidents, sert pour les cuisines, la lingerie, l'infirmerie, les vestiaires et la salle de repos du personnel. Une salle permet de stocker tout le matériel de la psychomotricienne mais aussi celui de la psychologue et de l'animatrice.

### B. L'équipe de la résidence.

L'équipe de soins est composée d'une femme médecin coordinatrice, présente tous les jeudis, de deux infirmières coordinatrices (IDEC) et d'un infirmier (IDE) qui prodiguent les soins médicaux et paramédicaux et assurent un suivi continu des traitements.

Les aides aux actes de la vie quotidienne sont réalisées par deux équipes pluridisciplinaires formées chacune de trois auxiliaires de vie, d'une aide médico-psychologique, d'une aide-soignante. Ils font les levers, les couchers, les repas en chambre et en salle à manger, les toilettes, le ménage des chambres, l'accompagnement quotidien et participent à certaines animations.

Le suivi psychologique se fait avec la psychologue à mi-temps sur la structure ; elle écoute les résidents, leurs proches mais aussi l'équipe entière.

L'animatrice, à mi-temps, distrait les résidents tous les matins avec la lecture des informations du jour et les après- midis avec divers ateliers allant de l'atelier floral au loto géant, à l'organisation de sortie mensuelle au théâtre, aux musées, à des dégustations.

Des personnes extérieures, telles la coiffeuse, l'esthéticienne et la podologue interviennent une fois par semaine ou sur rendez vous particuliers.

L'équipe paramédicale a des kinésithérapeutes libéraux venant quand les résidents le souhaitent et une psychomotricienne trois jours par semaine.

Gravitant autour de l'équipe médicale, l'équipe administrative se compose de la directrice et d'une adjointe de direction qui fait aussi l'accueil. Leur but se restreint strictement aux taches administratives.

L'équipe de service logistique ne comprend qu'un seul homme ; il fait l'entretien et la maintenance générale du bâtiment.

L'équipe de restauration, composée de deux cuisiniers, prépare les repas de tous les résidents le matin, le midi, le goûter et le soir. Les plats, qu'ils soient mixés ou non, sont variés et ont une présentation recherchée. Les proches ou les amis peuvent participer aux repas, recréant ainsi une ambiance familiale dans l'établissement.

Et il ne faut pas oublier la mascotte, Prâline, une chatte tricolore un peu sauvage mais qui apporte beaucoup de chaleur et de convivialité à la demeure.

# II. La place de la psychomotricité.

## A. Le travail du psychomotricien.

La psychomotricienne présente trois fois par semaine, les lundis, les mardis et les jeudis, base davantage son travail sur la thérapie psychomotrice que sur la rééducation.

Avec les résidents, l'objectif premier est un rôle de stimulation motrice, cognitive et psychologique mais également d'accompagnement, le plus sereinement, à la fin de vie. Les ateliers ont lieu soit en groupe ouvert dans le salon, soit en groupe

fermé, dans la salle à manger. Des temps individuels existent, permettant aux résidents de partager un moment privilégié pour se livrer.

Les médiations sont variées : chorale, musiques, arts plastiques, peinture, mots, contes, mémoire, gym douce, des parcours pour l'équilibre, des ateliers sensoriels, prévention de chutes et cuisine.

En collaboration avec l'animatrice, la psychomotricienne participe à l'organisation des sorties extérieures : musées, expositions, parcs. Les résidents peuvent ainsi sortir mensuellement du cadre habituel de la résidence et garder un contact avec le monde duquel ils sont relativement coupés par leur institutionnalisation.

A la demande des résidents et de la psychomotricienne, un prêtre vient rencontrer les personnes qui le désirent et donne une messe mensuelle. Des bénévoles de la paroisse animent tous les lundis un groupe de prière.

Avec l'équipe, la psychomotricienne joue un rôle d'intermédiaire. Elle fait le lien entre les résidents et les soignants. En effet, certains résidents ont des troubles du comportement dus à leur maladie qui parfois mettent à mal l'équipe ou la laissent démunie face à la pathologie. Elle vient aussi temporiser entre l'administration et l'équipe. Ma maitre de stage est nommée référente bien-traitante de la résidence avec l'infirmière coordinatrice. Cette fonction est là pour préserver une ligne de conduite respectueuse et conforme à l'éthique de la maison.

Les bilans, lorsqu'ils sont possibles, sont effectués par la psychomotricienne, ses stagiaires et la psychologue. Afin de ne pas bousculer la personne et lui laisser le temps de s'adapter à son nouveau cadre de vie les bilans sont réalisés un mois après l'arrivée.

La psychologue, elle, fait passer une série de tests[1] de type neuropsychologique associés à un entretien informel sur l'histoire de la vie du patient, d'une part selon le point de vue du patient concerné et ensuite de celui de ses proches.

La psychomotricienne, elle, fait des évaluations d'ordre moteur et des observations qualitatives. Les items sont basés sur des ressentis corporels, les praxies, la latéralité, l'orientation spatiale et temporelle, les fonctions supérieures, l'autonomie, les relations avec autrui.

[1] voir annexe

## B. La place des stagiaires en psychomotricité.

Au sein de la structure, tous les ans, plusieurs stagiaires sont admis dans toutes les formations. Cette année, en psychomotricité, nous sommes trois stagiaires recrutés pour une longue période, un pour chaque journée de travail de ma référente. Nous devons la suivre les premières fois puis, elle nous demande d'évoluer seuls dans la structure. Cette liberté permet d'acquérir rapidement une autonomie. De plus, la psychomotricienne accueille de nombreux stages courts ou de découverte et j'ai pu m'exercer au côté formateur de la psychomotricité en expliquant aux différents stagiaires la structure et la population. La psychomotricienne demeure toujours présente pour nos questions, nos observations et nous livre d'éventuelles réflexions sur nos prises en charge ou sur un résident. Le choix des prises en charge dépend du moment : soit la psychomotricienne nous indique un patient, soit nous lui proposons un sujet et un projet.

Dans mon cas, les projets étaient déjà établis ; j'ai donc continué le travail d'un stagiaire précédent avec Monsieur P.. Ce projet, sortir de la structure pour aller boire un café, était très apprécié et me paraissait intéressant d'être prolongé. Le deuxième cas clinique, Madame L. fait lui aussi partie d'une prise en charge déjà instaurée : l'atelier cuisine dont j'ai également fait partie cette année.

Le choix des médiateurs, des gens et du cadre m'a été laissé pour d'autres projets. Cependant, mes deux sujets n'y participant pas, je ne développerai pas ces ateliers.

N'ayant pas de salle strictement dédiée à la psychomotricité, nous effectuons l'atelier cuisine dans la salle de restauration au rez-de-chaussée. En effet, nous avons besoin d'espace et d'un petit local équipé d'un évier et du micro- ondes pour certaines recettes. L'atelier psychomoteur, lui, s'exécute dans la salle grise - l'autre salle à déjeuner- inutilisée le soir. Pour les temps individuels, je reste dans les chambres ou si la météo le permet, j'installe le salon de jardin dans la cour intérieure.

# III. Présentation des cas cliniques.

## A. Cas de Monsieur P.

Monsieur P. est né à Brest le 16 novembre 1927. Il a quatre frères dont deux sont déjà décédés et une sœur. Son père étant marin, Monsieur P. s'amuse à dire "*Il nous a semé des frères et sœurs un peu partout*". Après des études de médecine, il est devenu médecin psychiatre de la marine. Il a vécu deux ans au Vietnam, neuf ans au Maroc et vingt ans au Japon. Pour ses soixante-cinq ans, il a pris sa retraite et est revenu en France, plus précisément à Paris. Il n'a ni femme, ni enfant mais beaucoup d'amis qui lui rendent visite régulièrement. Il est sous la tutelle d'un neveu.

### 1- Motif d'admission dans l'institution.

Début août 2012, il chute sur la voie publique de nuit ; les pompiers l'amènent aux urgences de l'hôpital Pitié Salpêtrière. Il a un traumatisme crânien et paraît très confus. Il est complètement désorienté, ne sait plus dans quel pays il est.

Fin août 2012, il rentre dans l'établissement pour les soins de suite dus à sa chute.

L'hôpital, ainsi que les observations de l'équipe soignante de l'EHPAD, tendent vers une démence de type Alzheimer, avec des troubles cognitifs sévères et de brefs épisodes d'hallucinations visuelles. Le diagnostic n'est pas clairement posé, la dénomination dans le dossier médical reste donc probable maladie d'Alzheimer au stade avancé en juin 2013.

Il est soulagé d'être dans l'établissement, il se sent plus en sécurité ; il avait peur de faire quelque chose d'illégal dehors et "*d'avoir la police aux trousses*". Cependant, il pense être là pour un court séjour. Il confond la résidence avec l'hôpital Pitié Salpêtrière qu'il connaît bien, y ayant été docteur durant quelques années.

### 2- Antécédents médicaux et chirurgicaux.

Monsieur P. est un homme de nature dépressive depuis son retour à Paris et sa mise à la retraite, qu'il juge avoir prise trop tôt. Il n'a subi qu'une appendicectomie dans sa jeunesse et n'a eu aucune autre intervention intrusive. Malgré un tabagisme sévère, il ne développe aucun problème respiratoire.

### 3- Au sein de la structure.

Monsieur P. est connu de tous et jouit d'une certaine popularité auprès des dames, ayant toujours le mot qu'il faut pour amuser la galerie. "*Petit, vieux, voûté, je n'ai rien pour plaire*", il accorde donc une grande importance à son style vestimentaire, toujours tiré à quatre épingles. Cette coquetterie lui vaut des réflexions et une réputation d'homosexuel qu'il s'amuse joyeusement à cultiver.

Toutefois, il reste volontiers seul dans sa chambre en peignoir à lire le journal *Le MONDE* et regarder la télévision. Il se définit lui même comme "*un être solitaire*" et plutôt "*nocturne*"; en effet, il déambule beaucoup la nuit dans les couloirs de son étage.

Monsieur P. doit se déplacer normalement avec une canne. Cependant, il ne l'utilise que très peu. En effet, il la porte comme un sac à main et ne la met à terre que pour se rassurer lorsque le sol est mouillé ou lui paraît étrange.

De jour, Monsieur P. est un homme charmant sans trouble déplaisant du comportement. De nuit, il devient très anxieux, ce qui le rend agressif, avec de l'hétéro-agressivité mais aussi de l'auto-agressivité. Une fois le matin, il ne se souvient pas de ces épisodes et semble surpris de voir des griffures ou autres petites blessures sur lui ou le personnel.

### 4- Bilan.

Monsieur P. a des résultats très inférieurs à la moyenne ce qui dénotent d'une démence assez avancée. Un MMSE à treize sur trente, zéro au test de l'horloge, trois au test des cinq mots, le test de fluence verbale n'a pas été effectué avec ce résident.

Niveau corporel, Monsieur P. sait localiser ses membres et des parties anatomiques de son corps entre elles et dans l'espace. La tête et les mains sont très présentes dans son discours, il s'en plaint "*dans ma tête, tout fout le camp*" et "*vu l'état de mes mains, je peux plus faire grand chose*", ses mains sont déformées sans pour autant avoir d'arthrose diagnostiquée.

Niveau praxique, malgré ses problèmes de mains, la préhension fine reste relativement adaptée. Pour des raisons de rapidité et de propreté, les aides-soignantes lui coupent les aliments lors des repas, ce qui montre une perte de l'efficacité de ses gestes. Il mange seul et proprement avec ses couverts : il a donc une

bonne coordination oculo-manuelle. Il peut saisir une anse de tasse à café mais, une fois l'objet saisi, il lui est compliqué de le lâcher et le reposer avant de l'avoir fini.

Niveau latéralité, Monsieur P. a une latéralité fonctionnelle oculaire, manuelle et pédestre à droite.

L'orientation spatiale et temporelle sont les fonctions les plus altérées. Les nombreux voyages de Monsieur P. le troublent, lorsque je lui demande "*où sommes-nous?*". Pour lui, nous sommes tous les jours "*dimanche*" et le lieu change suivant le temps, l'heure et l'envie; il cite souvent le Japon.

Les fonctions supérieures sont détériorées. L'attention est fluctuante et difficile à maintenir. Ses discussions, souvent superficielles, paraissent claires, cohérentes et toujours teintées d'humour. Plaisant, il donne l'impression de pouvoir suivre une conversation. Or, lors de nos entretiens les jeudis matins autour d'un café à l'extérieur de la résidence, je m'aperçois des techniques de compensation mises en place par Monsieur P. L'humour vient pallier un déficit du mot et les souvenirs d'enfance commencent à s'estomper d'où les échanges de banalités sur la météo, les menus du midi ou les hommes d'état actuels qu'il est incapable de citer.

Au niveau de l'autonomie, Monsieur P. se déplace aisément seul. Pour la toilette et l'habillage, il a besoin d'une aide partielle. Il faut initier le mouvement et le stimuler verbalement lors de la douche et des repas.

Au niveau relationnel, Monsieur P. est bien sociabilisé mais, comme vu précédemment, il aime aussi la solitude. Toutefois, il s'intéresse à la vie de la résidence et de ses occupants, demandant des nouvelles dès le matin lors du petit déjeuner. Très prévenant avec moi, il me propose toujours une boisson ou une part de gâteau lorsque je le visite. Une certaine labilité émotionnelle est notable ; en fonction de ses pensées fugaces et secrètes, il peut transformer son large sourire en une moue perplexe.

### 5- Projet thérapeutique.

Il est la première personne avec laquelle je m'entretiens seule et demeurera ma première prise en charge des jeudis.

Le projet est de permettre à Monsieur P. de sortir de la structure, afin de lui redonner une autonomie et une liberté proche de celle avant son admission, de comprendre pourquoi la nuit est si angoissante, chercher d'où vient tant d'agressivité et modifier le regard des équipes et des autres résidents qui ont du mal à cerner le comportement ambivalent de Monsieur P.. Le dernier objectif, celui pour toutes les

personnes âgées, est de maintenir les acquisitions restantes le plus longtemps possible.

Les séances de psychomotricité seront aussi là pour ancrer le temps et l'espace. En effet, je viens systématiquement dire bonjour, me présenter, demander la date du jour, rappeler la sortie, annoncer notre sortie une demi heure avant et lui donner rendez vous dans l'entrée à une heure précise. Je lui rappelle également que la sortie dure une heure.

L'espace du départ et de l'arrivée demeure immuable ; seule, la brasserie change au gré des envies et des possibilités physiques de Monsieur P.. Suivant l'entretien avant le départ, je prends ou non un fauteuil, Monsieur P. sait bien évaluer ses capacités et au moindre doute, je prends mes précautions, le fauteuil servant de déambulateur si Monsieur P. veut marcher. En cas de mauvais temps, je prépare un café moi -même et le monte dans la chambre, le rituel reste, cependant, le même.

## B. Cas de Madame L.

Madame L. est née le 23 juillet 1926 à Paris. Fille unique, elle a été "*fort gâtée par papa*" et obtient souvent ce qu'elle désire. Elle a été mannequin haute couture pour des marques prestigieuses, de sa majorité à ses trente ans. Elle a voyagé un peu partout dans le monde et garde Paris comme lieu de prédilection. Lors d'un défilé en Europe, elle a rencontré brièvement un homme avec lequel elle a eu un fils. Ils se sont séparés lors de la grossesse ; Madame L. est retournée vivre chez ses parents. Suite à l'accouchement, elle a développé une dépression post-partum qui dure encore aujourd'hui.

### 1- Motif d'admission dans l'institution.

Des troubles visuels importants et sa incapacité à se déplacer seule diminuent grandement l'autonomie de Madame L.. De plus, des plaintes mnésiques apparaissent, contraignant Madame L. à vivre chez ses proches. Ce système d'aide à domicile fonctionne jusqu'au jour où Madame L. commence à avoir des comportements "étranges" d'après son fils. S'occuper à plein temps de sa mère devient épuisant. Une hospitalisation brève pour ses yeux révélera la démence de type Alzheimer en janvier 2012. Sa famille, ne pouvant plus garantir un cadre sécurisant, l'institutionnalise en juin 2013 à la résidence.

### 2- Antécédents médicaux et chirurgicaux.

Madame L. a une hypertension artérielle et une cataracte inopérable. En 2010, elle a subi une intervention du canal carpien de la main droite. Madame est souvent sujette à des infections urinaires depuis son admission dans la résidence.

### 3- Au sein de la structure.

Madame L. est une dame très sociable, elle adore discuter avec les autres résidents, le personnel, les stagiaires ou les visiteurs. Ancienne mannequin, elle conserve une prestance charismatique et un sens de l'esthétisme poussé. Grande, élancée, des cheveux d'un blanc immaculé, mi-longs, toujours relevés, des yeux bleu pâle, elle attire tous les regards lorsqu'elle entre quelque part. Elle aime particulièrement prendre soin d'elle ; manucure et coiffeuse sont présentes toutes les semaines. Certaines dames dans la résidence la jalousent, ce qui la ravit "*c'est comme quand j'étais jeune*". Continuer d'attirer l'attention compte beaucoup pour cette dame "*mon physique c'est tout ce que j'ai, c'est tout ce que je suis*". Elle apprécie d'être encore aujourd'hui vêtue d'habits haute couture et qu'on la remarque "*on n'est pas belle pour soi, on l'est pour les autres*". De par sa profession, Madame L. a fortement investi son corps et l'expose sans complexe. D'ailleurs, elle ne comprend pas les complexes ou la pudeur ; très tactile, elle touche énormément les gens. Très demandeuse d'attention, de gestes affectueux et de contact, elle peut rapidement épuiser l'équipe soignante ou sa famille. Elle ne supporte pas d'être seule ou de ne pas participer à une conversation et broie facilement du noir si elle se sent isolée ou exclue. Une labilité émotionnelle majeure se retrouve chez elle, pouvant ainsi passer du rire aux larmes dans la même phrase.

Madame L. est une femme plaisante et attachante qui dort bien et déambule peu. Ses principaux troubles sont d'ordre comportementaux, centrés sur le verbal et le gestuel.

### 4- Bilan.

A son arrivée dans la structure, l'équipe remarque des troubles cognitifs sévères associés à des troubles du comportement de type désinhibition. Les bilans neuropsychologiques montrent une démence d'intensité profonde avec une

désorganisation spatio-temporelle importante. En effet, un MMSE à neuf sur trente, deux au test de l'horloge, deux au test des cinq mots confirment la démence sévère.

Niveau corporel, Madame L. sait parfaitement se repérer, citer, désigner, localiser des parties anatomiques entre elles et leur orientation dans l'espace. Sa déficience visuelle l'angoisse beaucoup ; ses yeux sont une partie d'elle souvent nommée soit en renarcissisation "*j'ai de très beaux yeux, il paraît, vous ne trouvez pas ?*" associé régulièrement à une plainte angoissée "*mes yeux, je ne vois rien, qu'est ce que je vais faire ?*".

Niveau praxique, malgré ses problèmes visuels, elle conserve une bonne préhension fine. Elle s'alimente seule, proprement, et n'a pas besoin d'aide pour couper ses aliments lors des repas. Ses gestes et ses coordinations sont donc adaptés et efficaces. La saisie et le relâché d'un objet se font aisément que la demande soit volontaire ou ordonnée.

Madame L. a une latéralité fonctionnelle oculaire, manuelle et pédestre à droite. Cependant, sa déficience visuelle a développé sa dextérité du côté gauche, "*avant de ne plus voir, j'étais gauche avec cette main* -désigne sa main gauche- *maintenant elle fait presque tout comme l'autre*" montre sa main droite et fait la comptine des marionnettes.

L'orientation spatiale et temporelle sont les fonctions les plus altérées. Madame est incapable de définir l'heure sur un cadran, de déterminer l'heure des repas dans la journée. Se situer dans l'espace, rez-de-chaussée ou deuxième étage -étage de sa chambre-, ou situer la ville de Paris sur une carte de France est impossible pour elle.

Les fonctions supérieures sont elles aussi altérées avec une attention très limitée sauf lorsqu'il s'agit de mode. Ses discours sur ce thème sont intarissables contrairement aux autres sujets qui lassent vite Madame L.. Ses conversations paraissent sans profondeur, mais, comme Madame L. est une dame plaisante, elle compense ce manque par des cajoleries verbales et physiques.

Niveau autonomie, Madame L. a besoin d'aide à la toilette ; souhaitant être parfaitement propre, elle préfère "*passer la main*". Cependant, elle s'habille seule, avec des directives orales pour le sens de l'habit. A la marche, Madame L. prend le bras des accompagnateurs "*c'est plus sûr que seule avec ma canne*", le bras lui permet un contact rassurant. Une fois sécurisée, elle marche plus aisément.

Au niveau relationnel, Madame L. est un être très sociable comme nous l'avons vu précédemment.

### 5- Projet thérapeutique.

La prise en charge de Madame L. se compose de deux temps : le premier, un temps individuel et le second, un temps groupal.

Le temps individuel est un temps, le matin durant une heure, où j'invite Madame L. à se détendre autour de toucher contenant ou enveloppant.

Au départ, je voulais instaurer un temps de relaxation, celle de Bergès, mais Madame L. n'y a pas adhéré. Elle se forçait à ne pas parler lors des inductions et des mobilisations et cela l'angoissait. J'ai rapidement senti que ce médiateur ne marcherait pas avec elle. Après des échanges avec la psychomotricienne, je décide de garder ces temps individuels avec Madame L. et de conserver aussi l'objectif : rassurer Madame L. et canaliser ses angoisses.

Mon deuxième choix s'oriente donc vers de la réflexologie palmaire. Je n'ai pas de formation officielle de réflexologie, c'est simplement un médiateur que j'affectionne et au sujet duquel j'ai lu quelques ouvrages. Cette technique est un médiateur où la verbalisation peut s'effectuer en simultané avec les manipulations. Localisé au niveau des mains, le soin permet une discussion facile et classique. Assises toutes les deux, l'une en face de l'autre, les séances ont un côté moins formel et plus rassurant pour Madame L. . Durant les premières séances, elle compare mes touchers à ceux d'une esthéticienne. Je revois donc mon approche afin de la rendre plus thérapeutique, en insistant sur la dénomination des zones parcourues. J'ai également insisté sur la verbalisation des ressentis, agréables ou non et surtout pourquoi un toucher déplaît.

Finalement, elle apprécie ce temps pour elle et le distingue des autres loisirs. Lorsqu'elle a de la visite, elle me présente comme sa "*thérapeute des mains*" et n'hésite pas à congédier ses invités pour avoir ses séances "*ils repasseront, nous c'est maintenant*".

Le temps en groupe rassemble quatre à cinq personnes, suivant les disponibilités, autour de la confection de gâteaux. Ce moment de convivialité et d'échange dure une heure et se situe dans la grande salle du déjeuner. Il y a une unité de temps, de lieu et de personnes, les repères spatio-temporels sont ainsi

implicitement travaillés. Cet atelier cuisine développe les activités practo-gnosiques. Ces dernières mettent en jeu, la motricité fine avec les ciseaux et les couteaux, la régulation du tonus, la stimulation des cinq sens, l'observation mais aussi l'attention. La planification des tâches selon les capacités des participants permet une revalorisation, majorée par le partage du plat lors du diner, par tous les résidents de l'EHPAD.

L'atelier se structure en huit parties :

Les courses sont faites avec un résident qui a du mal à accepter son sentiment d'inutilité. Cet instant en relation duelle lui offre une écoute attentive et une discussion dans un contexte privilégié. Par exemple, nous pouvons choisir une personne qui a besoin de parler mais qui est exclue par les autres résidents à cause de troubles de l'élocution. Le contrôle du débit verbal et la maîtrise de l'articulation sont favorisés en vue d'une meilleure compréhension en groupe. L'action peut également se situer dans le repérage spatial, trajet à l'extérieur de la résidence jusqu'au supermarché ou recherche des ingrédients dans les rayons.

L'installation pour accueillir les résidents doit se dérouler dans une ambiance chaleureuse. Une nappe recouvre la table, des torchons sont mis à disposition devant chaque place et les ingrédients sont disposés, bien visibles. Les encadrants ont des tabliers en tissu pour des raisons de protection et d'hygiène, en plus d'un aspect authentique. Une fois installés autour de la table, l'étape du lavage des mains avec des lingettes parfumées s'ouvre sur un moment sensoriel puis sur un temps plus corporel : se rappeler le nom des doigts -les somatognosie-.

Le nom de la recette, sa lecture sont très importants et suscitent déjà des réactions. Les participants commentent allégrement et donnent leurs avis sur leurs préférences ou s'ils ont autrefois réalisé ce type de recette. Sont évoqués alors les ingrédients, leur quantité et une dénomination concrète des ingrédients placés sur la table est demandée. Certains ont des gnosies déficientes et d'autres s'interrogent sur l'emballage actuel.

La confection du gâteau entraîne beaucoup d'entraide, lors des étapes délicates ou des mélanges plus ou moins compliqués. Les prises de positions souvent fermes doivent être assouplies afin d'atteindre un but commun. En effet, la méthode de chacun n'est pas forcément la méthode de tous. Cet espace est donc un lieu d'expression verbale mais pas uniquement. Le non verbal a aussi sa place avec les mimiques du visage, les froncements de sourcils, les haussements d'épaules, les soufflements, les ricanements, les sourires.

Le moule clôt la confection du gâteau. Il faut ajuster la feuille de cuisson : la découper n'est pas un exercice si facile. Une fois la pâte versée dans le plat, la préparation est une dernière fois admirée et sentie. Les gourmands peuvent enfin lécher les cuillères.

Le rangement est fait au fur et à mesure dans le chariot roulant afin de désencombrer l'espace visuel. Une personne nettoie la nappe, une autre la plie, une récupère les torchons : c'est un travail collectif. En fin de séance, nous nous félicitons de nos efforts et raccompagnons les résidents au salon.

En ce qui concerne la cuisson, un résident, préalablement déterminé, amène le gâteau en cuisine, accompagné par la psychomotricienne. Celui-ci doit donner au cuisinier le temps de cuisson et la température. La mémoire de travail est donc mise à l'épreuve. Ce moment reste court mais apporte beaucoup de fierté à la personne. En effet, les sous- sols sont interdits aux résidents sauf exception comme ici.

La dernière étape est la dégustation le soir. Le gâteau est proposé au dîner, le service est fait par la psychomotricienne afin de conserver le cadre établi.

## IV. Le vieillissement.

"Vieillir

Phénomène naturel et universel.

Il concerne tout être vivant,

à partir du moment où, justement, il est vivant.

Il nous concerne tous, à tout instant du parcours.

Il est des âges où l'on a hâte de vieillir,

il en est d'autres où l'on redoute de vieillir. "

Yolande Fradet-Vallée

## A. La vieillesse.

La vieillesse demeure un état subjectif puisqu'elle dépend du regard de l'individu sur lui-même et du regard des autres sur lui. Elle est d'origine multifactorielle et relève d'ordre biologique, social et surtout psychologique.

Psychologiquement, la vieillesse ne se ressent pas progressivement mais par à-coups. En effet, des moments de la vie tels que le départ des enfants du foyer, la retraite, la maladie, la mort des parents, d'un ami, du conjoint, une institutionnalisation, ces pertes vont venir marquer la personne. Cette dernière devra intellectuellement se reconstruire après chaque bouleversement.

*Pour Monsieur P., le fait de vieillir semble compliqué à aborder. Afin d'avoir une réponse, je m'y reprends à plusieurs fois pour finalement obtenir : "Vieillir c'est perdre tout ce que vous avez, vos loisirs, vos amis et votre vie à la fin".*

*Madame L. perçoit cet état d'un ton plus léger et davantage comme "une deuxième enfance, on dort beaucoup, on mange, on s'amuse et on attend". Elle affectionne particulièrement les nouvelles attentions que le statut de personne âgée lui offre, "toute ma famille vient me voir, j'ai plein de cadeaux aussi".*

## B. Le vieillissement.

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit le vieillissement comme "un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps". Jack Messy précise que ce processus dégénératif "débute dès la naissance et s'achève avec la destruction de l'individu." (Messy, 2002, p23).

Si aucune pathologie ne s'associe à ce phénomène, c'est la sénescence. En effet, vieillir n'est pas une maladie, c'est "une phase de notre évolution personnelle" (C. Jaeger, 1999, p32).

### 1- Le vieillissement sensoriel.

Le vieillissement sensoriel touche toutes les perceptions, les visuelles, les auditives, les tactiles, les gustatives, les olfactives, les proprioceptives et les vestibulaires.

La vision connaît d'importants changements avec l'âge comme une diminution des perceptions des couleurs ou de l'acuité visuelle[2], une plus grande sensibilité à la luminosité, des limitations d'amplitude des mouvements des yeux et une activité oculomotrice plus lente. La cataracte[3] et la presbytie[4] demeurent les principales pathologies altérant la vue, passé les 60 ans.

*Les deux cas cliniques ont des problèmes visuels, Madame L. ne distingue plus que des formes vagues. En atelier cuisine, elle n'est pas à l'aise pour doser le sucre ou la farine. Toutefois, quand on l'accompagne et qu'elle réussit, elle est très fière d'elle- même "Je vois pas clair mais j'arrive encore à faire des choses correctement".*

*Quant à Monsieur P., des lunettes opaques lui sont obligatoires, au moindre rayon de soleil, "On m'a trop pris en photo, j'ai les yeux sensibles maintenant". Et les lunettes lui permettent de s'assoupir discrètement en terrasse de café, lorsque la conversation ne tourne pas comme il le souhaite, "Je vous laisse parler chiffon, je repose mes yeux".*

L'audition perd en précision avec le temps, notamment, pour localiser d'où provient exactement un son dans l'espace. La diminution de l'acuité auditive se désigne par la presbyacousie. Les sons aigus sont les premiers à être moins bien perçus.

*Monsieur P. conserve une bonne ouïe ; je peux me placer autour de lui, même être derrière lui ou aller dans sa salle d'eau sans pour autant stopper notre conversation.*

[2] L'acuité visuelle est la "capacité de l'œil à discriminer deux points distincts, en fonction de la distance les séparant et de l'éloignement de l'observateur ". (LAROUSSE ,2007)
[3] La cataracte est une opacification du cristallin.
[4] La presbytie est une perte d'élasticité du cristallin.

*Madame L. a besoin de m'avoir en face d'elle ou à côté de son oreille pour percevoir mes propos. S'éloigner d'elle ou changer de pièce est impossible. Si je ne suis plus en relation duelle et proche d'elle, elle considère que mes dires ne lui sont plus destinés.*

Le toucher souffre également de remaniement. En vieillissant, la peau se fragilise et, avec des récepteurs tactiles moins présents, la qualité des informations reçues s'amenuise, augmentant ainsi les risques d'escarres [5]. Toutefois, les modifications subies par la peau ne sont pas que physiques. En effet, l'image du corps voire le schéma corporel peuvent être touchés puisqu' une peau vieillie se ride et se détend. Ces phénomènes s'exposent clairement au jugement de la personne elle-même mais surtout aux jugements des autres sur elle.

*Madame M. conserve un sens du toucher très développé, manquant parfois de discernement dû à une mauvaise vue. Elle tâte beaucoup les personnes à côté d'elle, afin de les identifier rapidement. Cette méthode un peu cavalière ne choque pas l'équipe soignante habituée à ses manières, les résidents un peu moins, principalement les résidentes. Cette dame, ancien mannequin n'est pas très pudique. Elle utilise aussi le toucher en caresse pour materner ou pour demander à l'être. Elle aime être réconfortée car c'est une femme très angoissée par son image, "Vous me trouvez bien aujourd'hui ? en réajustant sa coiffure". Madame L. utilise des caresses et des contacts tels qu'une main sur un bras ou sur une main avec les hommes pour se sentir bien, "j'aime sentir une main d'homme sur mon bras, je me sens revivre".*

*Monsieur P. est un homme plus réservé, "Je ne suis pas très tactile comme disent les gens", "moi, j'aime les poignées de mains, le reste m'ennuie". Pour les toilettes et l'habillage, il se décrit comme "une vieille poupée rouillée". Je constate qu'il a une image très négative de lui -même "Je suis vieux, j'ai plus rien pour plaire" et rien ne le fait changer d'avis, même pas les attentions des dames de la résidence.*

[5] Une escarre est une nécrose du tissu cutané plus ou moins profonde lié à des alitements sans mobilisations.

Le goût est un des sens le plus touché. La distinction entre les aliments est donc très compliquée ; seuls les desserts et tous les goûts sucrés sont davantage conservés en mémoire.

*Monsieur P. se plaît à être un critique culinaire, notamment, sur les pâtisseries faites en atelier cuisine l'après midi -même. Cependant, il ne reconnaît plus tous les aliments, confondant ainsi, la compote de pomme avec celle d'abricot. Les critiques restent toujours positives puisqu'il affectionne particulièrement les plats sucrés.*

*Madame L. adore le chocolat et elle est une grande experte pour le cuisiner. Elle est très attirée par le sucré et se justifie ainsi "Etre mannequin, c'est beaucoup de sacrifices ; j'ai pas de défilé de prévu aujourd'hui, j'en profite pour grignoter une ou deux gourmandises". Elle n'a plus conscience des quantités. En effet, tous ses repas ou presque sont exclusivement composés de desserts.*

L'odorat demeure le sens le moins altéré. Il est donc intéressant de l'utiliser lors des repas ou dans des ateliers sensoriels.

*Madame L. associe souvent un parfum à une anecdote ou une histoire lui rappelle une senteur. En atelier cuisine avec les odeurs des ingrédients ou de la préparation, elle nous raconte souvent des souvenirs d'enfance, "La fleur d'oranger, c'est mon père qui fait des madeleines". La crème utilisée lors des touchers thérapeutiques " c'est le soleil, la plage, les maillots de bains tout petits, le sable fin et un défilé haut en couleurs".*

*Le café du jeudi matin donne le sourire à Monsieur P. Son explication se résume comme il le dit "à deux choix très simples", "Pour moi, un bon café le matin signifie, soit une dure nuit de travail, soit une nuit mouvementée", "comme vous êtes avec moi, jeune et fraîche, je prendrais la deuxième". Il est capable de reconnaître le parfum du café sans le voir quand le serveur approche et qu'une brise emporte l'arôme jusqu'à notre table "Le café approche, je le sens".*

La perception des informations proprioceptives et vestibulaire, grâce aux récepteurs ligamentaires, aux capsulaires, aux organes neuro-tendineux de Golgi, aux

fuseaux neuromusculaires, s'affaiblit et a pour conséquence directe des postures d'enroulement ou non adaptées à l'environnement.

*Pour les deux cas cliniques et pour de nombreux autres résidents de l'EHPAD, l'origine des mises en place des dispositifs d'aide à la marche, les fauteuils roulants, le fauteuil coquille et coussins ergonomiques est due à cette altération, pouvant provoquer des chutes, des lésions cutanées et des accidents.*

*A chaque sortie, je demande à Monsieur P. s'il désire un fauteuil ou si sa canne lui suffit ; au moindre doute, le fauteuil est pris. Il sent quand il est capable de se maintenir debout et droit et sait aussi lorsqu'il tangue ou titube un peu. Sa perception n'est pas altérée, c'est sa capacité à tenir qui l'est.*

*Madame L., contrairement à Monsieur P., n'est plus capable d'identifier sa position dans l'espace et ne peut pas ajuster sa conduite en fonction. Ses déplacements sont alors surveillés et accompagnés lors de la marche.*

### 2- Le vieillissement cognitif.

La personne âgée a du mal à s'adapter à de nouvelles situations, la cause est due à une diminution importante du nombre de neurones mais surtout une diminution de la plasticité cérébrale[6].

Le vieillissement mnésique ne touche pas de façon similaire chaque individu. De plus, les différents systèmes de mémoire évoluent et réagissent différemment à la dégénérescence et peuvent ne pas être tous lésés.

La mémoire se distingue en trois grandes catégories temporelles : la mémoire sensorielle, la mémoire de travail et la mémoire à long terme.

La mémoire sensorielle conserve fidèlement mais très brièvement l'information apportée par les différents sens, que sont l'ouïe, l'odorat, le toucher, la vue et le goût. La durée de la mémorisation est très courte, elle est de l'ordre de quelques centaines de millisecondes à une ou deux secondes au maximum. Cette mémoire constitue un passage obligé pour le stockage dans la mémoire à court terme. Les informations

[6] La plasticité cérébrale est la capacité du cerveau à remodeler les branchements entre ses neurones notamment dans le processus de mémorisation et d'apprentissage mais aussi pour compenser les effets de certaines lésions cérébrales.

sensorielles sont prélevées de manière sélective. Il demeure impossible de tout mémoriser, seules les informations signifiantes sont retenues, soit uniquement celles qui attirent l'attention. Toutefois, d'autres stimuli sont prélevés de manière non sélective ou inconsciente.

*Madame L. a une mémoire tactile et olfactive très efficiente. En effet, elle utilise beaucoup ces deux canaux sensoriels dans sa vie quotidienne étant visuellement déficitaire.*

*Monsieur P. a encore une bonne oreille, il écoute et assimile mieux les informations lorsqu'elles passent par l'oral. Sensible à la prosodie, il est important de bien mettre le ton pour ne pas le perdre, "Une question, mademoiselle, ça finit par une voix qui monte; si elle monte pas, c'est pas une question, donc, je réponds pas".*

La mémoire de travail ou mémoire à court terme – environ deux minutes- est la seconde catégorie qui va permettre à l'esprit de retenir les informations durant la réalisation de taches complexes. Elles sont traitées pour être ensuite stockées par la mémoire à long terme. En vieillissant, cette mémoire perd en performance, les rappels indicés deviennent nécessaires.

*Durant l'atelier cuisine avec Madame L., c'est cette mémoire qui est mise à l'épreuve avec le titre de la recette, les ingrédients à verser dans l'ordre, la cuisson, la température et toutes les données annexes autour du plat.*

La mémoire à long terme est la troisième catégorie de mémoire temporelle qui résulte d'un stockage durable. Elle peut être subdivisée en deux mémoires : l'épisodique et la sémantique.

*Avec Monsieur P., les exercices se portent sur cette mémoire avec les rappels des souvenirs de jeunesse, de ses voyages, des faits notables des pays dans lesquels il a vécu. Il entretient sa culture générale afin de conserver ses capacités à discuter en société et continuer à paraître un homme de savoir. Il*

*est docteur, statut que tout le monde connaît ; cela le place sur un piédestal, ou du moins, il s'en convainc.*

La mémoire épisodique est dédiée aux souvenirs d'événements personnels vécus en y incluant le contexte temporel – date - spatial – lieu- et émotionnel – ressenti lors des faits-. Cette mémoire est particulièrement touchée avec l'âge.

La mémoire sémantique mémorise les concepts, la culture générale, les idées, les mots sans contexte spatio-temporel d'apprentissage d'où sa stabilité au cours du vieillissement. Elle prend part au langage et à l'élaboration des pensées abstraites.

La mémoire procédurale ou implicite, concerne des associations et des savoirs appris grâce à leur répétition puis stockés dans la mémoire à long terme. Elle ne nécessite pas un rappel conscient de l'apprentissage des gestes. La difficulté avec l'âge résulte dans l'apprentissage de nouveaux mouvements surtout lorsqu'il s'agit de nouvelles technologies telles que le téléphone portable ou l'ordinateur voire la télévision.

### 3- Le vieillissement psychomoteur.

Chez la personne âgée, un ralentissement moteur se repère facilement avec une augmentation des temps de réaction et une lenteur d'exécution des gestes.

Au niveau tonique, des modifications s'observent avec des paratonies[7] de fond visibles lors de mobilisation passive. Durant les toilettes ou les soins, cette hypertonie génère du stress, parfois, des douleurs au patient, une perte massive d'énergie et de temps pour l'équipe.

Deux types d'équilibre existent, l'équilibre statique et l'équilibre dynamique. Cependant, la perte de l'équilibre, qu'elle soit statique ou dynamique, entraine le même sentiment, celui d'insécurité et de doute sur ses capacités.

L'équilibre statique est "la faculté à contrôler les oscillations posturales du corps pendant la station verticale sans déplacement des points d'appuis" (Albaret J-M.,

[7] Les paratonies sont "des anomalies de la contraction musculaire, entraînant une hypertonie responsable d'une attitude catatonique" soit une attitude figée. (Quevauvilliers, 2009, p690).

Aubert E., 2009, p24). La stabilité posturale demande donc une attention importante. Avec l'âge, l'amplitude des oscillations et leurs nombres augmentent.

L'équilibre dynamique se retrouve lors des déplacements, la personne doit adapter sa posture et son tonus suivant l'environnement. Mettant plus de temps à cheminer, les risques de chute deviennent plus probables.

La marche, lors d'un vieillissement dit normal d'une personne âgée, se caractérise par une réduction de la vitesse, avec une diminution de la longueur et de la hauteur du pas. La marche sollicite un niveau d'attention élevé et une consommation énergétique importante. Une diminution des amplitudes des mouvements de hanche, des genoux et des chevilles est visible et entraine un élargissement du polygone de sustentation[8].

*Monsieur P. marche bien seul et utilise très peu sa canne. Il a un équilibre statique moins performant que celui dynamique. Lors des transferts, l'étape de la station assise à debout sans avancer directement après est compliquée pour lui et teintée d'appréhension "On se lève et on tombe". Chez lui, les chutes surviennent dans ces temps de latence sans déplacement.*

*Madame L., quant à elle, ne marche plus sans aide, une canne et une personne de l'autre côté. Les deux équilibres sont touchés et les risques de chutes sont importants. Lors de la marche, je sens les ajustements de tonus de Madame sur mon bras ; elle le tire vers elle, quitte à me déséquilibrer également.*

Les coordinations, soit les activités utilisant la rapidité et les associations de gestes, deviennent compliquées et fatigantes, surtout lors des mouvements asymétriques.

La motricité fine pose aussi des problèmes. Les difficultés résident davantage dans la régulation tonique pour la préhension et l'écriture que des coordinations oculo-manuelles et bi-manuelles qui, elles, restent satisfaisantes.

[8] Le polygone de sustentation est une surface virtuelle comprise entre les points d'appui des deux pieds, pendant la station debout, à l'intérieur de laquelle doit se projeter le centre de gravité du corps pour qu'il n'y ait pas déséquilibre et de chute.

Les praxies, des mouvements orientés vers un but déterminé selon un déroulement dans le temps et l'espace, ne sont guère altérées. La planification, la programmation et l'automatisation sont conservées, seule l'exécution est ralentie.

*Les deux personnes ont, à ces niveaux, des diminutions sans être trop invalidantes. En effet, lors des repas, des sorties, des gestes de la vie quotidienne, je n'ai pas noté de déficience particulière. Un ralentissement dans l'exécution est, cependant, notable.*

L'organisation temporo-spatiale se perd. Le rythme devient plus lent, les heures des repas ne structurent plus les journées, les repères de la vie quotidienne s'estompent. L'investissement de l'espace décroît avec la diminution de la sensibilité sensorielle et des déplacements.

*Madame L. n'a plus aucun repère dans la journée, "Midi, on mange mais, je sais plus quand c'est" en regardant le cadran de l'horloge.*

*Monsieur P., lui, lit et associe toujours les heures avec un repas ou de la nourriture, "Onze heures, c'est le café "du jeudi matin", "Midi, on déjeune", "seize heures, le goûter", "dix-neuf, on dîne". Il n'a cependant pas le réflexe de dormir après le repas, il préfère déambuler la nuit et faire des siestes dans la journée.*

### 4- Le vieillissement psychoaffectif.

Notre société actuelle prône la rentabilité, l'aspect physique et la jeunesse. La vieillesse, elle, est associée à la faiblesse, l'infirmité et la dépendance. Le schéma corporel[9] et l'image du corps[10] sont altérés, par le déficit sensoriel, le manque

[9] Pour Julian de Ajuriaguerra, schéma corporel : " 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".

[10] "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-mêmes" pour Schilder.

d'activité pour le premier et les modifications inhérentes au vieillissement bouleversent la représentation de soi pour le second. L'isolement vient clore cette boucle de la déchéance.

Au sein même de la structure familiale, la place de la personne âgée a changé. Dès que l'autonomie se dégrade, l'institutionnalisation apparaît comme unique solution. En effet, les enfants ne gardent plus leurs parents chez eux et ne les considèrent plus comme des sources de savoir.

> *C'est le cas de Madame L. qui vivait chez son fils jusqu'à présent et qui, en perdant son autonomie, a dû revoir son mode de garde. Pour elle, il y a une double perte : la perte du cadre familial et la perte de son physique, qui compte beaucoup pour elle, "J'ai de jolies jambes, mais elles me portent plus ou mal désormais", "Je peux plus rien faire seule" et "Mon fils peut pas rester constamment avec moi".*

Le vieillissement se caractérise majoritairement par des pertes : la personne âgée doit donc intégrer trois deuils, selon Rexan-Galais, le deuil de l'objet[11], le deuil de l'identité et le deuil du Moi.

Le deuil de l'objet renvoie souvent la personne à sa propre mort. Le sujet âgé réinvestit difficilement un nouvel objet ; il est conscient du caractère éphémère des choses, ce qui rend le deuil de l'ancien objet compliqué.

Le deuil de l'identité sociale, en ne travaillant plus, la personne perd une part de ce qu'elle est, le travail la définissant en grande partie.

Le deuil du Moi est une conscientisation de la mort et de sa propre mort. Cette prise de conscience entraine un détachement et un réinvestissement, soit dans l'autre, soit dans la foi et la religion.

Ce travail de deuil engendre un mal-être et une crise chez l'individu âgé pouvant aller jusqu'à la dépression. La dimension productive et esthétique de la société occidentale ne permet pas l'intégration des personnes âgées en collectivité.

[11] L'objet est un terme psychologique générale désignant un être animé ou non.

*Monsieur P. se reconnaît, lorsqu'on l'appelle simplement "docteur". Pour lui, son nom ou son statut professionnel le désignent. Ancien médecin de l'armée, il a exercé dans des régions reculées où il a été placé sur un piédestal. Très engagé dans son métier et reconnu de tous, il a fortement investi son statut de soignant et attend qu'on le lui rende."J'ai toujours été là quand on avait besoin de moi, j'ai aidé beaucoup de gens, maintenant à vous"," S'il y a une justice, je suis serein ".*

### 5- Le vieillissement social.

Le vieillissement social est "la transformation définitive des rôles que chacun a, prend ou accepte vis-à-vis des siens et de la société" (Hervy M-P., 2001, p32). Le départ des enfants, la retraite, les petits-enfants suivent l'ordre normal des modifications des rôles sociaux, ils évoluent avec l'avancée de l'âge.

Le vieillissement social devient anormal lorsque l'individu n'a plus aucun rôle à jouer, quand le réinvestissement d'une nouvelle posture n'est plus possible. Une mauvaise intégration du deuil de l'identité sociale ou une maladie chronique et invalidante peuvent être à l'origine de ce blocage. Ce dernier engendre l'isolement de la personne et peut-être un facteur aggravant de l'installation d'une dépression.

*Les deux patients sont diagnostiqués dépressifs. Monsieur P., lorsqu'il a arrêté d'exercer son activité de docteur, ce qui corrobore avec les dires de ses proches ; ici, un arrêt brutal d'activité a été nuisible. Madame L., après son accouchement et les baisses de contrats pour les défilés ayant provoqué la diminution d'activité.*

## V. La maladie d'Alzheimer.

Afin de mieux cerner les individus atteints de la maladie d'Alzheimer, il est préférable de redonner un contexte à cette pathologie. En effet, la maladie d'Alzheimer fait partie d'une catégorie de démence dite, la démence de type Alzheimer.

## A. La démence.

Plusieurs définitions de la démence existent. Toutefois, les deux principales restent celle de l'OMS et celle de l'Association américaine de psychiatrie (APA).

La Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM 10) ou l'OMS (1994) définit la démence par "une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou modification de la personnalité.".

La version américaine décrit la démence comme "un syndrome insidieux et progressif, se caractérisant par des déficits multiples, à la tête desquels figurent nécessairement des troubles de la mémoire. Les troubles de la mémoire doivent s'accompagner d'au moins un autre type de déficit (langage, praxie, gnosie ou fonctions exécutive). Ces déficits cognitifs doivent constituer un déclin par rapport aux capacités antérieures et ils doivent compromettre les activités professionnelles ou sociales de la personne. Enfin, ils ne doivent pas être liés à un délirium ou à une affection psychiatrique.".

Chaque démence est unique puisqu'elle n'atteint pas forcément les mêmes régions cérébrales, la rapidité d'évolution varie aussi, suivant la personne, l'âge, le sexe, les conditions environnementales, les prédisposions génétiques. Les conséquences, elles, sont similaires, des troubles importants de la capacité d'apprentissage, des troubles relationnelles et sociaux, une diminution de l'autonomie viennent entraver l'indépendance des gens.

Trois grandes classes de démences se distinguent :

Les démences primaires : elles regroupent les maladies dégénératives – la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy, la démence fronto-temporale dont la maladie de Pick.- et les démences vasculaires dues à un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) – les démences sous-corticales dont la maladie de Parkinson et de Huntington.

Les démences secondaires : elles résultent de facteurs de type infectieux – maladie de Creutzfeldt-Jacob, infection sexuellement transmissible dont le VIH et la syphilis - de type traumatique – la démence des boxeurs - de type toxique – alcoolisme, carence en vitamine - de type cérébro-vasculaire. Certaines de ces

démences sont curables, elles sont alors définies comme "signe de maladie démentielle" (CIM 10).

Les démences mixtes : associent les caractéristiques des démences dégénératives et des démences vasculaires.

## B. La maladie d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer (MA) est différente de la démence sénile de type Alzheimer (DSTA) mais devant le succès populaire du terme "Alzheimer", les médecins ont suivi l'évolution du langage et afin d'être compris, ils ont pris l'habitude d'employer, pour caractériser un dément de 80 ans, l'expression maladie d'Alzheimer au lieu de démence sénile de type Alzheimer.

Les symptômes de la maladie d'Alzheimer débutent en général vers 50-60 ans, la détérioration des fonctions intellectuelles est massive et profonde. Ceux de la DSTA surviennent chez des personnes de plus de 65ans, l'altération est plus lente et évolue généralement par paliers sur une plus longue durée.

De nos jours, d'après le professeur L. Ploton[12], on ne distingue plus ces deux démences et l'on parle indifféremment de maladie d'Alzheimer.

J'utiliserais donc le terme MA comme le terme générique regroupant aussi la DSTA.

### 1- Etiologie.

Dans la maladie d'Alzheimer, deux lésions se retrouvent fréquemment. Toutefois, elles ne sont pas spécifiques à cette pathologie.

Les plaques séniles (PS) ou plaques amyloïdes : dépôts denses dans le néocortex et l'hippocampe d'une protéine, la bêta-amyloïde, qui, à haute concentration, détruit les cellules et bloque la communication neuronale. Ces lésions sont extracellulaires.

Les dégénérescences neuro- fibrillaire (DNF) : une accumulation de filaments formés par une protéine micro-tubulaire, la protéine TAU hyperphosphorylée. Cette

[12]PLOTON L. La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence. Lyon : Chroniques sociales, 1990, p.180

protéine envahit le cortex puis l'hippocampe et ainsi toutes les aires associatives créant les troubles cognitifs.

### 2- Epidémiologie.

L'estimation de prévalence[13] la plus souvent avancée de la maladie d'Alzheimer est de 0,5 % avant 65 ans, 2 à 4 % passé ce cap. Mais elle augmente fortement avec l'âge, pour atteindre 15 % à 80 ans. Appliquées à la population française, ces proportions donnent 860 000 personnes souffrant de démences de type Alzheimer.

L'incidence[14], moins connue, devrait atteindre deux millions de personnes en France en 2020. Il s'agit donc d'un enjeu médical, scientifique, social et économique majeur dans tous les pays développés où l'espérance de vie s'est accrue régulièrement depuis un siècle.

### 3- Les critères de diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

Le diagnostic d'une maladie d'Alzheimer ne peut être établi du vivant de la personne. En effet, afin de pouvoir affirmer qu'une personne est atteinte d'une MA, il est nécessaire de faire une biopsie ou une autopsie du cerveau. Il est donc plus précis de dire qu'une personne est, probablement, atteinte de la maladie d'Alzheimer.

D'après les critères du DCM-IV, la MA peut facilement se confondre avec une démence fronto-temporale. Par conséquent, j'y associerai les critères du NINCDS-ADRDA de McKhann.

Le diagnostic d'une MA peut être probable quand les critères suivants sont réunis :

- Syndrome démentiel établi sur des bases cliniques et documentées par le Mini-Mental State ou tout autre test équivalent et confirmé par des épreuves neuropsychologiques.
- Déficits d'au moins deux fonctions cognitives telles que le langage (aphasie), les habiletés motrices (apraxie), perceptives (agnosie), mnésique (amnésie soit aphasie, et les fonctions exécutives.

[13] La prévalence c'est le nombre de malades relevé dans une population, à un moment précis, indépendamment de l'ancienneté de la maladie

[14] L'incidence est une évaluation statistique du risque, pour une personne ou une catégorie de personnes, de développer une maladie précise.

- Altérations progressives et continues de la mémoire et des autres fonctions cognitives.
- Absence de trouble de conscience ou d'autre pathologie cérébrale physiologique ou psychiatrique.
- Survenue entre 40 et 90 ans le plus souvent au-delà de 65 ans.

Ce diagnostic de maladie d'Alzheimer probable peut être renforcé avec les prochains critères :

- La perturbation des activités de vie quotidienne et la présence de troubles du comportement.
- Une histoire familiale de troubles similaires surtout si confirmés histologiquement.
- Le résultat aux examens standards suivants: normalité du liquide céphalo-rachidien, EEG normal ou siège de perturbations non-spécifiques comme la présence d'ondes lentes, présence d'atrophie cérébrale d'aggravation progressive.

Il existe d'autres caractéristiques cliniques compatibles avec le diagnostic de maladie d'Alzheimer, probables, après exclusion d'autres causes:

- La présence de symptômes tels que la dépression, l'insomnie, l'incontinence, les idées délirantes, les illusions, les hallucinations, les réactions de catastrophes, les désordres sexuels et la perte de poids. Des anomalies neurologiques sont aussi possibles surtout aux stades évolués de la maladie, notamment des signes moteurs tels qu'une hypertonie, des myoclonies[15] ou des troubles de la marche.
- Crises comitiales, aux stades tardifs, ou des crises nerveuses paroxystiques avec convulsions et perte de connaissance. En quelque sorte, ce sont des crises d'épilepsie.
- Scanner cérébral normal pour l'âge.
- Une période dite de plateaux au cours de l'évolution peut s'observer. Elle laisse inexplicablement les symptômes et leurs conséquences stagner durant un temps indéterminé.

[15] La myoclonie est une contraction musculaire rapide, involontaire, de faible amplitude, d'un ou plusieurs muscles.

Des signes rendent le diagnostic de maladie d'Alzheimer, probable, incertain voir improbable:

- Un début brutal.
- Un déficit neurologique focal présent tel que l'hémiparésie[16], l'hypoesthésie[17], déficit du champ visuel, incoordination motrice à un stade précoce.
- Des crises convulsives ou troubles de la marche en tout début de maladie.

### 4- Les stades de la maladie.

La maladie d'Alzheimer évolue en trois stades qui se succèdent et entraînent une sévère altération des fonctions cognitives et de l'état physique du patient. L'évolution de la maladie peut durer des années, mais sa vitesse de progression varie d'un patient à l'autre.

#### *a) Stade 1 : le stade léger ou précoce.*

Au cours de ce premier stade, le patient manifeste de légères pertes de mémoire, des variations d'humeur ainsi qu'un ralentissement de sa capacité d'apprentissage et de réaction. Il est encore capable d'exécuter seul des tâches faciles, mais pour les activités plus complexes, il a besoin d'aide. Il met plus de temps à parler et à comprendre, il perd souvent le fil d'une discussion et peut s'arrêter au beau milieu d'une phrase. La prise de conscience de cette régression des facultés mentales, quand elle a lieu, suscite chez le patient de la dépression, de l'irritabilité.

#### *b) Stade 2 : le stade modéré ou intermédiaire.*

À ce stade, les facultés cognitives et la mémoire continuent de se détériorer, bien que de nombreuses personnes conservent une certaine conscience de leur état. Les personnes atteintes du stade modéré de la maladie d'Alzheimer auront besoin d'aide dans de nombreuses tâches quotidiennes. Pour les familles et les aidants, ce stade marquera une augmentation substantielle des soins à donner entrainant souvent un hébergement de la personne dans un établissement de soins. Ce niveau est celui qui paraît le plus long.

[16] L'hémiparésie est un déficit partiel de la force musculaire touchant la moitié droite ou gauche du corps.
[17] L'hypoesthésie désigne une diminution de la sensibilité du toucher aux stimuli.

### *c) Stade 3 : le stade avancé ou grave.*

La personnalité du patient s'estompe et disparaît lentement. Sa mémoire et sa capacité de reconnaissance périclitent. La personne finit par devenir incapable de communiquer verbalement ou de prendre soin d'elle-même. Elle ne contrôle plus sa vessie et exige des soins constants. Elle n'est plus capable de mâcher et de déglutir et elle devient très sensible, notamment, aux pneumopathies, aux infections et aux autres affections. Ses problèmes respiratoires s'aggravent, surtout s'il y a un alitement. L'objectif des soins à ce stade est de continuer à soutenir la personne atteinte pour lui assurer la meilleure qualité de vie possible.

Les stades se succèdent dans le temps, mais il n'est pas possible de tracer une ligne de démarcation précise entre chaque stade. Leur durée varie d'un patient à l'autre.

## 5- Les troubles cognitifs ou les 4A.

La maladie d'Alzheimer affecte de façon isolée et indépendamment certains processus cognitifs dont quatre principaux :

### *a) L'amnésie.*

L'amnésie, d'après un dictionnaire classique Le Petit Robert est "une perte totale ou partielle, temporaire ou définitive de la mémoire", et reste souvent le mode d'entrée dans la pathologie. La personne a tendance à minimiser ce trouble puisque les souvenirs les plus anciens demeurent jusqu'à un stade avancé dans la maladie. Les troubles mnésiques apparaissent précocement et sont régulièrement confondus au début avec un manque d'attention ou de l'étourdissement. La perte d'autonomie amène l'entourage à convaincre la personne de consulter. La mémoire épisodique antérograde, avec la mémoire à court terme et la mémoire de travail, est la plus lésée dans la MA. Dans un second temps, c'est la mémoire épisodique à long terme et la mémoire sémantique qui s'étiolent.

### *b) L'aphasie.*

L'aphasie est un "trouble de l'expression et/ou de la compréhension du langage oral (surdité verbale) ou écrit (cécité verbale ou alexie), dû à une lésion

cérébrale localisée, en l'absence d'atteinte des organes d'émission ou de réception"[18]. Très fréquente, elle apparaît, précocement dans la maladie. Au départ, le trouble se perçoit par une aphasie anomique soit un appauvrissement global de l'expression verbale et l'utilisation de termes indéfinis (truc, machin, bidule) ou génériques (fleurs pour rose) ou par la définition de l'usage (pour couper, pour brosser). L'aphasie évolue progressivement, elle touche, en premier lieu, l'expression avec l'aphasie de Broca, puis, la compréhension avec celle de Wernicke. Au niveau de l'écriture, une dysorthographie peut se manifester allant jusqu'à l'incapacité d'écrire induite par l'association des troubles aphasiques, apraxiques et visuo-spatiaux. Plus le niveau d'éducation est élevé, plus les difficultés paraîtront rapidement aux yeux des proches.

### *c) L'agnosie.*

L'agnosie "incapacité de reconnaître ce qui est perçu alors que les organes sensoriels restent intacts". Ce trouble de la reconnaissance se scinde en deux principaux types, la prosopagnosie qui est la non reconnaissance des visages et parfois de son propre reflet et l'anosognosie[19], la non-conscience de ses troubles, voir le déni. L'agnosie peut aussi toucher les yeux avec l'agnosie visuelle et le corps avec l'autotopoagnosie[20] ou l'agnosie digitale lorsque l'altération s'attaque aux doigts.

> *Monsieur P. ne reconnaît pas mon visage mais se souvient des traits les plus marqués comme "Le sourire où l'on voit les dents", du contact de ma main sur son bras, de ma voix.*

> *Madame L., ne me resitue pas ; je dois me représenter à chaque fois et plusieurs fois dans une même journée. Seuls, mes touchers des mains sont perçus comme familiers.*

### *d) L'apraxie.*

L'apraxie, l'"incapacité d'effectuer des mouvements volontaires adaptés à un but, alors que les fonctions motrices et sensorielles sont normales". Rares en

[18] Le Petit Robert, Nouvelle édition millésime 2013.
[19] Anosognosie est la méconnaissance partielle ou totale des troubles.
[20] L'autotopoagnosie est une difficulté à dénommer et à désigner, ou à reconnaître d'une façon générale, les parties du corps.

début de maladie, les troubles praxiques atteignent de nombreuses structures cognitives.

L'apraxie réflexive, soit l'incapacité à reproduire des mouvements abstraits et sans but venant d'un dysfonctionnement des lobes pariétaux d'où les troubles du schéma corporel et de latéralité.

L'apraxie visuo-constructive concerne la difficulté à associer des parties des espaces pour confectionner un tout uni. La troisième puis la deuxième dimension sont rapidement perdues.

L'apraxie de l'habillage occasionne des difficultés ou une impossibilité à positionner et orienter ses habits par rapport à son corps dès le stade modéré.

> *Les deux cas cliniques ont besoin d'aide pour se vêtir le matin, toutefois, ils sont capables de reconnaître un pull ou un pantalon et savent faire les gestes pour les enfiler. Ici, l'aide est une question de praticité et de sécurité. Les chutes lors de l'habillage sont fréquentes.*

L'apraxie idéomotrice se caractérise par l'incapacité à exécuter un geste sur demande, geste symbolique ou action mimée (se peigner) tandis que l'exécution spontanée est possible (dissociation automatico-volontaire). Elle est souvent associée à des lésions pariétales gauches.

L'apraxie idéatoire est considérée comme une désorganisation de la représentation mentale des gestes à exécuter. Il est impossible pour le patient de réaliser un mouvement composé d'un ensemble de sous-mouvements élémentaires organisés. D'un point de vue moteur, les mouvements élémentaires sont bien effectués, mais l'idée du geste est incohérente. Cette pathologie altère principalement les activités de manipulation d'objets et d'utilisation d'outils. Sa cause est souvent attribuée à une lésion occipitale-pariétale gauche et bipariétale.

Plus la maladie avance, plus les troubles praxiques se majorent et deviennent source d'une dépendance dans les activités de la vie quotidienne.

### *e) Les fonctions supérieures.*

Les troubles des fonctions exécutives et du jugement sont "les fonctions cognitives qui permettent de penser de façon abstraite, de planifier, de débuter puis de mener à son terme une action déterminée par un but. Il s'agit de fonctions complexes qui sous-tendent toute activité sociale ou professionnelle et donc l'autonomie" (Sellal F., Kruczek E., 2007, p32.). La capacité de juger fait également partie de ses fonctions exécutives et elles sont, elles aussi, rapidement altérées.

## 6- Les troubles psycho-comportementaux.

Les troubles du comportement sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer. Ils varient d'un patient à l'autre et selon le stade de la maladie chez un même patient. Ils font partie des symptômes les plus difficiles à supporter pour l'entourage familial. Ils aboutissent à un épuisement psychologique et physique des proches qui conduit souvent au placement du patient en institution.

### *a) Les troubles de l'humeur.*

L'anxiété serait l'une des manifestations les plus précoces. Elle peut se voir en début de maladie, lorsque le patient a conscience de la diminution de ses capacités intellectuelles. Plus tard, l'anxiété peut s'exprimer par des préoccupations physiques, une agitation nocturne, des conduites d'opposition ou des déambulations.

A un stade évolué de la maladie, il peut exister une angoisse[21] de l'abandon à l'origine d'une sollicitation permanente et épuisante de l'entourage. Les réactions dépressives sont fréquentes au cours de la maladie. En revanche, les véritables dépressions[22] sont rares.

*Monsieur P. et Madame L. sont diagnostiqués dépressifs. Cependant, ce constat a été effectué avant l'apparition des premières plaintes mnésiques. La maladie d'Alzheimer a juste renforcé ce penchant mélancolique.*

[21] L'angoisse est une inquiétude profonde entrainant un sentiment de malaise physique et psychique
[22] La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

Certains symptômes comme le désintérêt, l'apathie[23], la réduction d'activité ou la perte de motivation appartiennent aussi bien au registre dépressif qu'au registre démentiel et la distinction entre les deux pathologies est parfois difficile. Les états dépressifs s'expriment soit par un émoussement affectif, le retrait social, soit par des manifestations d'anxiété et d'irritabilité.

### *b) Les troubles de la personnalité et du comportement.*

L'anosognosie peut être à l'origine de difficultés dans la prise en charge du patient, celui-ci pouvant refuser l'aide qui lui est apportée car n'en comprenant pas l'utilité.

Les familles rapportent souvent une modification de la personnalité du patient qui se manifeste soit par une majoration des traits de caractère antérieurs à la maladie, soit par une modification du comportement. La spontanéité, la perte de motivation, l'indifférence se voient surtout en début d'évolution. On peut observer aussi des réactions émotionnelles inadéquates se manifestant par des épisodes d'excitation ou d'irritabilité.

Les comportements d'agitation posent d'importants problèmes de prise en charge aussi bien dans le milieu familial qu'en institution. On regroupe sous ce terme des troubles variés. Il peut s'agir de déambulation ou de piétinements incessants, d'activités répétitives sans but comme ranger et déranger des objets, plier et déplier des mouchoirs, aller constamment aux toilettes, se frotter les mains, s'habiller et se déshabiller, de troubles verbaux comme le rabâchage des mêmes mots. La fugue est également une manifestation d'agitation fréquente. Ces comportements se voient chez les patients à un stade évolué de la maladie.

Les comportements d'agressivité sont le plus souvent verbaux avec des cris et des injures. Ils surviennent généralement en réaction à un événement particulier tel que les changements d'environnement qui apparaissent étrangers et inquiétants pour le malade. Le refus de la toilette, la mauvaise interprétation d'un geste ou d'une parole de la famille ou du personnel soignant peuvent déclencher ces comportements. Ils

[23] L'apathie est un manque d'intérêt émotionnel, social, spirituel, philosophique et/ou physique.

sont liés à la sévérité de la maladie et s'accompagnent souvent d'une aggravation de celle-ci.

> *La nuit, Monsieur P. devient méfiant et peut en venir aux mains, si la situation n'est pas désamorcée. Afin d'atténuer ses angoisses, il suffit de prendre le temps de parler avec lui et de l'accompagner dans sa déambulation l'espace d'un instant.*

### *c) Les troubles psychotiques.*

Les troubles psychotiques regroupent les idées délirantes, les hallucinations et les erreurs d'identification.

Les idées délirantes sont fréquentes. Il s'agit le plus souvent d'idées de vol, d'abandon, de jalousie ou de persécution vis-à-vis de la famille ou de l'entourage. Les idées délirantes peuvent être à l'origine d'accès d'agitation et d'agressivité. Mais elles sont le plus souvent fugitives. Elles sont généralement associées à d'autres troubles du comportement. Elles sont considérées comme de mauvais pronostics car elles s'accompagnent souvent d'une accélération de la détérioration.

Les troubles de l'identification sont des erreurs de détermination de lieux ou de personnes. Le patient ne reconnaît pas sa maison ou son conjoint comme étant les siens. Il peut se comporter comme si des personnes décédées vivaient toujours, s'adresser à des personnages de télévision ou de magazine comme s'ils étaient réels, demander à retourner chez lui alors qu'il s'y trouve. Parfois, il ne reconnaît pas son propre visage dans un miroir et se parle comme à une personne étrangère.

Les hallucinations sont moins fréquentes que les manifestations délirantes. Elles sont plus souvent visuelles qu'auditives et représentent alors des personnes, des petits animaux ou des ombres. Elles s'accompagnent souvent d'épisodes délirants. Elles peuvent aussi être liées à un déficit sensoriel. Elles sont prédictives d'une accélération de la maladie.

*Monsieur P. a souvent des hallucinations visuelles. Lorsqu'il est perturbé ou qu'il doit sortir, il voit son chien, "Vous le voyez, il y a mon chien, mon petit chien noir Onyx".*

### *d) Les troubles des conduites élémentaires.*

Les troubles du sommeil sont difficiles à supporter pour l'entourage. Ils peuvent se manifester de différentes façons soit par de la somnolence dans la journée, des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes multiples, des réveils matinaux précoces, d'inversion du rythme veille-sommeil avec somnolence dans la journée et insomnie la nuit. Les réveils nocturnes sont souvent accompagnés d'agitation et de déambulation. Les troubles du sommeil sont à l'origine d'un épuisement physique de l'entourage ou de l'équipe soignante et motivent fréquemment le placement en institution ou l'isolement.

*Monsieur P. a un début d'inversion du rythme nycthéméral. Il déambule longtemps la nuit avec des phases d'agressivité et fait des siestes le matin et l'après-midi.*

*Madame L. peut somnoler toute la journée si elle n'a pas d'occupation et dort très bien la nuit. Le sommeil prend une grande place dans son temps libre. Cependant, lors des activités, elle participe et est très demandeuse.*

Les troubles alimentaires s'observent de préférence dans les formes évoluées avec une réduction de l'appétence. L'amaigrissement est très fréquent au cours de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, des conduites boulimiques ou l'hyperphagie[24] existent, le plus souvent sur des goûts sucrés.

Les troubles sexuels sont fréquents, le plus souvent modérés et caractérisés par une réduction de la libido avec un désintérêt plutôt qu'une d'hyperactivité. Cependant,

[24]L'hyperphagie est l'ingestion de quantité excessive d'aliments.

une désinhibition verbale et comportementale peut survenir à un stade avancé, ce qui souligne un dysfonctionnement frontal.

*Madame L. n'a plus conscience de la signification sociale de ses gestes. Toutefois, pour les personnes qui l'entourent la connotation demeure. Lorsque Madame L. touche une personne, elle est dans la caresse et peut cajoler des zones comme la poitrine et les fesses en plein salon sans gêne.*

### 7- Les autres troubles somatiques.

Les troubles sphinctériens débutent par une incontinence urinaire nocturne. Avec l'évolution de la maladie, les troubles s'aggravent et surviennent la nuit et toute la journée. L'incontinence fécale apparaît dans les formes sévères de la pathologie.

Les troubles neurologiques avec des signes extrapyramidaux modérés sont visibles dès les premiers stades de la maladie, parfois, sous la forme d'hypertonie[25] simplement ou plus majorée avec un syndrome akinéto-hypertonique[26]. Dans un stade avancé de la MA, les réflexes archaïques ressortent marquant la grande souffrance cérébrale.

Au fil de l'évolution de la pathologie, y compris dans la phase terminale, la personne préserve une attirance pour la musique, les liens visuels et principalement le toucher lors des interactions. La stimulation de plusieurs canaux sensoriels permet d'accompagner la personne le plus convenablement jusqu'au dernier moment. La communication, qu'elle soit verbale ou infra-verbale, joue finalement un rôle essentiel dans le maintien des relations.

### 8- Le diagnostic différentiel.

Le diagnostic différentiel de la MA est vaste et comprend une multitude de maladies neuro-dégénératives qui sont associées avec le développement de la

[25] L'hypertonie est une co-contraction pathologique du couple musculaire agoniste-antagoniste.
[26] L'akinésie est une lenteur d'initiation et d'exécution des mouvements allant jusqu'a l'immobilité motrice.

démence, y compris la maladie de Pick, la maladie à corps de Lewy, et d'autres maladies telles que la démence vasculaire et la maladie de Creutzfeldt-Jakob. La plupart de ces pathologies peuvent être différenciées de la MA par les symptômes cliniques et des examens attentifs. La dépression, une maladie de la thyroïde, une carence en vitamine B12, l'hydrocéphalie à pression normale et la neuro-syphilis imitent la démence mais sont soignables avec des traitements adaptés, contrairement à la MA.

# VI. La communication avec les personnes ayant la maladie d'Alzheimer.

## A. Définition.

La définition de la communication "Relation dynamique qui intervient dans un fonctionnement. Passage ou échange de messages entre un sujet émetteur et un sujet récepteur au moyen de signes, de signaux" (Le Petit Robert), joint deux aspects : celui d'une relation entre individu et l'action de transmettre une information. Celle du dictionnaire des orthophonistes, elle, intègre la notion corporelle à la transmission des informations comme "tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un individu" (1997, p.42). Ainsi, la communication est subdivisée en trois grandes parties : la communication gestuelle, la communication verbale orale et écrite et la communication non verbale.

D'après Roman Jakobson le langage a six fonctions :

- La fonction référentielle ou représentative, où l'énoncé donne l'état des choses.
- La fonction expressive, où le sujet exprime son attitude propre à l'égard de ce dont il parle.
- La fonction conative, lorsque l'énoncé vise à agir sur l'interlocuteur.
- La fonction phatique, où l'énoncé révèle les liens et maintient les contacts entre le locuteur et l'interlocuteur.
- La fonction métalinguistique ou méta communicative, qui fait référence au code linguistique lui-même. Ce code nécessite une mise en commun entre les

interlocuteurs, en l'absence de cette dernière la communication devient défectueuse.

- La fonction poétique, où l'énoncé est doté d'une valeur en tant que tel, une valeur apportant un pouvoir créateur.

Et chaque message se compose de six facteurs indispensables :

- Le contexte, ensemble des conditions extérieures aux messages et qui influence sa compréhension. Il a une fonction dénotative ou référentielle.
- L'émetteur ou le destinateur est celui qui transmet le message, le récepteur est celui qui le reçoit, ils ont une fonction expressive ou conative.
- Le canal ou contact est la liaison physique, psychologique et sociologique entre l'émetteur et le récepteur permettant ainsi l'efficience de la communication, sa fonction est phatique ou poétique.
- Le message, ensemble de signes pouvant être verbaux écrits et oraux ou paraverbaux mimiques ou gestuels; sa fonction est phatique ou poétique.
- Le code est le symbolisme qui sert à transmettre une information, il doit être commun à tous les utilisateurs et possède une fonction métalinguistique.

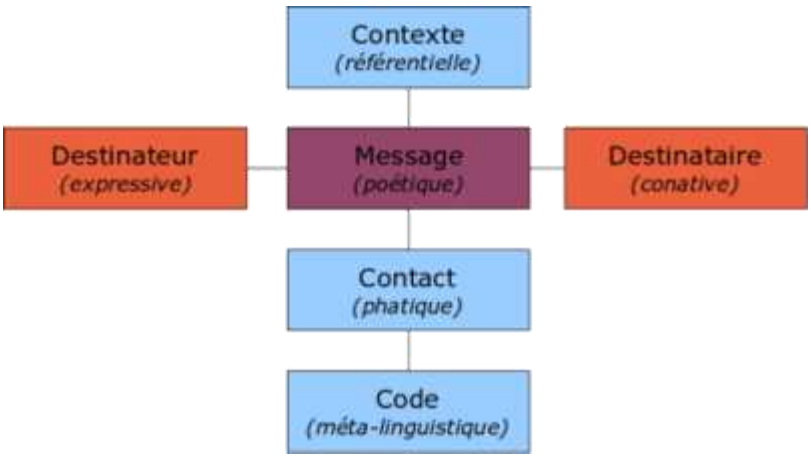



Schéma retranscrivant le modèle de communication de Roman Jakobson.

## B. Les perturbations de la communication dans la maladie d'Alzheimer.

La neuro-dégénérescence liée à la maladie d'Alzheimer se répercute surtout la communication, verbale et non verbale.

La communication s'altère d'un point de vue cognitif. La restitution de faits récents puis des faits anciens, devient compliquée avec les amnésies. Les aphasies très prononcées peuvent rendre le discours du patient incompréhensible. Les agnosies, surtout les prosopagnosies[27], engendrent des troubles interactionnels entre le patient et sa famille qu'il ne reconnaît plus. Avec le temps et l'avancée de la pathologie, l'autonomie se réduit avec des troubles praxiques, entrainant une dépendance majorée. Cette dernière épuise l'entourage, que ce soit les proches ou le personnel, rendant les relations moins riches et plus distantes.

La détérioration se situe aussi d'un point de vue psychoaffectif. Un déclin progressif des représentations abstraites puis des représentations des mots s'observe, c'est la "démentalisation" de Le Goues Gérard. La pensée privée de représentation dérive sur la perception, c'est à dire que lors de son discours le patient parle de ce qu'il voit, touche, sent.

Malgré une diminution des capacités à communiquer, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut continuer à interagir par le biais d'autres canaux. Il est important de mobiliser tous les sens réceptifs afin de conserver un lien relationnel.

## C. La communication verbale.

"La communication verbale repose sur des systèmes symboliques comme le langage oral, et écrit" d'après le dictionnaire d'orthophonie de 1997.

Au stade précoce, la communication verbale demeure. Le sujet reste sensible au contenu du discours, aux mots utilisés, à la prosodie ainsi qu'aux gestes, aux postures, aux mimiques associées au flot de paroles. Cependant, des difficultés s'observent déjà. Le premier élément touché est souvent le code du schéma de la communication de Jakobson. En effet, ce dernier change en fonction de l'altération de la pensée et ne devient plus compréhensible pour l'interlocuteur. De plus, il se peut qu'un souci intergénérationnel survienne avec un écart de langage entre les

[27] la prosopagnosie est la capacité de reconnaitre les visages.

protagonistes. Le code n'est donc plus commun aux deux personnes bloquant l'interaction et la relation. Une adaptation de la part de l'interlocuteur est alors nécessaire si l'émetteur n'est plus dans la capacité de le faire.

Par rétraction, le patient voit que son message n'est pas correctement perçu. Cette incompréhension des attentes peut entrainer un mécontentement, de la colère ou des troubles psycho-comportementaux tels la dépression, l'anxiété ou l'agressivité.

Certains malades n'ont plus accès au contact avec leur interlocuteur, soit par des défauts attentionnels, soit par un état d'absence dû à la progression de la pathologie. Parfois, cette rupture de la communication provient de l'interlocuteur lui-même. En effet, pour communiquer avec des personnes déficitaires, il faut de bonnes dispositions comme prendre son temps, ne pas penser aux soucis du quotidien. Cependant, il n'est pas toujours possible de les réunir, les soignants surchargés de travail ou les familles préoccupées de la santé de leur proche.

## D. La communication non verbale.

La communication non verbale est définie par Corraze comme "l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou des ses dérivés non sonores tel que l'écrits ou le langage des sourds-muets", il ajoute qu'une communication non verbale peut être sonore, c'est "le système linguistique humain, celui qui est verbal" qui est à exclure de la communication non verbale. Le langage des signes ne fait donc pas partie de la communication non verbale.

Il discerne trois grandes modalités médiatrices dans ce type de communication: le premier est le plus évident, le corps à travers ses postures globales, ses gestes, ses mimiques, son orientation dans l'espace; le second les artéfacts du corps par le biais des vêtements, des tatouages, des scarifications. La dernière, la distance entre les individus est un bon révélateur de la désinhibition ou des affects qu'un individu a avec un autre.

### 1- La communication non verbale avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

La communication non verbale est possible grâce à :

La gestuelle soit des gestes signifiants qui accompagnent les mots pour en préciser le sens ou l'illustrer.

Le contexte, le décor et le lieu de vie comptent dans cette communication en inscrivant l'individu dans un cadre spatio-temporel singulier. Le calme, le lien visuel, s'il est possible, favorise la communication. Il est important de contrôler si la personne est bien installée, si elle n'a pas de gêne ou de douleurs trop intenses, ainsi que ses appareillages -prothèses auditives, lunettes, dentiers.

Afin de communiquer avec une personne malade d'Alzheimer, il existe une règle d'or appelée "les dix commandements", elle se scinde en deux parties : pour l'aborder et puis pour communiquer.

### *a) Pour aborder le patient.*

1- Près de la personne, tu te tiendras.

2- Son nom, tu diras.

3- Son corps, tu toucheras.

4- A sa hauteur et face à lui, tu te tiendras.

5- Un contact visuel, tu établiras.

***b) Pour communiquer avec le patient.***

1- Lentement et distinctement, tu parleras.

2- Des mots simples-concrets, des phrases courtes, tu emploieras.

3- Avec des gestes et le toucher, tes paroles, tu compléteras.

4- Un message à la fois, tu donneras.

5- Aux énoncés affirmatifs, tu recourras.

## 2- La communication non verbale d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Ceci n'est pas une liste exhaustive de manifestations non verbales d'une personne démente, ce sont des exemples vus et observés chez mes deux patients.

La lecture psychomotrice s'effectuera d'après les critères suivants : le tonus, la respiration, le corps en lui-même, la distance, le temps.

### *a) Au niveau tonus.*

Le tonus est le support primordial de la communication non verbale et du langage corporel. Il véhicule l'expression de l'ensemble de nos émotions et toutes les variations affectives ou émotionnelles influencent le tonus. L'état physiologique, psychologique et émotionnel d'une personne se retranscrit donc à travers notre état tonique. Cet échange entre affectif et tonus est un dialogue qui permet de s'adapter, d'après Wallon c'est le dialogue tonico-émotionnel. Ce dialogue se base uniquement sur la régulation et l'ajustement du tonus des deux partenaires.

L'hypotonie est considérée comme une diminution de résistance par rapport à une situation normale. Elle peut traduire un état de bien-être, tant physiquement que psychiquement. Elle s'observe par une attitude molle pouvant aussi signer une dépression ou un abandon de soi et être pathologique. Un patient peut avoir une

atteinte de manière généralisée par lésion médullaire lombaire ou sacrée ou combinée à de la spasticité avec une hypertonie sur certains muscles et une hypotonie sur d'autres.

L'hypertonie est une augmentation de la résistance musculaire par rapport à une situation classique. Elle dévoile souvent un mal-être psychique ou physique comme des douleurs aigues ou chroniques. Ces dernières engendrent une adaptation anatomique spécifique, la carapace tonique, tout le corps se crispe et devient tendu. Cet état de tension traduit une anxiété majeure chez le patient, pouvant éventuellement aller jusqu'à l'état confusionnel s'il y a association avec d'autres symptômes. Une attitude de rejet comme celle-ci se retrouve régulièrement dans les soins intrusifs, les toilettes et l'habillage, montrant l'opposition de la personne à être envahie dans sa sphère intime. L'hypertonie peut aussi illustrer une réjouissance intense, une béatitude profonde ou euphorie.

La respiration joue également un rôle important dans l'état tonique. Une respiration lente, souple et calme va être recherchée. En effet, elle traduit une détente de l'individu, contrairement à un souffle rapide qui s'associe davantage aux angoisses ou à la peur. Attention cependant à ne pas catégoriser trop rapidement la respiration; certaines respirations très courtes sont simplement dues à une diminution pathologique de la capacité de ventilation et pourtant le patient se sent très détendu.

### *b) Au niveau corporel.*

Une grande agitation corporelle peut s'observer avec des déambulations nocturnes d'abord puis diurnes, des errances, des fuites, des fugues, des comportements stéréotypés tels que des percussions corporelles, claquements de mains, du flapping[28]. Tous ces gestes ont pour but de ressentir le corps à travers les vibrations, de retrouver ses limites et sa contenance. Très altéré, le schéma corporel tente d'être rétabli par ses expériences purement physiques.

L'image du corps subit aussi des détériorations qui signent souvent un désinvestissement social, un abandon de soi, un renfermement ou une dépression. Ce manque d'attention à son corps pouvant aller à l'incurie qui est une négligence voire une absence totale de soins traduit un profond mal-être psychique.

[28] Le flapping ou hand flapping est un comportement d'auto-stimulation où la personne agite ses mains ou fait tourner un objet lors d'une émotion forte.

D'un point de vue plus général, les attitudes, les postures, les mimiques et la gestualité demeurent révélatrices de l'état d'une personne. En effet, même si un individu a mal et ne désire pas le dire, des signes visibles le trahiront.

La voix et sa prosodie (modulations, intensité, timbre et rythme), font partie du paralangage et fournissent des informations sur l'état affectif du locuteur mais aussi sur la relation qu'il entretient avec son interlocuteur.

Le regard, lorsqu'il est possible, a un rôle fondamental dans l'établissement d'une relation et dans la transmission des affects. Un regard trop insistant ou dans un contexte ambigu met la personne mal à l'aise ; il faut donc clairement exprimer ses intentions. Si le regard devient plus doux et les informations précises, l'individu peut alors choisir en soutenant le regard, ce qui confirme que son attention est captée et qu'il consent à établir une relation sociale. A contrario, détourner le regard signifie que la personne s'oppose à créer un lien soit par gêne, par honte ou dans des cas d'agressivité, pour apaiser la situation en sortant du champ visuel de l'agresseur.

Des mimiques, Corraze en dit "notre face exprime sans ambiguïté une large gamme d'affects dont elle est le lieu privilégié d'actualisation". Certaines sont même apprises, suivent des codes sociaux ou ont des dimensions culturelles universelles, tel le clin d'œil, les sourires ou les moues boudeuses. Les variations des traits du visage participent aux interactions. Les sourires, les mimiques d'approbation encouragent le locuteur à continuer, des sourcils haussés ou froncés, une bouche pincée vont venir dissuader ou stopper un discours. Le contexte est là aussi important à repérer, les sourires ne sont pas forcément des mimiques positives avec le sarcasme, l'ironie, la moquerie.

Le toucher est très présent en Occident. En effet, toutes relations sociales débutent et se terminent par un contact physique confirmant le rapprochement avec l'autre. L'intrusion de l'autre change selon les liens qui unissent les individus, un signe de la main, une poignée de main, une accolade, une bise, ou un baiser. La signification du toucher et son interprétation varient suivant les caractères et l'éducation des personnes. Le contexte dans lequel le geste est effectué compte beaucoup. Si la distance dite normale est dépassée, l'interaction change de ton et d'émotion. Le contact physique engendre toujours plus ou moins d'affect.

### *c) Au niveau de l'espace.*

La proxémie est un terme développé principalement par Hall ; il la définit comme "l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que l'Homme fait de l'espace". Anthropologue, il s'intéresse aux variations de distances entre les individus lors d'interaction et les conséquences qu'elles engendrent sur la régulation tonique et le comportement. Il décrit un séquençage de l'espace déterminant ainsi les liens relationnels entre les individus. Les distances dépendent donc de la perception de l'espace mais aussi des codes psycho-socioculturels propres à chacun. Ces rapports spatiaux font partie intégrante de la communication et de l'interaction.

La distance publique : 360 à 750 centimètres entre les deux individus. La vision du corps de l'autre est globale mais imprécise, des changements posturaux sont obligatoires : gestualité théâtralisée, voix forcée. C'est la distance propice pour les discours publics, solennels, hiérarchisés.

La distance sociale : 120 à 360 centimètres entre les deux individus. La voix s'entend sans effort, les détails du visage ne sont pas nets. C'est la distance des relations interpersonnelles, sans intimité ni amicalité.

La distance personnelle : 45 à 120 centimètres entre les deux individus. Une possibilité de contact physique, les mimiques sont clairement visibles, le corps de l'autre est vu dans sa généralité, la voix est posée. C'est la distance des relations amicales, des conversations personnelles.

La distance intime : 0 à 45 centimètres entre les deux individus. Le contact peau à peau, les odeurs prédominent dans cet espace. La vision du corps de l'autre est partielle, déformée car trop proche. C'est la distance des relations amoureuses ou familiales. Toute intrusion non autorisée s'interprète comme une agression, une nuisance à l'intégrité de la personne. En société, les gens évitent de pénétrer cette sphère. S'il y a une entrée non désirée mais accidentelle, le regard se détourne, la personne enfouit sa tête dans un livre, monte la musique, elle cherche à saturer ses sens. Si l'entrée est volontaire mais contre son gré, la personne lésée va chercher à intercaler un bras, un sac, quelque chose pour déplacer l'intrus. En cas d'échec, cette situation devient stressante et gênante, provoquant l'instinct de survie donc de l'agressivité et des conflits.

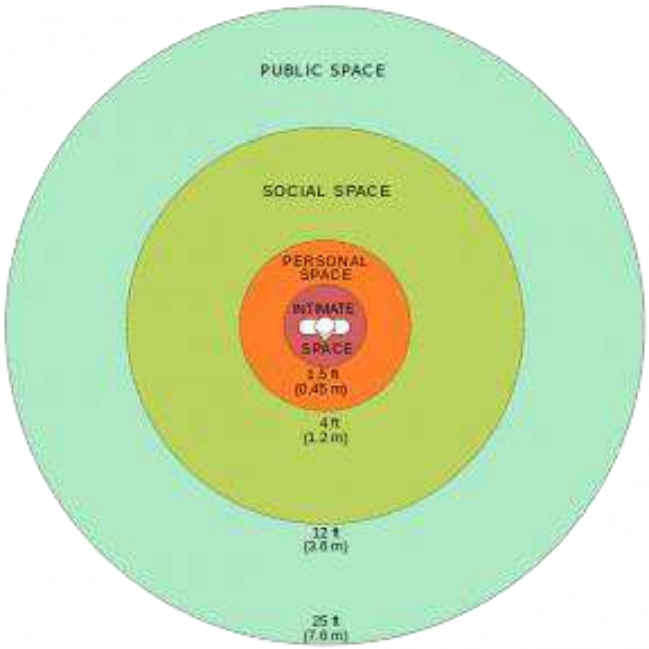



Schéma du séquençage de l'espace d'après Hall E.T..

*Avec la maladie d'Alzheimer, ces distances ne sont plus forcément respectées.*

*Monsieur P., très pudique et peu tactile, évalue sa distance intime comme celle personnelle normale, soit 45 centimètres minimum entre lui et quelqu'un d'autre. Les gens empiètent donc rapidement sur son espace vital. Cette déformation de l'évaluation des distances est une raison pour laquelle il aime rester seul dans sa chambre, "J'ai pas besoin de partager, tout est à moi, je suis tranquille".*

*Madame L., comme nous l'avons observée auparavant, n'est pas une personne prude; elle aime les contacts physiques. Lorsqu'elle se permet d'enlever son haut en plein milieu du salon car elle a chaud, elle n'a pas conscience de choquer et de ne pas être dans un espace privé. Pour elle, l'espace public, soit 360 centimètres est comme son espace intime. Elle est aussi à l'aise dans sa chambre que dans le jardin. La maladie vient renforcer un trait de personnalité déjà présent chez Madame L. induit par sa profession de mannequin.*

### *d) Au niveau du temps.*

Une personne qui arrête de travailler perd souvent le rythme imposé par le rendement de notre société mais garde un rythme de vie structuré. En s'institutionnalisant, la personne âgée ralentit encore son rythme avec des temps d'inaction plus nombreux. Lorsque cette personne est atteinte de la MA avec d'importantes déambulations et un rythme nycthéméral inversé, l'organisation temporelle est mise à mal. Le temps ne semble plus s'écouler de la même façon pour eux.

> *Pour Madame L., avoir deux rendez-vous dans une après-midi, même espacés de plusieurs heures semble la surcharger. L'atelier cuisine termine à 16h, son fils la visite à 18h ; elle s'angoisse de ne pouvoir aller aux deux rendez-vous " Vous êtes sûre, j'aurais le temps de sortir du gâteau pour voir mon fils ? Je veux pas rater mon fils en mettant deux heures à revenir", entre les deux endroits, il y a une centaine de mètres.*

# Partie discussion :

Durant cette année de stage, je me suis longuement questionnée sur les pathologies neurodégénératives, notamment, la maladie d'Alzheimer. Qu'est-ce qu'une démence sénile de type Alzheimer ? Quelle est la différence avec le vieillissement normal d'une personne âgée?

Ce qui m'a surpris, c'est l'isolement de ces personnes au sein même d'une institution. D'où vient ce repli ? D'une indifférence des soignants ? Quelle place tient la communication verbale et non verbale chez ces individus ? Quelles sont les difficultés de communication que ces gens peuvent rencontrer? La personne atteinte de démence ne comprend-t- elle vraiment rien de ce qui est dit ? Est-il toujours possible d'entrer en communication avec elle ? Cette barrière créée par l'incompréhension lors des échanges engendre, soit de l'énervement, soit une empathie trop développée. Pour moi, se posent les questions de la juste distance thérapeutique et celle des limites du cadre et du soignant.

Si la communication est rompue, il est important de savoir comment l'interpréter. Est-elle due à des douleurs bloquant toutes interactions ? Le repli n'est- il pas déjà un moyen de communication - montrer l'impuissance de l'équipe, la souffrance des soignants et du soigné, le manque de formation peut-être - ? Et finalement, ce renfermement d'une personne démente n'accélérerait-il pas le processus de grabatisation ?

Cette partie du mémoire cherchera à apporter des réponses à ces questions.

## VII. La communication est-elle toujours possible avec un sujet âgé atteint d'Alzheimer ?

Le travail auprès de personnes vieillissantes nous pousse à les observer davantage. En effet, certains individus ne sont plus en mesure d'interagir cognitivement sur des périodes plus ou moins longues. La communication peut-être interrompue par des causes diverses, telles que la douleur mal traitée ou non décelée.

"La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion", selon l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP). C'est une sensation subjective normalement liée à un stimulus nociceptif transmis par le système nerveux.

Lorsqu'un résident ne communique plus, l'équipe entière cherche tout de suite si une douleur ne serait pas l'origine du mutisme. Nous verrons deux types de douleurs:

La douleur chronique, l'installation durable de la douleur, est considérée comme une maladie qui peut notamment être le signe d'un dysfonctionnement des mécanismes de sa genèse : la douleur est dite neurogène ou psychogène. Ces douleurs chroniques sont souvent connues et traitées.

Monsieur P. a une déformation articulaire visible mais non diagnostiquée. Ses mains sont très présentes dans son discours et souvent associées à des expériences négatives, "*c'est une pression forte, j'ai l'impression qu'on m'écrase les mains en permanence*". Finalement, cette douleur est intégrée corporellement et n'empêche plus Monsieur P. de parler, elle teinte juste ses dialogues. Monsieur P. a fait en sorte de s'adapter à sa douleur. En effet, cette dernière peut être mise de côté afin de continuer d'interagir, de pouvoir parler d'autres sujets. Si elle est plus vive, il peut tout de même s'exprimer à son sujet ou l'écarter.

Nous explorons donc davantage les douleurs aiguës qui correspondent à un signal d'alarme de l'organisme pour inciter à une réaction appropriée en cas de remise en cause de son intégrité physique, soit par un traumatisme -brûlure, plaie, choc-, soit par une maladie. Les plus surveillées sont celles au niveau du ventre, des intestins, des viscères. En effet, les occlusions, les constipations ou les diarrhées peuvent bouleverser un patient. Les conséquences, diverses, peuvent aller d'une mort soudaine, à l'accélération de la pathologie du patient ou une rupture de la communication avec une incapacité d'exprimer sa souffrance.

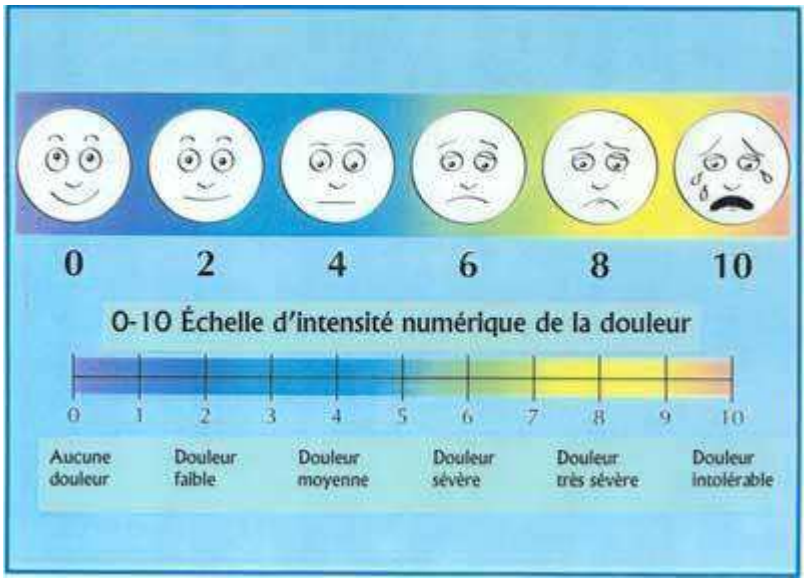
La douleur viscérale résulte de la stimulation des récepteurs nociceptifs situés dans les organes profonds de la cage thoracique ou de la cavité abdomino-pelvienne. De plus, comme ces messages douloureux empruntent les mêmes voies nociceptives que ceux de la périphérie, le cortex somesthésique peut les confondre et donner lieu au phénomène de la "douleur projetée", soit la douleur ressentie à un endroit autre que son emplacement réel. Elles sont d'autant plus compliquées à trouver chez des

sujets déments, ne sachant plus forcément se localiser eux -mêmes dans leur propre corps.

Madame L., sujette aux infections urinaires et aux constipations, peut, d'un jour sur l'autre, être logorrhéique ou mutique. A mon arrivée, pour une de nos séances de touchers palmaires, j'ai vu Madame L. grimaçante, répondant succinctement à mes questions et esquivant mes regards. Entre deux gémissements, elle me tend une de ses mains; je commence la séance mais je l'écourte la voyant se tortiller. La verbalisation fut brève et peu constructive sur la localisation de la douleur, "*J'ai mal partout, tout mon corps me fait souffrir*". Dès ma sortie de prise en charge, je cherche le personnel médical, je notifie son état dans le cahier des transmissions. Ce cahier en libre utilisation permet de noter tous les événements concernant les résidents. L'équipe soignante m'informe, lors de la réunion quotidienne, que Madame L., depuis hier, a des problèmes digestifs. Ces soucis au niveau du ventre l'angoissent et même un toucher contenant et maternant ne lui a pas permis d'écarter l'espace d'un instant ces appréhensions. Dans cette douleur saisissante, elle ne peut pas être en relation avec moi puisqu'elle est déjà en interaction conflictuelle avec son propre corps. Elle perçoit beaucoup de sensations corporelles, qu'elle n'arrive pas à reconnaitre, ni à localiser précisément. Pour elle, c'est un flou douloureux qui l'envahit, tout le corps est impliqué. Elle n'a plus la capacité de discerner et de cloisonner la douleur. Venir la toucher n'a fait que diffuser la sensation désagréable puisqu'au départ, elle ne mentionnait pas de gêne au niveau des mains et après la séance, elle généralise la douleur à toute son anatomie.

## A. L'évaluation de la douleur.

Afin de quantifier la douleur, nous avons plusieurs tests : les questionnaires d'auto-évaluation lorsque le sujet le peut. Si la personne n'est plus en mesure de s'évaluer elle-même, la tache revient à un tiers, soit un médecin, une infirmière, une aide-soignante.




Echelle d'évaluation analogique de la douleur.

Nous utilisons cette échelle avec les personnes âgées car elle est ludique et ne demande pas une capacité cognitive élevée. D'autres tests se basent sur la nomination de la douleur. Or, c'est un travail mnésique, au niveau de la mémoire sémantique, souvent trop compliqué pour certains résidents. Toutefois, les consignes doivent être claires et précises en donnant cette réglette. En effet, si nous ne redonnons pas de sens aux visages, une personne démente ne reconnaîtra pas forcément les expressions.

Madame L., en voyant cette échelle, n'identifie pas la graduation de la douleur mais des visages exprimant diverses émotions. Avant que je n'aie le temps de lui rappeler à quoi sert cette image, Madame L. commence à décrire les têtes pensant que je suis là pour la divertir avec une animation, " *la première est contente*", "*celle la surprise*", "*fatiguée*", "*triste*", "*il y en a deux, je sais pas ce qu'ils ont*". Cette évaluation, aussi simple soit-elle, pose tout de même problème puisque certaines expressions ne sont pas reconnues. Ne pas reconnaître la souffrance sur le visage de l'autre peut nous laisser penser qu'elle ne saura pas l'identifier sur elle-même. Cette incapacité limite donc ce test, d'où l'importance des hétéro-évaluations faites régulièrement par le corps médical.

## B. Le contrôle de la douleur.

Une fois la douleur repérée et évaluée, il faut la gérer. Canaliser une douleur permet de penser son corps autrement. Le corps n'est plus une source de souffrance. Un réinvestissement positif peut redonner envie de prendre soin de soi, d'interagir avec les autres et d'être de nouveau en relation verbale.

Afin, de pouvoir d'atténuer des douleurs, il existe deux types de contrôles : les non médicamenteux, dits doux, et les médicamenteux, pour des douleurs plus tenaces.

### 1- Les contrôles médicamenteux.

Lorsque les traitements doux ne sont plus assez efficaces, un soin pharmacologique est nécessaire.

Les antalgiques périphériques : ils sont essentiellement représentés par la gamme d'anti-inflammatoire et aspirine. Leur action se situe principalement en bloquant l'activation des nocicepteurs au niveau du foyer inflammatoire.

Les antalgiques centraux opioïdes : ce sont des morphiniques ou des dérivés. Ils inhibent le message nociceptif au niveau médullaire et cérébral en agissant sur les récepteurs.

Les antalgiques non opioïdes : actifs sur le système nerveux central, les psychotropes sont très utilisés dans les traitements des douleurs chroniques. Dans ces douleurs, un ralentissement sur l'humeur, le sommeil ou l'activité est observable ; les antidépresseurs peuvent être un traitement antalgique utile, tout comme les benzodiazépines ou les neuroleptiques.

Tous ces traitements sont lourds et nécessitent un suivi rigoureux. Cependant, ils tendent à être diminués dans l'institution. En effet, la structure a une approche des patients plutôt cognitivo-comportementale. Pour ce courant, les interventions médicamenteuses doivent être réduites au strict minimum en faveur d'une étude du comportement et donc de techniques plus douces ou alternatives pour soulager les individus. Les piluliers des deux patients ne comprennent pas plus de trois médicaments par repas, ce qui me semble peu, comparé à d'autres établissements où j'ai pu observer la prise d'une dizaine de pilules par résident et par repas. Les effets secondaires dus au grand nombre de médicaments pris ensemble sont donc aussi réduits. Pour ses douleurs articulaires, Monsieur P. a à sa disposition du paracétamol. Il en prend systématiquement matin et soir; dans la journée, le nombre peut varier.

### 2- Les contrôles non médicamenteux.

Les traitements des douleurs chroniques ont souvent des effets secondaires désagréables, tels des vomissements, et une augmentation des doses est nécessaire. L'effet de tolérance diminue leur efficacité, jusqu'à devenir insuffisante.

Des techniques récentes de soins, comme l'électrostimulation cérébrale, font leur apparition dans le soulagement des douleurs. Cette dernière consiste en des courants électriques indolores. Seule, elle ne suffit pas à inhiber une douleur rebelle, mais associée à la morphine, elle renforce les effets anesthésiques et analgésiques. Cette technique reste impressionnante et pas forcément adaptable en institution.

Le toucher thérapeutique, moins impressionnant et plus facilement utilisable, permet lui aussi, d'atténuer des douleurs bénignes ou les angoisses qui entourent la souffrance physique. En apportant une autre stimulation au corps, ce dernier n'est plus entièrement focalisé sur la zone douloureuse. Cette diversion peut amener la personne à une détente partielle et à la production naturelle d'endorphine. Bien sûr, le toucher thérapeutique, seul, n'est pas une solution. Il offre la possibilité d'un vécu corporel autre que douloureux.

Madame L., lors d'une séance se plaint de douleur aux épaules, je réduis donc les touchers au niveau des doigts afin de ne pas trop mobiliser les membres supérieurs. Durant le contact, Madame L. fait allusion quelques fois à ses épaules sans pour autant me demander d'arrêter. A la verbalisation, elle me dit "*j'aimerais que ça dure tout le temps, je me sens bien, je me sens bien dans tout le bras*" et bouge tout son tronc sans crispation du visage. Lors de cette séance, la douleur n'était pas une douleur insoutenable comme celle touchant les viscères puisque Madame L. est restée disponible à l'échange. Elle a pu la localiser précisément au niveau des omoplates. Une autre différence entre cette douleur furtive et celle aiguë, c'est qu'elle ne se diffuse pas durant le toucher et finit par disparaitre avec une diversion. Madame L. ne suit pas de traitements médicamenteux spécifiques pour ses douleurs "*les médicaments, j'en ai pris et j'en suis là*", "*je les prends pour faire plaisir mais, ça sert pas à grand-chose.*". Madame L. considère les traitements comme des effets illusoires, elle est une adepte des techniques corporelles; elle pratiquait dans sa jeunesse l'homéopathie, l'acupuncture et les massages.

Monsieur P., en tant qu'ancien médecin, est plus sceptique sur les effets possibles des touchers thérapeutiques. De plus, il n'apprécie pas spécialement le contact physique. Cependant, il concède que "*la nature a bien fait les choses,*

*beaucoup de médicaments s'en inspirent*", il possède donc des fioles de **Fleurs de Bach** pour la digestion et le sommeil. Ces élixirs floraux ont pour objectif de ré-harmoniser les états d'esprit sur la base de l'homéopathie. Cependant, elles n'ont pas d'efficacité démontrée scientifiquement.

Nous avons pu constater que la communication n'est pas toujours possible avec des individus malades. Effectivement, elle peut être perturbée par des sensations corporelles désagréables très intenses. Toutefois, la douleur n'est pas la seule cause de mutisme ou d'interaction réduite chez les personnes atteintes d'Alzheimer.

## VIII. La rupture de la communication ne vient-elle que des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Comme nous l'avons vu, la douleur peut être un facteur limitant la communication entre patient et soignant. Cependant, elle n'est pas l'unique raison. En effet, un facteur social joue un rôle déterminant dans la communication : la considération d'une personne comme un être vivant et pensant, peu importe sa maladie et son comportement.

C'est en 1989 que Lucien Mias, gériatre français, a introduit le concept d'Humanitude dans les soins.

L'Humanitude est une philosophie de soins qui repose sur une question fondamentale : Qu'est-ce qu'un soignant ? Pour R. Marescotti et Y. Gineste, "un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne ou d'un groupe de personnes ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit en aucun cas détruire la santé de cette personne."

Les structures où j'ai évolué durant ces trois ans de formation ne respectaient pas forcément toutes ce principe. Non par manque d'intérêt pour les patients, mais par manque de temps. En effet, même dans les soins, la philosophie de notre société actuelle demeure : la rentabilité avant tout. Je constate que le nombre de professionnels pour le nombre de personnes à soigner est souvent insuffisant pour

prendre le temps d'expliquer et de bien faire. Le prix de l'institution ne change en rien la qualité des soins de base, l'équipe soignante touchant quasiment les mêmes salaires.

L'Humanitude inclut, dans le soin, les particularités propres de l'espèce humaine qui sont le rire, l'humour, l'intelligence conceptuelle, la verticalité, l'habit, la socialisation. Un de ses éléments fondamentaux est la communication qui est ici composée de trois canaux : le regard, la parole, le toucher.

## A. Le regard.

Le regard est le premier canal, ses qualités sont "l'amour, la tendresse, la fierté, la protection, l'appartenance, la reconnaissance."[29] La personne atteinte de démence sénile de type Alzheimer a souvent une vision en tunnel : il faut donc que notre regard soit axial, horizontal et qu'il dure dans le temps. Pour une personne démente, c'est à ces conditions qu'un climat de sécurité et de chaleur pourra être instauré.

Les cadences soutenues dans mon institution ne permettent pas toujours de prendre un vrai temps de pause avec la personne. Les premiers regards vont aux affaires propres mises sur le côté du lit, ensuite aux sales. Les affaires sales désignent les vêtements portés par le résident et le résident lui-même. Il y a une forte dépersonnalisation dans les toilettes. De l'extérieur, une toilette peut paraître brutale. Or, les gestes sont précis, très professionnels. Il y a très peu d'échange de regard avec le sujet d'où cette sensation de froideur.

Regarder quelqu'un en face ne va-t-il pas de soi ?

Aussi surprenant qu'il puisse me paraître, non, ce n'est pas forcément naturel. Il se peut qu'il n'y ait pas un regard pendant une toilette de 20 minutes.

Comment expliquer ce constat ?

[29] CEC-France, institut Gineste-Marescotti, *La méthodologie des soins.*

"Tout simplement parce ce qu'il est naturel de ne pas regarder la souffrance"[30]. Face à la douleur, les regards se détournent. En effet, contempler cette détérioration nous fait prendre conscience de notre état de mortel et donc, de notre potentiel futur vieillissement. Nombreuses sont les soignantes qui me confient qu'elles ne veulent pas finir dans cet état. Cet état désigne un corps déformé, amaigri ou épaissi, un corps dépendant au corps de l'autre.

Monsieur P., lors des toilettes, ferme les yeux. Il coupe court à tout échange. D'après l'équipe, le dialogue n'est pas possible. Autour d'un café du jeudi matin, j'en parle avec Monsieur P., "*après le bonjour, vous n'êtes qu'un tas de linges sales*", "*elles ont beaucoup de travail, j'ai pas envie de leur faire perdre du temps*", " *elles font ça vite et bien*". Le ton de sa voix est posé, un brin résigné face à cette constatation "*vous savez, le temps c'est de l'argent!*".

Le regard n'est finalement pas très utilisé lors des changes. Cependant, les résidents ne vivent pas ces moments comme des temps désagréables ou humiliants. En effet, l'équipe passe beaucoup d'informations par la parole.

## B. La parole.

C'est le déroulement logique de toute relation à autrui, nous regardons et ensuite nous parlons. La parole est constituée de deux éléments : le ton et les mots.

Si le sens linguistique des paroles n'est pas compris par le résident, le sens émotif lui peut l'être et ainsi, il peut en saisir le sens profond de la phrase. Les bébés ne comprennent pas nécessairement les mots mais ressentent la douceur de la voix maternelle.

Les personnes atteintes de démences sont identiques : elles sont hypersensibles émotionnellement. La parole apparaît donc comme un élément incontournable du prendre soin de ces personnes. Pourtant les soignants ne communiquent pas forcément bien avec les patients. Pourquoi ?

Premièrement, la position dans laquelle nous nous adressons à la personne. Afin de bien nous faire comprendre, il est important de nous positionner

[30] CEC-France, institut Gineste-Marescotti, *La méthodologie des soins.*

correctement. Soit, bien en face de la personne, si elle entend convenablement. Soit, légèrement rapproché de son oreille, si elle est auditivement déficitaire.

Deuxièmement, si nous reprenons le schéma de la communication de Roman Jakobson et imaginons que le soignant envoie un message à un patient. Il n'obtient aucun retour et ce plusieurs fois, que se passe- t-il ? Naturellement, le soignant arrête de communiquer. Y. Gineste et R. Marescotti ont mis au point une méthode de communication pour continuer de communiquer, même s'il n'y a pas de réponse de la part du locuteur. Cette méthode s'appelle l'auto-feedback. Il s'agit de décrire tous les gestes que nous faisons, autrement dit "parler le soin". Ainsi, le temps de communication verbale est augmenté et la personne peut corporellement se préparer aux soins qu'elle va recevoir. De plus, cela permet aussi au patient de ne pas s'enfoncer dans un syndrome d'immobilisme et de mutisme.

Avant chaque temps de toucher thérapeutique avec Madame L., je lui narre le déroulement de la séance et lui détaille même certains gestes comme passer mes doigts entre les siens sans chercher à imiter une poignée de main.

Avec Monsieur P., j'utilise la technique de Y. Gineste et R. Marescotti pour décomposer les mouvements permettant le transfert de la position assise à debout. La mentalisation et la projection du geste pouvant bloquer Monsieur P., ici, la segmentation et l'accompagnement verbal lui permettent de se relever seul et aisément.

Etre bien placé pour se faire entendre ne suffit pas toujours à bien communiquer, surtout si le lien visuel est défaillant. Le contact physique offre une alternative au contact visuel et propose un lien solide pour interagir.

### C. Le toucher.

Le toucher peut prendre la forme d'une poignée de main, d'une caresse, d'un toucher thérapeutique ou tout simplement d'un bras offert en guise de support. Le toucher nous connecte à la personne âgée en exposant notre disponibilité. Il rassure et témoigne de notre intérêt à rentrer en relation. Il encourage l'échange en instaurant un climat de confiance, de douceur et de sécurité.

À la différence de la vue et de l'ouïe, la communication tactile induit nécessairement une réciprocité, ce qui lui confère une place particulière : elle est

d'autant plus appréciée par la personne âgée quand le soignant se laisse toucher à son tour. Être touché est très valorisé : il signifie partage, tendresse, intimité.

Madame L. adore toucher les gens, que ce soit les autres résidents ou les soignants. Lui refuser ce contact la rend triste et mutique; elle ne comprend pas qu'elle soit touchée et qu'elle ne puisse pas le faire. Lors de nos têtes à têtes, elle me propose quelques fois d'échanger les rôles. La laisser me masser la rend fière et la verbalisation devient plus longue. Elle m'explique qu'elle a pris du plaisir à être actrice du soin. Offrir la possibilité de redevenir utile valorise grandement l'individu et le réintègre dans le rythme social qu'il a perdu.

C'est un geste obligatoire dans les situations de soins, il est riche d'une double vocation. A la fois vecteur d'information quand il sert à décoder les signes cliniques :

Le médecin de la structure utilise souvent le toucher diagnostique ou le toucher palpé avec les résidents. Régulièrement, les personnes disent avoir mal sans pouvoir localiser la douleur précisément. Les douleurs au niveau du ventre sont clairement distinguables avec cette approche. En effet, le ventre est une zone malléable où les variations de tensions signent généralement un problème digestif récurrent chez les personnes âgées, tel la constipation ou la diarrhée.

Il est également vecteur de relation et de sensation quand il est porteur de lien comme l'accolade :

En sortie avec Monsieur P., il me prend le bras et nous marchons du même rythme, au même pas. Cette cadence synchronisée créé un lien entre nous. Il n'y a pas besoin de mot pour ajuster nos tonus; le simple contact de nos bras suffit. Les jours où nous sommes stressés ou préoccupés, l'ajustement met plus de temps. Si l'interaction est trop forte, le contact se réduit ou disparaît.

Pour un malade Alzheimer dont les capacités cognitives sont en partie altérées, le langage du toucher est primordial, mais alors comment toucher ?

Avec douceur, Y. Gineste nous propose le "toucher tendresse", qui va permettre au patient de retrouver confiance en lui. Ce contact invite aussi à se réapproprier son corps, à éprouver une sensation d'intégrité et donc de restaurer son narcissisme. Cependant, une telle pratique doit se travailler et s'étudier. En effet, elle n'est pas recommandée à tous les patients. Il est facile de blesser ou d'insécuriser la personne en saisissant mal son corps ou en étant soi-même mal à l'aise. Le toucher

peut aussi être vécu comme intrusif, nous avons vu précédemment que les distances chez ces sujets sont largement altérées. De plus, une connotation érogène peut survenir si le toucher est trop léger et le cadre thérapeutique mal défini.

Une régulation tonique adaptée et une bonne structuration de la séance sont essentielles.

La philosophie de l'Humanitude est, donc, la capture sensorielle avec l'utilisation des regards, de la parole et des gestes tendres afin d'entrer en communication avec la personne malade. Cependant, considérer un patient comme une personne à part entière ne permet pas toujours de communiquer avec elle.

## IX. Quels sont les éléments qui rendent un cadre thérapeutique inapproprié ?

Finalement, une fois que nous avons vérifié que la personne ne souffrait pas, que toute l'équipe la considérait comme un être à part entière, vivante et pensante, pourquoi cette personne ne communiquerait toujours pas ?

### A. Une alliance thérapeutique floue.

Si l'alliance thérapeutique ne se forme pas correctement, la relation peut être rompue et l'interaction réduite. D'après Duruz, c'est un processus interactionnel par lequel résident et thérapeute "expriment cognitivement et affectivement, et au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement".

L'alliance thérapeutique est donc un acte par lequel deux personnes s'allient et contractent un engagement réciproque. Il offre aux personnes la possibilité d'être actives du soin. Avec Monsieur P., ce pacte a été verbal "*Je vous parle de moi, de mes souvenirs, de mes problèmes, en échange vous écoutez et vous me sortez. Marché conclu ?*". Madame L., elle, n'a pas exprimé clairement de vœu ; elle part du principe "*Si vous êtes ici, c'est que vous êtes gentille et vous aidez les gens*".

Une bonne alliance repose sur deux principes fondamentaux :

Un facteur affectif : le patient vit le thérapeute comme apportant aide et soutien, le lien est donc relationnel.

Madame L. est le sujet typique; si la personne soignante est gentille avec elle, elle fera beaucoup d'efforts pour lui faire plaisir. En effet, elle ne se rend plus compte que les exercices proposés sont là pour la stimuler, elle les perçoit comme des services à rendre. Cette vision faussée du soin le rend compliqué à effectuer au quotidien. Lorsque la proposition de soin n'intervient pas au bon moment ou qu'elle n'est pas d'humeur à coopérer, je joue avec ce lien émotionnel et son envie de toujours faire plaisir, "*J'aurais préféré dormir mais, pour vous, je vous suis".* La curiosité est aussi un bon moyen d'attirer et de faire accepter une séance, d'où l'importance des choix pour les titres des ateliers ou des recettes et pour le projet thérapeutique culinaire.

Un facteur cognitif et de motivation : le patient perçoit un sentiment de coopération, un travail commun, une collaboration équitable des deux parties.

Le début de la prise en charge avec Monsieur P. a été difficile. En effet, il ne comprenait pas pourquoi il était dans l'institution. Dans un état de confusion, il pensait être encore médecin. Sa profession a freiné la mise en place de l'alliance thérapeutique puisqu'il voulait être considéré comme un collègue et non comme un patient. De plus, il n'approuvait pas les nouveaux traitements mis en place. Il refusait, de façon virulente, tous les soins. Complètement dans l'opposition, il s'était enfermé dans un mutisme et une apathie jusqu'au changement de médecin coordinateur. La nouvelle doctoresse, ne voulant pas reproduire le même schéma, inclut Monsieur P. dans le projet de vie. Elle lui demande son avis sur les changements de traitements, leurs effets s'il en ressent, elle ouvre le dialogue. Monsieur P. peut de nouveau se sentir considéré et utile. Pour lui, le thérapeute doit être "*efficace et honnête, il doit rien cacher* " et n'a pas à être "*gentil ou mignon*, *s'il l'est, c'est un bonus*".

Une fois, l'accord établi par les deux parties, l'alliance thérapeutique va évoluer au cours de la thérapie. Cette évolution dépendra grandement du comportement du soignant.

## B. Une relation thérapeutique problématique.

Une relation thérapeutique peut devenir problématique lorsque les trois éléments suivants ne sont pas respectés.

### 1- Le cadre.

Le cadre est "un ensemble cohérent qui offre un environnement favorisant l'expression des émotions. Il doit être accueillant, agréable, neutre, garantir la confidentialité et éviter la distraction."[31].

Le cadre se compose en deux parties, le cadre spatial et le cadre temporel.

#### *a) Le cadre spatial.*

Le cadre spatial correspond au lieu à proprement parler, l'espace dans lequel les individus évoluent.

Avec Monsieur P. et son projet de prendre un café le matin pour discuter, les cadres spatiaux sont regroupés en deux catégories : le cadre public et le cadre privé. Dès le début de la prise en charge, j'ai fixé ces deux cadres afin de pallier les appréhensions qu'engendre un changement de décor lors d'un suivi hebdomadaire.

Lorsque le temps le permet, le café se prend en dehors de l'institution dans une brasserie. Le cadre spatial n'est pas fixe puisque le choix de la brasserie revient au résident. Monsieur P. aime changer de bar, "*voir si les autres sont pas mieux*" ; cette liberté d'espace lui offre l'opportunité d'être acteur dans le soin et ne le perturbe absolument pas.

Lorsqu'il pleut, la sortie prévue avec Monsieur P. est annulée et remplacée par un café dans la chambre. Le cadre change par rapport à celui initialement prévu pour la prise en charge mais, ne change pas du quotidien de Monsieur P.. En effet, pour conserver un espace intime et un moment privilégié, j'installe l'atelier café dans la chambre de Monsieur P.. Je réaménage la chambre, je prends deux fauteuils que je mets l'un en face de l'autre avec une table basse entre les deux. J'essaie de réinstaller la même disposition que dans les brasseries où nous allons, afin de conserver cet esprit convivial, insuffleur de confessions. Généralement, durant ces temps où les sorties ne sont pas possibles, Monsieur P. est peu loquace, *"C'est pas un temps à mettre un chien*

[31] *Les outils du coach, bien les choisir, bien les organiser* de Lamy F. et Michel M.

*dehors, je vais pouvoir me reposer, je suis fatigué, j'ai fini le café, vous pouvez y aller".* La mise en scène ne le dupe pas, il reconnaît le projet mais n'investit pas aussi bien la séance quand nous restons dans l'enceinte de l'établissement. Pour lui, le contrat n'est pas totalement rempli, lorsque nous ne sortons pas "*Certes, j'ai le café, aussi bon soit il ici, il ne vaut pas un mauvais dehors!*".

Avec Madame L., le cadre de l'atelier cuisine est immuablement le même. En effet, nous avons besoin de la salle de restauration pour son équipement : le cadre, ici, est donc conservé toutes les semaines. Mon projet de réflexologie dépend lui aussi de la météorologie. Lorsqu'il fait beau, nous nous installons dans le jardin et, en cas contraire, dans la chambre de Madame L.. Cette dernière profite autant des séances en extérieur qu'à l'intérieur. Pour elle, le cadre spatial n'est pas primordial.

#### *b) Le cadre temporel.*

Le cadre temporel signifie le temps consacré à chaque personne, à chaque séance.

Madame L. et Monsieur P. sont très sensibles à ce cadre-là. Effectivement, même s'ils ne se repèrent plus forcément correctement dans le temps, ils ressentent encore le concept. Lorsque j'informe le résident que j'ai un peu de retard sur notre rendez-vous et que je m'en excuse, je sens que, corporellement, ils attendaient. Monsieur P. qui oublie systématiquement l'heure de notre atelier mais qui sait encore la lire sur sa montre, me fait des remarques quand je réinstaure le cadre en rappelant l'heure du début et de fin "*Je pensais plus que vous viendriez, vu l'heure qu'il est".* Arriver en avance procure les mêmes effets, soit des reproches qui sont compréhensibles puisque le cadre n'est plus respecté "*Avant l'heure, c'est pas l'heure, après l'heure, c'est plus l'heure!".*

### 2- L'empathie.

L'empathie recouvre deux capacités innées : répondre affectivement à l'autre et savoir prendre la perspective de l'autre. Elle est donc le cœur de la relation du soin. Sans elle, les soins ne sont pas possibles. Il est impératif de pouvoir constater les expressions corporelles de l'autre et les interpréter afin de les comprendre pour ensuite pouvoir interagir avec la personne. Le but de l'empathie, c'est se mettre à la place de l'autre et de trouver le moyen de le rejoindre afin de communiquer. En effet, les résidents attendent de la part du personnel des compétences techniques mais

également une présence humaine bienfaisante, "*Si je suis ici, c'est pour qu'on s'occupe de moi et pas seulement pour les médicaments*" d'après Madame L..

Cependant, si j'écoutais Madame L., il faudrait toujours être présente, donner son avis et s'impliquer totalement dans sa vie. Or, je ne le peux pour deux raisons. La première est la plus évidente : je fais partie des personnes qui la soignent, je n'ai donc aucun commentaire à faire sur sa vie privée et familiale. Ma voix n'a pas à rentrer en compte dans ses choix personnels et je respecte le secret professionnel même auprès de ses proches. La deuxième raison est, qu'à trop s'impliquer avec un résident, on glisse de l'empathie vers la sympathie. Cette dernière n'a pas lieu d'être dans une relation professionnelle car elle empêche de prendre du recul et de voir une situation dans son ensemble.

Toutefois, durant un stage long, dans un milieu très convivial et avec Monsieur P., j'ai sûrement dépassé le stade de l'empathie pour arborer celui de la sympathie. J'ai pourtant passé autant de temps avec mes deux cas cliniques, pourquoi une telle différence ?

### 3- Le transfert et le contre transfert.

Le fait d'instaurer une alliance thérapeutique, un lien relationnel entre le patient et le thérapeute, entraîne forcément des réactions, des mouvements de la part des deux protagonistes. Les mouvements venant du patient vers le thérapeute sont regroupés dans la notion de transfert, et les mouvements du thérapeute vers le patient sont nommés contre-transfert.

Le transfert est essentiellement le déplacement d'une conduite émotionnelle d'un objet à un autre, souvent le personnel soignant pour un patient.

Avec Madame L., il y a un transfert de type répétition d'expérience relationnelle passée. Les conversations tournent toujours sur ma jeunesse actuelle qui la renvoie à sa jeunesse passée, "*A votre âge, je parcourais le monde de la mode, je faisais des défilés partout*". A travers moi, elle revit donc un pan de sa vie et tente de se mettre en avant. Cependant, elle attend mon approbation et mon admiration sur son vécu "*Vous savez mannequin c'est un métier compliqué ! Faut pas manger et faut être jolie, mais ça je le suis n'est-ce pas ?*". Elle parle du quotidien et de ses souvenirs plus facilement à une femme, souvent plus jeune mais, elle ne lui exposera pas ses tracas; elle préfère s'adresser à un homme pour cela. Madame L. est une dame qui aime attirer et être le centre de l'attention; auprès d'un jeune public, sa vie

impressionne davantage; elle en ressort une fierté et une renarcissisation essentielle à sa santé psychique. Ne pas considérer sa profession et reconnaître la pénibilité qu'elle a subie clôt toute relation avec elle. J'en ai été témoin avec une aide-soignante vacataire[32] débutante qui n'a pas pris le temps de l'écouter : elle ne lui a plus adressé un mot après sa tentative de discussion.

Le contre-transfert désigne l'ensemble des projections et attitudes inconscientes du thérapeute envoyées vers le patient. Par extension, il regroupe également tous les sentiments du thérapeute à l'égard du patient.

Avec Monsieur P., un aspect émotionnel s'est introduit dans la relation thérapeutique : il y a eu une contagion d'humeur. Cette dernière est une transmission interpersonnelle des affects. Lorsque Monsieur P. ne va pas bien, qu'il est fatigué, malade ou irrité, je le ressens et je le vis avec lui. De même, lorsque je ne suis pas disponible, soucieuse ou fatiguée, Monsieur P. le perçoit. Ce système est un cercle vicieux à double tranchant. En effet, il peut être très salvateur durant les phases positives et nous pousser à donner le meilleur de nous-mêmes. Durant les phases dites négatives, il entraine une démotivation souvent accompagnée d'une dévalorisation. Pour ma part, je doute de mes compétences en tant que thérapeute et pour Monsieur P. il s'interroge sur le bien-fondé de ses traitements, qui ne semblent pas l'aider à aller mieux.

Cependant, il ne faut pas complètement faire abstraction de ces sentiments au risque de manquer d'empathie dans la suite de la prise en charge. Il faut être conscient de ses réactions afin de pouvoir les contrôler. Après de nombreuses discussions avec ma maître de stage à ce propos, elle m'a rappelé qu' "*être thérapeute, c'est garder une relative sensibilité afin de répondre au mieux aux besoins du patient*". Effectivement, je reconnaissais les besoins de Monsieur P. avant même qu'il ne les prononce et j'y répondais trop rapidement. J'ai donc laissé le temps au résident de formuler sa demande et d'attendre un court instant avant d'avoir la solution.

[32] Une vacataire est une personne qui occupe un poste sur un temps définit mais qui n'en est pas titulaire.

Que ce soit une question de cadre matériel ou affectif, l'environnement compte beaucoup dans l'établissement d'une bonne relation thérapeutique. Cette dernière dépend autant du patient que du soignant, les deux sont obligés d'être à l'écoute l'un de l'autre. Toutefois, il se peut, comme nous l'avons vu, que la communication ne puisse exister : il est alors à la charge du thérapeute de trouver d'où vient le problème afin de rétablir une interaction entre lui et la personne malade.

# Conclusion :

"La chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit.", Peter Drucker.

L'objectif de ce mémoire était de comprendre le fonctionnement du sujet malade d'Alzheimer dans son ensemble, de trouver des pistes de réflexion afin de maintenir une communication verbale et non verbale avec lui. Des connaissances techniques sont nécessaires pour exercer avec cette population particulière. Toutefois, faire preuve d'Humanité reste la technique essentielle, ainsi qu'un respect du patient quels que soient son état ou son comportement.

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer demeure, avant tout, un être humain, malgré la détérioration physique et psychique irrémédiable de la pathologie. Cette évolution bouleverse régulièrement les systèmes établis. La famille, les proches et les soignants doivent donc s'adapter aux changements, notamment, les nouveaux codes et moyens de communications mis en place par le patient. Pour se faire comprendre, la personne instaure des règles qui, au départ, lui sont propres et dont il faut découvrir le sens. Une fois mise en commun, l'interaction peut continuer. Une communication classique n'est finalement pas obligatoire.

La régression du malade d'Alzheimer peut sembler archaïque et similaire au développement de l'enfant en repassant par des éprouvés plus corporels. Cependant, contrairement à ces derniers, les personnes âgées ont une vie affective, émotionnelle et sensorielle déjà déployée. Considérer ces éléments permet de conserver une identité d'humain et ainsi de conserver une dignité d'Homme.

Ce travail d'observation m'a permis de travailler mon regard clinique, afin de percevoir les subtilités de la communication verbale et non verbale. J'ai également pu prendre conscience de l'expressivité de mon propre corps et de mes disponibilités tant corporelles que psychiques. De plus, j'ai entrevu des systèmes de défense mis en œuvre par les soignants à l'encontre de certains résidents. Ces mécanismes protecteurs, tels que le déni, l'évitement et l'humour, se sont parfois retrouvés dans mes attitudes. Il me semblait intéressant de les relever et d'en faire prendre conscience à l'équipe. En effet, exercer auprès de personnes âgées et nier ces

techniques de défense peuvent diminuer la qualité de la relation thérapeutique ou même la rendre néfaste.

Cette approche a été effectuée avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Néanmoins, ces observations peuvent être applicables à toutes autres pathologies démentielles, en prenant compte des singularités des symptômes et des troubles induits par chacune. L'adaptation demeure la qualité vitale d'un thérapeute.

# Bibliographie :

## Ouvrages :


- Ajuriaguerra J. ,(1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant,* Paris, Massson.
- Andre P., Benavides T., Giromini F. (2004), *Corps et psychiatrie,* Paris, Heures de France (2 ième édition révisée et augmentée).
- Bodescot M-C ,(2008), *Alzheimer et autres démences*, collection doc' gérontologie, Revigny-sur-Ornain, DOC éditions.
- Brin F., Courrier C., Lederle E. Massy V., (1997), *Dictionnaire d'Orthophonie,* L'Ortho-Edition.
- Corraze J. ,(2005), *Les communications non verbales,* PUF (2ème édition)
- Drucker P., (2001), *A propos du management,* Village Mondial
- Dubois G., (1992), *Orientation spatiale et temporelle*, Paris, les éditions ESF.
- DURUZ, N., (1994), *Psychothérapie ou psychothérapies?* Prolégomènes à une analyse comparative, Neuchâtel et Paris.
- Freud S.,(2010), *Mémoire, souvenirs, oublis,* Payot, collection " Petite Bibliothèque Payot ".
- Gineste Y., Pellissier J., (2007), *Humanitude: comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux,* coll sociétale, Colin.
- Hall E.T ,(1971), *La dimension caché ,*Paris : Seuil
- Lambert G., (2006), *La maladie d'Alzheimer,* Paris, Les essentiels Milan.
- Lamy F., Moral M., (2011), *Les outils du coach - Bien les choisir, bien les organiser: Bien les choisir, bien les organiser*. InterEdition, Paris.
- Larousse, (2007), nouvelle édition, coll Petit larousse.
- Lebert F., (2006), *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- Le Goues G., (1991), *Le psychanalyste et le vieillard*, Paris, PUF.
- Le Goues G., Ferrey G., (1993), *Psychopathologie du sujet âgé*, Paris, Masson.
- Le Petit Robert, (2013), nouvelle étidion, Normandie roto impression.
- Marescotti R., Gineste Y,(2010), , *La méthodologie des soins,* CEC-France.
- Messy J., (2002), *La personne âgée n'existe pas,* Paris, Payot.
- Ploton L.,(1990),*La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence.* Lyon : Chroniques sociales, p.180.

- Polydor J-P.,(2011), *Alzheimer mode d'emploi, le livre des aidants,* (2ème édition), l'esprit du temps.
- Potel C., (2010), *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Paris, Erès.
- Quevauvilliers J., Perlemuter G. et L. , (2009), *Dictionnaire médical de l'infirmière,* (8ème édition), coll Infirmieres, Masson.
- Rexan-Galais F.,(2003), *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée*, Paris, Vuibert, coll. Théories et Pratiques sociales.
- Sellal F., Kruczek E., (2007), *Maladie d'Alzheimer*, doin (2ème édition), coll. conduites

## Notes de cours :

- Cours de 1ère année à l'IFP de la Pitié-Salpêtrière de C. Pavot (année universitaire 2011-2012), *L'espace et le temps en psychomotricité.*
- Cours de neuropsychologie à la Pitié-Salpêtrière par E. Guichart-Gomez (année universitaire 2009 – 2010), *Mémoire de travail, aspect théorique.*

## Article :

- Bourdelais P., (1970), *L'âge de la vieillesse*. Éditions Odile Jacob, Paris, 1993.S. de Beauvoir. La Vieillesse. Gallimard, Paris.
- Fradet-Vallée Y., (2011), *Handicaps Neurologiques et Vieillissement : vécus psychologiques,* in Therapie psychomotrice et recherche,167,Paris.
- Henrard J.-C, Clément S., Derriennic F., (1996), *Vieillissement, santé, société*. Paris : Les éditions Inserm, coll. Questions en santé publique.
- Hervy M-P., (2001), *Le vieillissement : de qui est-ce l'affaire?*, in Champ Psychosomatique, N°24.
- Jakobson R., (1896-1982), *Essais de linguistique générale : aux sources du structuralisme,* Karine Philippe, Ed. Sc. Humaines.
- Robert L., (1995), Le vieillissement faits et théories. Dominos Flammarion, Paris.

Site internet :

- http://www.chups.jussieu.fr/
- http:/www.plan-alzheimer.gouv.fr/
- http://www.has-sante.fr/
- http://www.icd10.ch/index.asp/

# Annexe :

## Test n° 1 : Test de Benton : orientation dans le temps

***Posez les questions suivantes :***

1) En quel mois sommes-nous ? /1

2) Quelle est la date d'aujourd'hui ? /1

3) En quelle année sommes-nous ? /1

4) Quel jour de la semaine sommes-nous ? /1

5) Quelle heure est-il ? /1

**Total :** /5

***Interprétations des résultats :***

***Si le score est < 5, on considère que le test est pathologique.***

# Test n° 2 : Test des 5 mots de Dubois

***Consignes de passation : trois parties***

## 1. *Première partie "Apprentissage"*

*Montrer la liste de 5 mots au patient et lui dire :*

*« Voici une liste de mots, je vais vous demander de lire ces 5 mots à voix haute et d'essayer de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure».*

**MUSEE**

**LIMONADE**

**SAUTERELLE**

**PASSOIRE**

**CAMION**

*Une fois la liste lue, dire au patient :*

*« Pouvez-vous, tout en regardant la feuille, me dire quel est le nom : de la boisson (attendre la réponse), de l'ustensile de cuisine (idem), du bâtiment (idem), de l'animal (idem) et du moyen de transport (idem)? »*

*Retourner alors la feuille et demander au patient :*

*« Pouvez-vous me dire les mots que vous venez de lire sur la feuille ? » Ceci constitue le rappel libre.*

*Compter 1 point par mot bien rappelé. Pour les mots non-rappelés, et seulement pour ceux-ci, demander :*

*« Quel était le nom de … : bâtiment ou la boisson ou l'animal ou l'ustensile de cuisine ou moyen de transport ? »*

*Ceci constitue le rappel indicé. Compter 1 point par mot bien rappelé.*

*Additionner le nombre de points obtenus au rappel libre avec celui obtenu au rappel indicé, vous obtenez un score total de rappel immédiat de 5 points maximum.*

*Si le score était inférieur à 5, recommencer l'apprentissage jusqu'à ce que les 5 mots soient appris. Mais attention, le score total de rappel immédiat qu'on considérera à la fin du test reste le 1er qui a été obtenu.*

## 2. *Deuxième partie : Epreuve interférente :*

*Il s'agit d'occuper le patient quelques minutes avant de demander le rappel différé.*

*En profiter pour faire passer le* **test n° 3 : Test de l'horloge** (voir ci après)

## 3. *Troisième partie : Rappel différé :*

*« Pouvez-vous me répéter maintenant les 5 mots que vous avez appris tout à l'heure, peu importe l'ordre ? »*

*Ceci constitue le rappel différé libre. Compter 1 point par mot bien rappelé. Pour les mots non-rappelés, et seulement pour ceux-ci, demander :*

*« Quel était le nom de … : bâtiment ou la boisson ou l'animal ou l'ustensile de cuisine ou moyen de transport ? »*

*Ceci constitue le rappel différé indicé. Compter 1 point par mot bien rappelé. Additionner le nombre de points obtenus au rappel différé libre avec celui obtenu au rappel différé indicé, vous obtenez un score total de rappel différé de 5 maximum.*

***Pour finir**, additionner le score total de rappel immédiat et le score total de rappel différé. Vous obtenez **un score total de rappel** de 10 maximum.*

***Interprétations des résultats :***

**Le score total de rappel doit être normalement égal à 10.**

*S'il ne l'est pas, le test peut révéler une pathologie démentielle de type Alzheimer.*

Remarque : *si le rappel libre est diminué mais que le rappel total est normal, il ne s'agit probablement pas d'une démence de type Alzheimer mais plutôt d'un trouble de l'attention tel un état dépressif, une atteinte frontale…*

# Test n° 3 : Test de L'Horloge

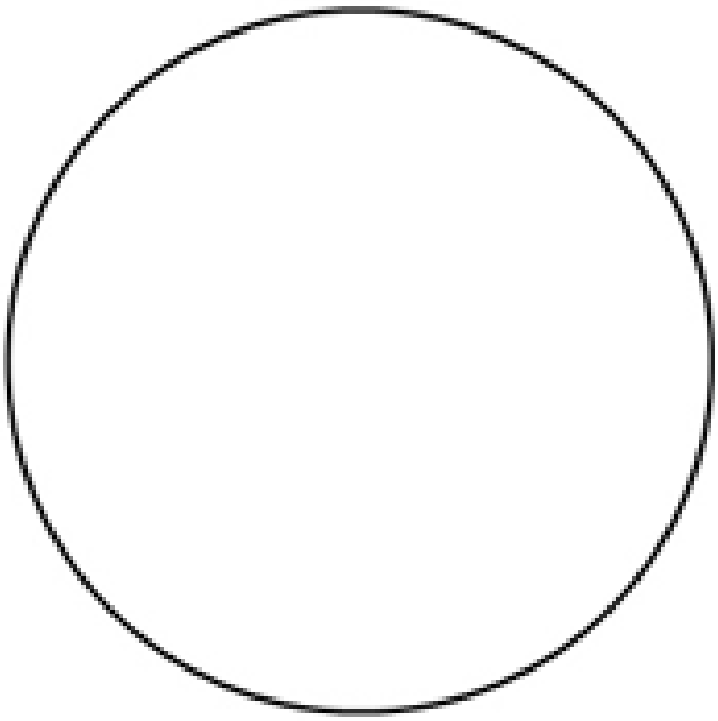
***Consignes de passation :***

*« 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 du dessin et dites-lui :*

«Ceci étant le centre du cadran, dessinez-moi les aiguilles de sorte à lire 11h10».



***Interprétations des résultats :***

***Pour simplifier, vous allez vérifier 4 points :***

L'emplacement des nombres correspondant à chaque heure (3 chiffres par ¼decadran).

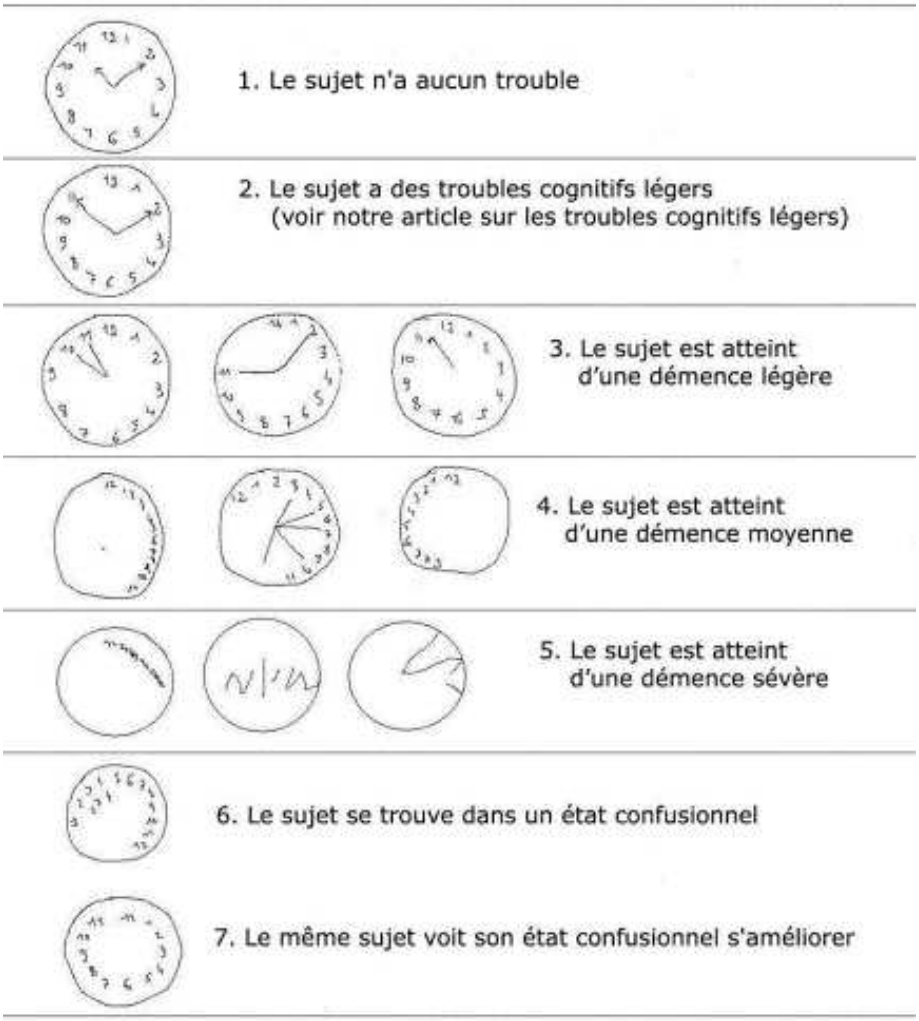
L'ordonnancement des heures.

La bonne représentation des deux aiguilles (petite et grande).

L'emplacement des deux aiguilles correspondant à l'heure demandée.

Si un ou plusieurs de ces points posent problème, cela peut signifier la présence de troubles cognitifs ou d'une démence.

Pour vous aider dans votre interprétation, voici quelques exemples de tests :



# Résumé :

Exercer auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer n'est pas évident. En effet, les patients, souvent déficitaires, ont des troubles du comportement lourds. Les plus invalidants socialement sont ceux touchant la communication. En plus d'être des réducteurs d'autonomie, ces troubles isolent les personnes malades. La famille et parfois l'équipe soignante peuvent se retrouver démunies face à ces individus. Cependant, ne plus communiquer verbalement ne signifie pas ne plus pouvoir interagir. Nous verrons donc quel rôle peut jouer la psychomotricité dans le maintien de la communication verbale et non verbale au sein de cette population vieillissante.

Mots clefs : vieillesse, maladie d'Alzheimer, communication, accordage, transfert, douleur.

# Abstract :

Working with people suffering from Alzheimer's disease is not easy. This is because the patients, often deficient, have serous behavioural problems. The disabilities that affect communication are the most socially debilitating. These problems reduce autonomy and also isolate the patients. The family and the team of doctors and nurses can find themselves powerless to help those affected. However, not being able to verbally communicate does not necessarily mean that all interaction is lost. We will therefore look at the role psychomotrician can play in maintaining verbal and non-verbal communication in this ageing population.

Key words : old age, Alzheimer's disease, communication, tuning, transfer, pain.