



HAL
open science

À chacun son rythme : l'importance du rythme dans le prendre soin ajusté aux personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs et présentant des troubles psychocomportementaux

Marion Collu

► To cite this version:

Marion Collu. À chacun son rythme : l'importance du rythme dans le prendre soin ajusté aux personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs et présentant des troubles psychocomportementaux. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187631

HAL Id: dumas-01187631

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187631>

Submitted on 27 Aug 2015

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

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

Institut de Formation en Psychomotricité.
Université Pierre et Marie Curie
Faculté de Médecine
Site Pitié-Salpêtrière



A chacun son rythme

L'importance du rythme dans le prendre soin ajusté aux personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs et présentant des troubles psychocomportementaux.



Rythme sans fin, Robert Delaunay. 1934.

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien par
Mlle Marion COLLU.

Référente de mémoire :

Mme Virginie OLIVIER

Session : Juin 2015.

Remerciements :

Je tiens à remercier ma maîtresse de mémoire, Virginie, pour ses précieux conseils, son écoute et l'énergie qu'elle a déployé pour m'accompagner dans ce travail.

Je remercie également mes maîtres de stage et Lucie qui ont pu m'apporter leur pratique et surtout leur passion pour ce métier.

Merci à ma famille, qui n'a jamais oublié l'importance de jouer. Merci pour son soutien sans faille.

Merci à Grégoire mon kiné préféré qui, au-delà de ses chansons de mauvais augure, m'a amené vers la psychomotricité.

Merci à mes belles rencontres parisiennes, notamment Carib' et Raf' qui ont toujours été présentes. Merci pour tous ces merveilleux moments que nous avons partagés et que nous partagerons encore...

Puis, merci à nAm pour sa relecture, sa patience, son écoute et sa curiosité envers la psychomotricité. Tant que tu n'auras pas trouvé de remède, je m'obstinerai à travailler.

Sommaire

Introduction :	5
Première partie : Qu'est-ce que le rythme ?	8
I - Etymologie et historique du rythme.	8
II - Un rythme, des définitions.	9
a) Définition biologique du rythme.	9
b) Définition du rythme en psychologie.	10
c) Définition du rythme dans la musique.	10
d) Définition du rythme en psychomotricité	11
e) Synthèse sur la notion de rythme.	14
III - La théorie des Macrorhythmes et Microrhythmes.	15
IV - Rythme et temps chez la personne âgée.	17
Deuxième partie : Rythmes dans le prendre soin en institution.	18
I - Présentation et organisation temporo-spatiale de la structure.	18
II - La population accueillie au sein de l'EHPAD.	22
a) Définition du vieillissement dit « normal ».	22
b) Aspect psychologique du vieillissement.	23
c) Vieillissement dit « pathologique ».	24
d) Les troubles psychocomportementaux.	26
III - Le prendre-soin.	34
a) Qu'est-ce que le prendre-soin ?	34
b) Le prendre-soin au sein de l'institution : l'Humanitude®.	35
c) D'autres philosophies de soin.	44
IV - Importance du rythme dans le prendre soin avec les personnes démontrant des troubles psychocomportementaux.	45
a) Le rythme dans la relation soignant-résident.	45
b) Le rythme institutionnel adapté aux rythmes personnels.	48
V - Réflexions autour des rythmes en institution.	51
a) Le rythme, entre habitude et inattendu.	51

b) Le rythme, entre temps d'activités et temps libres.	52
c) Rythme du laisser-faire/faire-avec/faire-pour.	55
d) Rythmes des soignants.	56
Troisième partie : le rythme en psychomotricité.	57
I - Place de la psychomotricité au sein de l'EHPAD :.....	57
II - Présentation de Mr J.	58
III - La place du rythme dans le groupe Musique.	64
a) Mise en place du groupe Musique.	64
b) Déroulement des séances.	65
c) Evolution après 2mois de groupe.	67
IV - La place du rythme dans le cadre en psychomotricité.	69
a) Définition et fonctions du cadre.	69
b) Le rythme, structure du cadre.	70
V - Le rythme comme médiation en psychomotricité.	71
VI - Apport du psychomotricien dans la prévention : réflexion autour de l'importance des rythmes.	74
VII -Réflexions autour des rythmes en séance de psychomotricité avec Mr J.	78
Autres réflexions	80
I - Les limites de la prise en compte des rythmes au quotidien.	80
II - Rythmes des résidents, de l'institution et des soignants : jusqu'où peuvent-ils s'entendre ?	82
Conclusion :.....	84
Bibliographie :.....	86
Sitographie :	91
<u>ANNEXES</u>	92
Annexe 1 : NPI-ES.....	93
Annexe 2 : Questionnaire.....	94
Annexe 3 : tableau des techniques Humanitude®.	95
Annexe 4 : Les outils de la Validation®.	96
Annexe 5 : Les 7 principes de l'approche centrée sur la personne.	98

Introduction :

Le psychomotricien est de plus en plus souvent amené à rencontrer des personnes âgées. Cela fait suite aux nombreuses réflexions politiques et sociales sur cette population dont le nombre ne cesse de croître, et notamment aux plans Alzheimer renouvelés tous les 4ans depuis 2001. Malgré cet intérêt croissant, la vieillesse demeure bien souvent stigmatisée et rejetée, ne correspondant plus aux valeurs sociétales actuelles que sont « la modernité, la jeunesse, la rapidité, la compétitivité, la séduction, la vitalité »¹, on parle même d' « âgisme ». La réalité est que le vieillissement fait peur car il constitue une fatalité à laquelle bon nombre d'entre nous souhaiterions échapper. Nous espérons observer un vieillissement dit « normal », restant autonomes et généralement à domicile, soit éviter à tout prix la situation de dépendance provoquée par l'apparition de troubles neurocognitifs majeurs dont le nombre ne cessent d'augmenter consécutivement à l'accroissement de la durée de vie.

L'entrée en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) marque bien souvent une rupture avec son fonctionnement antérieur car elle insinue pour la personne une dépendance ayant entraînée l'impossibilité de rester chez soi². P. Metais et M-P Pancrazi³ notent qu'elle est rarement vécue de manière sereine que ce soit pour le futur résident ou les aidants. Elle est couramment décidée en situation de crise importante morale, familiale ou financière.

L'entrée est souvent difficile, la personne accueillie devant faire face à une crise d'adaptation psychique et physique coûteuse pour passer d'une vie où elle était la seule actrice à une vie où elle est confrontée à la volonté des autres. Elle doit désormais faire face à des personnes aux problématiques variées, accepter la perte d'activités quotidiennes telles que la cuisine, un travail associatif ainsi que de ses rythmes personnels.

Ce dernier point m'intéresse particulièrement car il me semble que le rythme renvoie à ce qu'il y a de plus instinctuel, primitif en nous : il fut la première notion de musique voilà de cela des millénaires (percussion avec des bouts d'os). Il fait écho à la sensorialité profonde mais aussi à toute activité humaine qu'il structure dans le temps. Le rythme constitue une des premières composantes du temps que

¹ Personne, M. 2011, p.20.

² Mesurée par la grille AGGIR.

³ Metais, P. et Pancrazi, M.-P. 2004, p.55.

le bébé, voir le fœtus, ressent, que ce soit par le rythme cardiaque de sa mère ou la perception de l'alternance jour/nuit. Nos rythmes personnels s'établissent tout au long de notre existence et il me semble qu'après une longue vie active chez soi, une routine rassurante et contenante s'est construite. L'entrée en EHPAD va pourtant demander à la personne de la mettre de côté pour adopter un tout nouveau fonctionnement : vivre aux rythmes des toilettes et des repas, des séances thérapeutiques,... Cette perte de repères désoriente et désorganise parfois au point que 30% des personnes entrant en institution décèdent dans la 1^{ère} année dans les institutions où le fonctionnement prime sur les personnes accueillies⁴. Dans un tel schéma, les personnes fragiles peuvent se sentir perdues, incomprises, démunies de leur identité pour entrer dans le rang des « résidents d'un EHPAD ». Tenant à démontrer leur existence, certains n'hésiteront pas à la prouver par des comportements dits « inadaptés » en collectivité, les troubles psychocomportementaux.

C'est pourquoi l'EHPAD où j'effectue mon stage accorde une grande importance à personnaliser les accompagnements.

La philosophie de soin en place, l'Humanitude®, propose que ce soit les soignants qui s'adaptent aux rythmes des personnes accueillies et non l'inverse afin de leur permettre de vivre et de s'intégrer en toute sécurité et sérénité à l'établissement.

Dans ce contexte, la psychomotricité s'inscrit dans la mise en place de stratégies facilitant l'orientation temporelle en passant par le vécu et les sensations. Elle voit non pas la personne atteinte d'un trouble neurocognitif majeur comme en perte d'indépendance mais comme « un sujet qui éprouve la vie, incarné dans un corps qui ressent comme aucun autre, avec un esprit où sensations, émotions, images, pensées sans mots, jouent sans doute, comme dans nos rêves, un rôle plus important que les raisonnements »⁵, redonnant de sa valeur à cette population bien souvent stigmatisée.

Si une telle valeur lui est accordée dans le prendre-soin de manière générale dans l'institution, c'est que le rythme doit avoir son intérêt pour le résident autant dans sa qualité de vie que dans sa relation avec les soignants. En quoi est-ce important d'adapter sa pratique aux rythmes personnels des résidents, et notamment ceux qui présentent des troubles psychocomportementaux ? Comment la prise en compte des rythmes s'inscrit-elle dans une démarche de prendre-soin ?

⁴ Fantini-Hauwel, C., Gély-Nargeot M-C. et Raffard, S. 2014, p.141.

⁵ Pellissier, J. 2010, p.74.

Et comment la psychomotricité y trouve-t-elle sa place ?

Autant de questions auxquelles ce mémoire tentera de répondre à travers trois parties successives. La première nous permettra de faire un point sur ce que nous entendons par le concept de « rythme ». La seconde s'attachera à décrire ce qu'est le prendre-soin selon différentes philosophies de soin. Grâce à celle-ci puis la partie suivante, nous partirons des rythmes qui composent la vie des résidents en institution par des vignettes cliniques pour nous pencher plus particulièrement sur la place du rythme en psychomotricité avec l'exemple de Mr J. Ces deux parties rédigées de manière clinico-théorique pour suivre un ordre logique de déroulement seront ponctuées de réflexions finalisant chacune d'entre elles. Ce choix volontaire a pour but de proposer directement des liens avec ce qui vient d'être décrits sans attendre les dernières pages. Toutefois, des réflexions plus générales trouvent leur place à la fin de ce travail.

Première partie : Qu'est-ce que le rythme ?

Il me paraît essentiel de débiter par définir cette notion qui apparaîtra régulièrement dans ce mémoire. Si le rythme prend son origine dans un temps fort lointain, son parcours jusqu'à nous suit l'Histoire, subissant des périodes d'intérêts croissants et d'oublis au profit d'autres notions.

I - Etymologie et historique du rythme.

Le concept de rythme est apparu quelques temps avant l'apogée de la Grèce Antique. Il provient du verbe « rhein » signifiant « couler », auquel est ajouté le suffixe -(th)mos, dans le but d'indiquer l'abstraction que dénote cette notion. Le sens étymologique de « rythme », ou comme il est écrit à l'époque « rhuthmos », s'interprète par une forme changeante, improvisée, momentanée, modifiable, sans fixité, soit une « manière particulière de fluer »⁶. Il était utilisé pour évoquer différents mouvements observés dans les arts : danse, musique, ou poésie mais aussi pour aborder de manière quotidienne la « forme » individuelle et distinctive du caractère de chaque être humain, toujours prête à changer suivant l'émotion qui la traverse. Il apparaît alors que le rythme, avant d'être associé au temps, l'était d'autant plus à l'espace. Cependant, ce sens a rapidement été modifié avec l'arrivée de Platon dans le cours du 5^{ème} siècle avant notre ère. Inspiré par les mouvements corporels des danseurs, le philosophe fait du rythme « l'ordre dans le mouvement »⁷, lançant l'idée d'une distance non plus physique mais temporelle entre un phénomène et un autre, un rythme permettant à chaque instant l'ajustement corporel au partenaire. Le sens du rythme que Platon développe met en lien direct les deux notions fondamentales que sont l'espace et le temps, unies par le mouvement : par cet intermédiaire, chacun permet l'appréhension de l'autre. Le mouvement, fluctuant, est donc toujours présent mais il s'inscrit désormais dans la durée et la succession, permettant sa coordination et sa régulation.

Platon décrit le rythme comme un intervalle de temps régulier entre les diverses apparitions d'un même phénomène. Il permet la différenciation de tout élément par opposition et comparaison des différentes situations dans lequel il apparaît. Par exemple, la différence entre rythme lent et rapide d'un mouvement garde sa trace dans le corps car ces deux positions ont été vécues de manière alternative.

⁶ Récupéré le 31/12/14 du site Rhuthmos : <http://rhuthmos.eu/spip.php?article783>.

⁷ Platon. 2006. Livre II.

Bien que le rythme n'ait jamais cessé d'être, il faut attendre la moitié du XXème siècle pour que les réflexions sur le rythme reflourissent. De nombreux auteurs tels que S. Freud et E. Durkheim en proposent une définition⁸. A part F. Nietzsche pour qui le rythme est synonyme d'éternel retour, les autres auteurs lui retirent le caractère strictement répétitif qui le caractérisait jusqu'ici.

La recherche sur ce sujet disparaît de nouveau suite à la 2^{nde} guerre mondiale au profit d'études sur les différents systèmes et structures sociaux (apparition de la sécurité sociale).

Aujourd'hui, les recherches sur le rythme commencent à reprendre de l'ampleur et le nombre de définitions au sens très divers ne cessent d'augmenter suivant la discipline qui l'aborde. Je propose ici de visiter le sens qu'il lui est prêté dans quelques domaines.

II - Un rythme, des définitions.

a) Définition biologique du rythme.

« Un rythme biologique se définit comme une variation périodique de l'intensité d'une activité physiologique, d'un phénomène biologique », selon J. Bonange⁹.

Il s'agit de rythmes vitaux, innés et automatiques présents chez tout être vivant à chaque instant. La périodicité de leur apparition permet leur synchronisation dans un ballet parfait bien que complexe. Ils concernent autant des fonctions végétatives (cardiaque, digestive,...) dont certaines peuvent être mises en conscience (par des exercices de respiration, de la relaxation,...) que des fonctionnements hormonaux ou comportementaux. Ceux-ci sont régis par ce que l'on appelle « horloge biologique interne », responsable de la mise en lien de ces fonctionnements avec les synchroniseurs externes. En effet, ce ballet est influencé par les rythmes que nous imposent notre environnement dès la vie fœtale¹⁰ : les relations, les normes sociétales, la culture ou même l'univers comme l'explique M. Rodriguez¹¹, en faisant de chacun un critère de différenciation.

⁸ Sauvanet, P. et Wunenburger, J.-J. 1996.

⁹ Bonange, J. 2013, p.26.

¹⁰ Le fœtus perçoit divers rythmes maternels qui influenceront son développement.

¹¹ Pour Rodriguez, M., nos rythmes sont influencés par la rotation de la terre sur son axe autour du soleil, créant les différences annuelles (saisons, températures) influençant nos comportements.

Le rythme en biologie est donc caractérisé par un évènement qui revient de manière régulière mais dont la qualité peut être modifiée. Par exemple, les battements du cœur sont périodiques mais peuvent s'accélérer ou ralentir, au même titre que la respiration, le besoin de sommeil, etc.

b) Définition du rythme en psychologie.

En psychologie, J. Le Boulch (1964)¹² affirme que le rythme se rattache inexorablement à « l'écoulement du temps » qui se fait selon deux aspects : quantitatif c'est-à-dire la durée, et qualitatif (intervalle entre deux retours, intensité), faisant de phénomènes proches, un ensemble construit et organisé. La succession est perçue comme une unité.

Les apprentissages, cognitifs ou moteurs, explicitent bien ce schéma. Pour Piaget, l'enfant fait une expérience motrice, au départ au hasard. Prenons l'exemple du retournement chez le tout-petit. La première fois qu'il trouvera sans l'avoir réellement recherché les moyens de réaliser cette action, il aura l'air certainement surpris mais ne fera rien de cette expérience. Cependant, il lui arrivera de se retourner une autre fois et d'autres suivront encore, le temps entre les deux phénomènes se rapprochant. L'adulte déduit de l'observation du rapprochement temporel de ces retournements que l'action devient volontaire : un élément construit et organisé provoqué par la mise en lien d'un acte et sa conséquence. Grâce à la répétition de cette expérience, dit réaction circulaire, s'acquiert le schème moteur.

Le rythme est donc le représentant de la structuration du temps par des répétitions qui, mises en lien, permettent l'apprentissage, la consolidation en mémoire ainsi que l'automatisation d'actions ou de pensées.

c) Définition du rythme dans la musique.

On ne peut bien sûr pas parler de rythme sans évoquer son sens musical. Il est la structure qui s'inscrit sur le tempo, « vitesse d'exécution d'une œuvre »¹³, la pulsation. Cette dernière se repère par la succession des temps forts d'une œuvre (temps souvent frappé du pied ou des mains lors d'une écoute), et par la présence de temps faible entre deux frappes. Quant au rythme, il s'appuie sur ces temps réguliers pour instaurer une structure périodique, ou non, sur laquelle s'instaure la

¹² Le Boulch, J. 1964, p.35-41.

¹³ Larousse en ligne.

mélodie. « Le rythme n'est ni linéaire, ni régulier, il est jaillissement, ce qui ne veut pas dire incohérent », W. Bakeroot¹⁴.

Le rythme joue un rôle important en liant différents instants, qu'ils soient sons ou silences. Formant leur structure, il prête à la mélodie ses bases comme gage de qualité (vitesse, intensité,...).

d) Définition du rythme en psychomotricité.

Cette notion offre de nombreuses possibilités à la psychomotricité. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la succession d'expériences sensori-motrices chez l'enfant lui permet l'apprentissage de schèmes moteurs. Par l'intégration psychique de ces nouveaux éléments, il devient en capacité de les utiliser lorsqu'il rencontre la même situation. Puis, il va progressivement pouvoir les généraliser à de nouvelles situations. Le rythme, par son rôle dans la mémorisation, l'apprentissage et l'automatisation psychomoteurs, amène la liaison entre l'expérience corporelle et l'intégration psychique.

La réalisation de ces actions est possible car elles se situent dans un cadre spatio-temporel¹⁵ de base. L'espace et le temps sont de grands organisateurs du corps. Ils étayent l'organisation de la perception, l'interprétation ainsi que la réponse motrice. L'intérêt porté à l'environnement fait suite à la perception d'un stimulus sensoriel. Par exemple, la personne perçoit un bruit. Elle va d'abord le situer : d'où vient-il ? Dure-t-il ? Disons ici qu'il s'approche puis s'éloigne en continu. Elle cherche ensuite à comprendre de quoi il s'agit, à lui donner du sens par rapport à ses connaissances antérieures. Elle comprend alors qu'il s'agit certainement du chariot amenant le repas à l'étage. Elle agira donc en conséquence en se rendant en salle à manger par exemple.

Le référentiel temporel accompagne également le développement de l'identité de la personne et notamment son sentiment de continuité d'existence permis par l'appréhension du temps linéaire. Cependant, le rythme dans lequel s'organise événements passés, présents et futurs n'est pas inné.

Le rythme apparaît tout de même très tôt dans le développement car il est déjà présent par les sensations que le fœtus perçoit dans le ventre de sa mère : les battements du cœur, l'activité digestive ou le rythme de sa voix. Ces rythmes

¹⁴ Bakeroot, W. 2000, p.12.

¹⁵ Albaret, J.-M., Giromini, F. et Scialom, P. 2011, p.219.

perçus sont importants pour le développement séculaire du nourrisson car il sera facilement apaisé par les battements du cœur de sa mère quand elle le prendra dans ses bras¹⁶, démontrant une mémoire de ces sensations.

Dans les 1ers temps de la vie selon Winnicott, la mère démontre une préoccupation maternelle primaire envers son petit¹⁷. Leur relation est rythmée par l'alternance faim-satiété, veille-sommeil amenant l'enfant à distinguer des moments d'hypertonie de besoin et d'hypotonie de satisfaction. La mère apprend à comprendre et à répondre rapidement aux appels de son nourrisson par le biais du dialogue tonique¹⁸, véritable accordage entre les deux protagonistes. La répétition de ces soins de holding (portage et contenance à la fois physique et psychique) vient stabiliser l'enfant et soutenir l'établissement de son Moi, continu dans le temps, ainsi que son image du corps, fluctuante elle au gré des rencontres. G. Haag parle de la « structure rythmique du premier contenant »¹⁹. Le bébé obtient des rythmes de soins, un sentiment de soutien nécessaire avant que la représentation de l'enveloppe ne puisse intervenir.

Toutefois, pour Winnicott, un allongement du temps d'attente de l'enfant doit naturellement se créer entre sa demande et la réponse maternelle, provoquant une frustration qu'il devra apprendre à surmonter. Désormais, le bébé n'est plus tout-puissant mais appréhende l'idée d'un monde extérieur, différent de lui et dont il dépend. Le rythme binaire, d'abord source de fusion, s'élargit pour devenir ternaire, offrant ainsi une place au tiers, souvent joué par la figure paternelle. Si le nourrisson avait pu jusqu'alors n'éprouver que l'invariance, la compréhension nouvelle de l'alternance de présences et d'absences de la mère, entre répétition des soins et surprise du jeu²⁰, va permettre l'émergence de la représentation, de la permanence de l'objet. Le tiers introduit un lieu entre soi et non-soi, appelé espace transitionnel. L'accès à l'image d'un autre différent de soi permise alors amène l'enfant à rechercher la rencontre avec sa mère par les regards, le toucher, l'écoute,... La rythmicité vient là soutenir la relation tout en renforçant le sentiment de soi. Il devient un partenaire actif de la relation, doué d'intention.

Au même moment que l'intersubjectivité prend sens, le petit prend conscience de son individualité, le guidant sur la voie du processus de séparation-

¹⁶ Expérience menée par Salk en 1973, reprise par Vauclair en 2003.

¹⁷ Winnicott, D.W. 2006, p.38-39.

¹⁸ Egalemeut illustrer par Robert-Ouvray, S. dans *L'enfant tonique et sa mère*.

¹⁹ Haag, G. 1986, p.44-51.

²⁰ Cf. Première partie, III - p.15.

individuation. Il développe alors ses propres rythmes, adopte le « je » et gagne en autonomie. Il acquiert son identité.

Ainsi, le nourrisson respecte d'abord une structuration du temps (rythme) binaire. Ces alternances lui permettent d'éprouver son corps dans la continuité²¹. Puis, ce rythme devient ternaire, lui ouvrant l'espace nécessaire pour développer son individualité, ainsi que la possibilité d'ouverture vers l'extérieur grâce à la sécurité de base offerte par la mère dans le temps binaire (entre collage et séparation).

Ces premiers mouvements, développés de manière parallèle à la conception du dedans/dehors, vont également amener l'expérimentation de l'espace par le nourrisson (d'abord proche puis lointain). Comme nous l'avons évoqué dans l'historique du rythme²², le mouvement, par son aspect spatial, va permettre l'appréhension du temps. Le tout-petit va donc appréhender le rythme dans le mouvement : début-déroulement-fin, le guidant de l'intériorité à l'espace extérieur, rappelant le jeu du « fort-da » décrit par Freud. A. Lauras-Petit affirme²³ que cela va lui permettre de faire cohabiter la discontinuité vécue du moment présent et le sentiment de continuité expérimenté par l'existence d'un passé et d'un futur, introduisant l'idée d'un temps linéaire.

Cette idée de temps continu, linéaire, va également pouvoir s'acquérir grâce à deux notions importantes que l'enfant va expérimenter dans ses apprentissages moteurs. Il les acquiert en testant les conséquences de ses actions répétées sur l'environnement et en les variant, en les assimilant et accommodant les caractéristiques testées aux schèmes préexistants. Ces deux notions qui sont le lien de causalité et l'anticipation font leur place dans le psychisme infantile amenant à l'intégration que le déclenchement passé d'une action en cours présente des conséquences futures.

Une fois acquis, ce temps linéaire va ouvrir la palette de l'expressivité du corps de l'enfant, visible notamment dans la variabilité de qualité de ses mouvements et coordinations. Il permet par exemple de faire l'expérience du lent ou du rapide, du fluide ou du saccadé,...²⁴ et passer de l'un à l'autre sans rupture.

Il apparaît alors que le rythme a des répercussions sur le fonctionnement interne

²¹ Gousseau, C. 2013, p36.

²² Cf. Première partie, I - p.8.

²³ Lauras-Petit, A. 2009, p.105-126.

²⁴ Théorie des qualités du mouvement de Laban. Boissière, A et Kintzle, C. 2006, p.89.

du sujet, principalement en ce qui concerne les capacités de résolution tonique et d'anticipation. Il possède également une importance dans l'interaction avec autrui, amenant l'enfant à adopter différents comportements comme l'inhibition, l'angoisse et l'agressivité.

La perception des rythmes propres, biologiques et extérieurs (circadiens, environnementaux) vont amener le jeune enfant à acquérir les différentes notions du temps : cycle des saisons, régularité des jours de la semaine,... à 5-6ans et à construire le langage verbal et écrit dans son ordre logique, sujet-verbe-complément.

La psychomotricité prête donc au rythme une qualité d'organisateur de la vie psychocorporelle, affective et relationnelle dès les fondements de la vie. Il joue le rôle de structurateur par sa régularité puis son irrégularité, nécessaire tous deux au développement de l'individu.

e) Synthèse sur la notion de rythme.

Suite à ces différentes définitions, voici ce qui est apparu.

Si de l'Antiquité au XXème siècle, le rythme a été considéré comme le retour d'un événement strictement identique, il est établi aujourd'hui qu'il peut présenter des variations. Ses qualités sont relativement mouvantes. Elles ne doivent cependant pas différer en tout point pour être perçus. Le rythme n'est donc pas une structure figée ; Il est dynamique tant qu'il reste cohérent. Par exemple, dans les rythmes biologiques, les pulsations cardiaques sont régulières. Toutefois, son rythme peut se transformer : lent ou rapide, forts ou faibles.

Il arrive parfois que le rythme soit confondu avec d'autres concepts utilisés par erreur en substitution : le cycle, le rituel et l'habitude.

Pour cette raison, je me suis penchée sur leur sens commun, trouvé dans le dictionnaire²⁵.

Prenons tout d'abord la notion de cycle : « Suite de phénomènes se renouvelant dans un ordre immuable. » Si sa définition rejoint celle du rythme, il semble que la différence se situe dans l'« immuabilité ». A l'inverse de la présente définition, le rythme évoque des phénomènes qui se répètent mais dont l'ordre n'est pas nécessairement défini (l'intervalle, aspect qualitatif du rythme, est susceptible

²⁵ Larousse en ligne.

d'être modifié).

Quant à l'habitude, il s'agit d'une « manière de faire, d'un comportement créé chez quelqu'un par une action répétée ». Par son caractère de répétition, le rythme créé l'habitude. Cette dernière étant décrite comme « un comportement », elle se doit d'être visible et s'approche davantage du conditionnement par la manière de répondre à une action, soit à un stimulus.

Enfin, le rituel est l' « ensemble des règles et des habitudes fixées par la tradition ». Dans cette définition apparaît un caractère symbolique à l'invariance de la répétition. La qualité temporelle du rituel semble intouchable, contrairement au rythme. S'il vient à manquer, son absence peut créer une souffrance, une angoisse voire un traumatisme. Il est évoqué lors de réflexions sur les différents soins (nursing, prise en charge psychomotrice), c'est pourquoi une réflexion sur son rôle sera évoquée au cours de mon développement²⁶.

Par rapport à ces autres définitions, le rythme présente un aspect quantitatif car il dure dans le temps, mais aussi qualitatif car il le structure de manière plus ou moins régulière permettant d'alterner des temps forts et des temps faibles²⁷. Il s'agit d'une série de répétitions dans le processus continu du temps, permettant d'introduire de la forme et du mouvement dans des temps faibles, restant cependant entourés par la sécurité de temps forts, bien marqués.

Cela rejoint la théorie des microrhythmes et macrorhythmes proposée par le pédopsychiatre D. Marcelli.

III - La théorie des Macrorhythmes et Microrhythmes²⁸.

D. Marcelli décrit deux rythmes nécessaires alternativement chez l'enfant à la construction de sa pensée.

D'abord le nourrisson doit connaître des temps de répétitions où l'anticipation est favorisée. Il s'agit par exemple des temps de change. A force de répétition, on observe que le bébé lève ses jambes au moment propice avant même l'intervention de la mère. Il s'agit des macrorhythmes. Ces temps ritualisés inscrivent le bébé dans un sentiment de stabilité et de sécurité, indispensable à la continuité de l'investissement narcissique.

²⁶ Cf. Troisième partie, IV - b) p.70.

²⁷ Cf. Première partie, II - c) p.10.

²⁸ Gassie, H. et Rodriguez, M. 1995, p.16-28.

A l'inverse, les microrhythmes concernent des temps de surprise, d'attente trompée, où l'imprévu peut surgir. Ce sont des temps de jeux, élément essentiel à l'étayage de la pensée.

Si ces interactions ludiques doivent être présentes, elles ne doivent pas apparaître au sein des macrorhythmes : « L'inattendu, dans le domaine des relations de soin, ce n'est pas de la surprise, c'est du chaos, ce n'est pas l'investissement de la pensée qui sera en jeu mais au contraire les défaillances du tissu narcissique. »²⁹ La contenance que doit donner les macrorhythmes ne peut être efficiente. Bien au contraire, l'instabilité au sein de ces soins amène un envahissement par des angoisses archaïques (morcellement, effondrement,...)³⁰.

A l'inverse, un jeu trop régulier, ou l'absence de surprise, provoque l'apparition de ce que D. Marcelli nomme « interaction robotisée ». Une grande part du plaisir de jouer disparaît, et le fonctionnement de l'enfant peut être perturbé, l'instabilité ne permettant pas la création d'une sécurité interne structurante. Entravé par un excès de rituels, il risque de présenter de fortes inquiétudes face à une situation inhabituelle et fonctionner de manière mécanique (un stimulus, une réponse). Si nous avons vu que le changement est nécessaire, il doit toutefois être dosé car en quantité importante, l'enfant peut s'enfermer dans une hypertonie défensive pour faire face à une hyper-anxiété liée à une hyper-vigilance envers un environnement qui lui paraît alors hostile.

La quantité de chacun de ces rythmes varie en fonction de la personnalité de la mère et du bébé. Nous observons une spécificité dans leur présence en fonction des besoins de chaque protagoniste.

Le rythme a donc un poids important dans la construction de la psyché et de la personnalité de l'enfant.

Comme nous l'avons abordé jusque-là, le rythme est un socle essentiel aux acquisitions psychomotrices, à la compréhension de l'environnement, à la communication, à la conscience de soi et à la structuration spatio-temporelle. Une fois tout ceci construit, la perception du rythme reste-t-elle indispensable ?

²⁹ Ibid.

³⁰ Caron, R. et Herlant-Hémar K. 2012, p. 229-243.

IV - Rythme et temps chez la personne âgée.

Si la rythmicité du temps, notamment vécu par l'alternance entre microrythme et macrorythme, a permis de construire l'enfant, il s'agit chez les personnes âgées de maintenir ce qui a précédemment été éprouvé et maîtrisé. Avec le vieillissement³¹, les perceptions du corps se modifient, ce qui n'est pas sans conséquence. Certaines personnes âgées présentant un troubles neurocognitif (TNC) majeur éprouvent une « inquiétante étrangeté »³² face à leurs ressentis provoquant la perte de leur sentiment continu d'existence, à l'établissement duquel le rythme avait contribué. Les bases spatio-temporelles sur lesquelles la personne s'était fondée ne prennent plus sens. Cela provoque une désorientation qui peut alors s'accompagner d'une apraxie ainsi que de troubles importants du schéma corporel, aggravant les difficultés liées à l'avancée de la maladie. La personne peut être envahie par une insécurité voire une angoisse importante face à l'étrangeté de ses vécus.

Cela peut amener la personne âgée présentant un TNC majeur à se réfugier dans des rituels. Pour R. Caron et K. Herlant-Hémar, ces activités répétitives constituent une recherche d'agrippement à l'ancrage continu qu'offrent les macrorhythmes car ils permettent de lutter contre des angoisses d'anéantissement³³. Si cela a effectivement un effet apaisant, rassurant, la répétition ne facilite pas l'adaptation aux nouvelles situations.

En institution, S. Dalla Piazza³⁴ observe qu'avec l'âge, les rythmes de vie, soit la répartition entre temps d'activités et de calme, se modifient. Les résidents qui effectuaient antérieurement le plus d'activités deviennent moins actifs et ceux qui l'étaient peu le sont encore moins. Cet auteur interprète ce besoin croissant de quiétude par la sensation que leur vie atteint son terme. L'apathie grandissante peut évoquer une résistance contre l'action du temps, comme le souligne G. Ponton³⁵ : « ne rien faire pour durer plus longtemps ». Une autre hypothèse est celle de K. Duquenois Spychala³⁶. D'après elle, la réduction du nombre d'activités vient signifier une recherche de sécurité face aux échecs potentiels. Si les institutions ont intérêt à laisser s'exprimer ces nouveaux rythmes de vie, la pratique des soignants consiste à interroger les raisons de ces modifications : est-

³¹ Définition en Deuxième partie, II - a) p.22.

³² Concept développé par Freud, S. dans *L'inquiétante étrangeté*, 1919.

³³ Caron, R. et Herlant-Hémar K. 2012, p. 229-243.

³⁴ Dalla Piazza, S. 2005, p.91.

³⁵ Ponton, G. 1998, p.16-20.

³⁶ Duquenois Spychala, K. 2002, p.35.

ce une volonté consciente de la personne ou une soumission à l'action inexorable du temps ? Auquel cas il est important de leur rappeler que les potentialités de projection et d'évolution sont possibles à tout âge³⁷. « Le fait que le temps restant soit visible à l'horizon est une force entraînant, renforcée par le sentiment que le temps passe de plus en plus vite et par le souci sous-jacent qu'il n'en resterait pas assez. Le « plus tard » auxquels on repoussait ce qu'il y avait à faire devient incertain »³⁸. Il est essentiel que la personne reste actrice de sa vie pour partir avec le sentiment d'avoir accompli ce qu'elle souhaitait tout en gardant ses repères internes jusqu'à la fin de sa vie.

Si la perception du temps s'organise durant l'enfance, la gériatrie prouve que celle-ci s'acquiert et peut se désinscrire à tout moment si les moyens ne sont pas donnés de l'éprouver. C'est pourquoi, dans l'action du prendre-soin, l'adaptation aux rythmes individuels semble un point essentiel afin que ne puisse se développer une désorientation angoissante à l'origine de troubles psychocomportementaux.

Deuxième partie : Rythmes dans le prendre soin en institution.

I - Présentation et organisation temporo-spatiale de la structure.

Mon stage se déroule dans un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) accueillant en majorité des personnes âgées en situation de dépendance. Cette structure est composée de plusieurs lieux d'accueil. D'abord, on découvre au rez-de-chaussée, la salle de restauration, l'accueil de jour, le Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles (CANTOU) et le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

L'accueil de jour propose à 10 personnes, vivant à domicile, de venir une à deux journées par semaine. Ces objectifs sont de maintenir leurs fonctions cognitives, motrices, une certaine autonomie quotidienne et la socialisation par la proposition de diverses activités. Ce service proposé par l'institution ferme durant les week-ends et jours fériés à l'inverse des autres qui restent ouverts tout au long de l'année.

³⁷ Ibid.

³⁸ Pörtner, M. 2012, p.19.

A proximité de cet accueil de jour, on découvre le CANTOU, unité fermée où trois soignants (aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP) et assistants de soin en gérontologie (ASG)) prennent continuellement soin d'un nombre restreint de personnes (14 résidents) montrant des TNC majeurs en stade sévère. L'ensemble de leur journée est ponctué par différentes activités et stimulations personnalisées aux capacités de chacun grâce à l'effectif réduit de résident. De plus, une salle Snoezelen va prochainement être aménagée dans cet espace. L'admission dans cette unité est réfléchiée par l'équipe en présence du médecin, après discussion avec la famille. Il s'agit bien souvent de personnes provenant des étages chez qui des troubles psychocomportementaux (TPC)³⁹ majeurs apparaissent sans restriction de leur mobilité.

Le dernier service proposé au rez-de-chaussée est le PASA (également nommé l'Atelier), ouvert dans le cours de l'année 2014. Il accueille une à deux fois par semaine de 9h30 à 16h30 jusqu'à 10 résidents de l'établissement dont une atteinte des capacités cognitives a été constatée par un MMSE⁴⁰ (le score étant compris entre 6 et 20), mais n'empêchant pas la préservation d'une bonne autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Comme son nom l'indique, le PASA est un lieu où de nombreuses activités collectives et thérapeutiques sont proposées aux résidents. Cet espace est aménagé dans l'objectif de ressembler au domicile.

Enfin, l'unité EHPAD de l'établissement représente la capacité d'accueil la plus importante puisqu'elle concerne les étages 1 à 4. Elle accueille des personnes dont le niveau de dépendance ne permet plus qu'elles restent chez elles, ainsi que six résidents, plus autonomes pour les gestes de la vie quotidienne (GIR 6), logeant dans des appartements avec kitchenette au 4^{ème} étage. Pour prendre soin des 28 résidents présents à chacun des étages 1 à 3, trois soignants (AS, AMP et/ou ASG) sont présents en journée. Les résidents possèdent chacun une chambre individuelle qu'ils peuvent arranger à leur goût avec leurs meubles, dans un des deux couloirs de l'étage formant un « L ». Entre ces deux couloirs, il existe un espace collectif « salle à manger », ainsi qu'un « salon » situé face aux ascenseurs.

Les bureaux des différents professionnels sont répartis dans tout le bâtiment. Au rez-de-chaussée se trouvent les bureaux administratifs, au 1^{er}, la salle des kinésithérapeutes et au 2^{ème} les animateurs. Enfin, au 4^{ème} étage se situe la salle de réunion, les bureaux des trois infirmières présentes la journée, de la psychologue, de la cadre de santé ainsi que du médecin coordonnateur, bureau qu'il partage

³⁹ Définition et classification en Deuxième partie, II - d) p.26.

⁴⁰ Mini Mental State Examination

avec les deux psychomotriciennes. Les AS, AMP et ASG ont accès à une salle de soin à chacun de leur étage, vitré sur la salle à manger. C'est là que se déroulent les réunions d'équipe en présence du médecin une heure par semaine. Malgré la diversité des unités, l'organisation temporelle de la journée est assez similaire d'un lieu d'accueil à l'autre. M'étant intéressée plus précisément à l'EHPAD, je vais m'attacher à décrire le rythme d'une journée type dans cette unité. Il me faut alors préciser ici que cet établissement tient pour philosophie de soin, l'Humanitude®⁴¹. L'organisation temporelle tient donc compte de plusieurs principes proposés par cette approche dont l'adaptation de l'heure des soins au résident. Ce qui suit constitue le cadre horaire général, communautaire sur lequel des différences individuelles sont à noter.

Les résidents se lèvent lorsqu'ils le désirent. Les accompagnements à la toilette se font dans l'ordre des besoins et des souhaits dans la mesure du possible. Le petit déjeuner est servi en chambre ou dans la salle à manger de l'étage. Puis, ils observent un temps libre entre ce repas et le suivant où des magazines, des livres et de la musique sont laissés à disposition car les soignants passent généralement leur matinée à accompagner les toilettes des résidents. De plus, l'équipe d'animation peut proposer en salon d'étage ou dans la salle restaurant une activité ouverte à tous. Le repas du midi est servi entre 12h et 13h30. Il est proposé en salle à manger d'étage pour les personnes nécessitant la présence des soignants (aide au repas ou TPC importants) ou dans le réfectoire pour les personnes mangeant en autonomie, en compagnie de résidents des quatre étages. Des plateaux peuvent encore une fois être servis en chambre si les personnes le désirent et tout au long de l'après-midi si une personne souhaite manger plus tard que l'horaire défini. L'après-midi se déroule ensuite de la manière suivante : elle débute par un temps libre, suite auquel a lieu une ou deux activités. Ces dernières sont quotidiennement proposées par les animateurs. Les soignants sur les étages n'ont que peu de temps pour en proposer car ils se chargent des changes, du courrier et du linge, occupant une bonne partie de leurs après-midis. A 16h est servi le goûter avant l'observation d'un nouveau temps libre. Ce dernier avant le dîner m'amène à observer une augmentation des TPC chez certains résidents, me laissant penser que ce moment peut être vécu comme anxiogène (peut-être en lien avec la tombée de la nuit ?). Le dîner est servi à 18h à l'étage et à 18h30 dans la salle restaurant du rez-de-chaussée. Le coucher quant à lui, s'effectue lorsque

⁴¹ Cf. Deuxième partie, III - b) p.35.

chacun des résidents le souhaite alors que l'équipe de nuit remplace celle de journée à partir de 19h30. Cette dernière équipe est constituée de 3 soignants et d'une IDE d'astreinte pour les 104 résidents de la structure. Elle veille à ce que la nuit des résidents se passe au mieux et leur propose une collation s'ils le désirent.

Si l'établissement propose une organisation temporelle journalière, elle tient plus largement compte des rythmes annuels. Des activités sont proposées afin de décorer les différents lieux de vie en fonction des événements de l'année. De plus, chaque dernier jeudi du mois, une animation loto est proposée suivi d'un goûter en l'honneur des anniversaires du mois facilitant le repérage temporel.

Je suis en stage dans cet EHPAD depuis mi-septembre en même temps qu'une autre stagiaire en psychomotricité, Amandine. Le premier élément qui m'a marqué au sein de cet établissement est la cohésion d'équipe que peut provoquer l'alignement des savoirs faire sur une méthode de soin : l'Humanitude®. Chaque nouveau personnel et stagiaire possède sa brochure explicative et les techniques leur sont rappelées autant de fois que nécessaire pour que celles-ci soient intégrées. « Ici, c'est Humanitude à fond ! » avait dit une soignante à une stagiaire infirmière qui venait d'arriver.

C'est dans ce contexte et à raison d'un jour par semaine que je suis amenée à accompagner en séance individuelle deux résidents : Mme B. de 14h15 à 14h45 et Mr G. de 15h à 15h45. Je co-anime également avec ma maître de stage, Marie-Ange, et la psychologue un groupe « gym douce et stimulation cognitive » de 10h30 à 12h au PASA. Puis, j'ai mis en place un groupe musique pour quatre résidents démontrant des TPC avec l'autre psychomotricienne, Lucie, de 16h15 à 17h15⁴².

En plus de cet emploi du temps chargé, j'effectue des rencontres en chambre. Ce sont des temps assez courts mais durant lesquels j'ai pu observer de nombreux éléments qui m'ont questionnée par rapport à la manière dont l'équipe prend soin des personnes âgées démontrant des TNC majeurs et des TPC. Souhaitant étayer ma réflexion sur ce sujet, j'ai alors cherché des AS plusieurs fois durant la matinée afin de les interroger. Pensant qu'ils étaient occupés à accompagner les personnes dans leur toilette, je reviens l'après-midi. La situation est alors identique mise à part que de nombreux résidents sont assis à proximité des ascenseurs, un poste de musique allumé. Lorsque je croise enfin un soignant, il m'affirme qu'il n'a pas le temps de répondre à mes questions mais peut-être plus facilement la semaine

⁴² Cf. Troisième partie, III - p.64.

suivante. Cette phrase, je l'ai souvent entendu. Je me suis demandée ce qui les occupait autant. S'ils sont peu disponibles, comment les soignants arrivent-ils à adapter leur activité professionnelle aux rythmes des résidents ? Quel temps est accordé aux microrhythmes et aux macrorhythmes⁴³ dont chaque personne a besoin pour s'épanouir ? J'ai alors passé une journée avec une AS vacataire pour comprendre l'organisation de leur journée et les techniques du prendre-soin Humanitude. Cela m'a permis d'observer des vignettes cliniques auxquelles je n'aurais pas pu assister autrement. Au décours des thèmes abordés ici, je vais en décrire quelques-unes. De plus, n'ayant que peu de possibilités pour discuter avec chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire, j'ai rédigé un questionnaire⁴⁴ afin de connaître l'importance accordée à l'expression des rythmes des résidents ainsi que les difficultés générales rencontrées par rapport au prendre-soin.

II - La population accueillie au sein de l'EHPAD.

Tout d'abord, il me faut définir plus précisément quelle population je suis amenée à rencontrer tout au long de mon stage.

a) Définition du vieillissement dit « normal ».

Les résidents de l'EHPAD sont des personnes âgées, autrement dit des personnes qui ont vieilli.

Qu'est-ce qui caractérise le vieillissement ? Peut-on passer outre ce phénomène ?

D'après K., Duquenoy Spsychala⁴⁵, le vieillissement est multifactoriel. Il débute de manière insidieuse par un affaiblissement biologique à différentes échelles (moléculaire et tissulaire), puis son effet s'étend progressivement aux domaines psychomoteur, psychologique et social.

Nous ne le sentons pas agir en nous à chaque instant. Pourtant l'écoulement de notre temporalité individuelle garantit le processus lent, continu et irréversible du vieillissement. Malgré les nombreuses recherches effectuées par l'Homme, aucun d'entre nous n'a réussi à échapper à l'action du temps et d'autant moins à accéder à l'immortalité⁴⁶.

Avec l'avancée en âge, de nombreuses capacités se trouvent diminuées. L'ensemble de notre organisme est moins performant, les tissus s'usant avec le

⁴³ Cf Première partie, III - p.15.

⁴⁴ Cf. Annexe 2, p.94.

⁴⁵ Duquenoy Spsychala, K. 2002 p.9.

⁴⁶ Dalla Piazza, S. 2005.

temps sans possibilité d'être remplacés. Cela mène progressivement à des déficits sensoriels : la vision et l'audition sont les sens les plus touchés par le mécanisme du vieillissement. De même, les informations transmises par nos 6 sens (auditif, visuel, olfactif, gustatif, toucher et kinesthésique) sont traitées moins rapidement, le temps de réaction et d'adaptation augmentent alors sensiblement⁴⁷. La neuroplasticité, c'est-à-dire la réorganisation constante de nos réseaux neuronaux selon nos apprentissages, est également moins efficace, réduisant nos potentialités d'apprentissage qui demeurent toutefois présentes. Ces dernières sont également gênées par des troubles mnésiques observés chez la majorité des personnes âgées. Cependant, toutes les mémoires ne sont pas altérées de la même façon. Ainsi, les mémoires de travail et épisodique sont perturbées plus fréquemment que les mémoires sémantique et procédurale qui se maintiennent dans le vieillissement dit normal jusqu'à la fin de vie.

Ce ralentissement général du fonctionnement cognitif et les troubles somatiques modifient inexorablement le schéma corporel et l'image du corps de la personne qui avaient pu se construire sur la base de nos sensations et explorations solitaire ou avec autrui. Ayant moins de repères de son corps, la personne âgée peut présenter des troubles de motricités fine et globale (altération de l'équilibre, de la marche, apraxie,...) mais aussi un déficit d'orientation temporo-spatiale de manière plus large en lien avec la détérioration des capacités de mémorisation.

b) Aspect psychologique du vieillissement.

Pour de nombreuses personnes âgées, l'accumulation de ces défaillances physiques et cognitives est difficile à accepter. De plus, le vieillissement est marqué par bien d'autres pertes : statut social⁴⁸ et professionnel, décès d'êtres chers,... M. Péruchon⁴⁹ affirme que cela peut être vécu comme un véritable traumatisme pour la personne, pouvant la mener à développer une dépression ou un syndrome de glissement.

Ces pertes de repères provoquent un remaniement global de la personne sur le plan psychologique, identitaire, physique et social qui se vivra de manière unique pour chacun de nous. « La vieillesse ne se résume pas à la somme de ces changements mais à la manière dont chacun d'entre nous s'y confronte »⁵⁰. Alors

⁴⁷ Laffont, C. 2014, p.23.

⁴⁸ La personne peut se sentir exclue de la société par les valeurs qu'elle implique aujourd'hui dont la productivité, faisant naître un sentiment d'inutilité sociale.

⁴⁹ Péruchon, M. 2004, p.125-131.

⁵⁰ Gineste, Y. et Pellissier, J. 2014, p.107.

que certains seront désorientés par la multiplication des changements, la majorité des personnes âgées gardent leur sentiment continu d'existence en étant acteur de l'adaptation de leur identité aux modifications subies.

Souvent, les personnes qui éprouvent des difficultés à dépasser ces épreuves sont celles qui se voient déjà mener une lutte active contre le développement de la pathologie (ou même de la polyopathie). Au sein de l'EHPAD, si le vieillissement dit « normal » peut être observé, il ne représente pas la majorité des résidents. Comme nous l'avons évoqué dans la description de l'établissement, une grande partie des personnes accueillies présente des TNC majeurs comme celles que nous allons décrire maintenant.

c) Vieillesse dite « pathologique ».

Désigné par le terme de trouble neurocognitif (TNC) majeur dans le DSM V, le vieillissement pathologique se caractérise par une atteinte visible des facultés cognitives (fonctions instrumentales et/ou fonctions exécutives) par rapport au niveau des performances antérieures, retentissant sur l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Si la pathologie se développe pour des raisons environnementales, génétiques ou lésionnelles, ces altérations interviennent en dehors du cadre d'un syndrome confusionnel ou d'une pathologie psychiatrique.

Contrairement à son prédécesseur, le DSM V écarte l'altération de la mémoire de ses critères fondamentaux afin d'intégrer les maladies neurodégénératives où ce trouble n'apparaît que tardivement (par exemple le TNC frontotemporal).

Ces maladies sont nombreuses. Nous allons aborder plus précisément les TNC majeurs observés chez Mr J. que je vous présenterai ultérieurement⁵¹ : le TNC majeur dû à la maladie d'Alzheimer et à la maladie de Parkinson.

- Le trouble neurocognitif majeur dû à la maladie d'Alzheimer

L'apparition de ce trouble est liée à deux formes de lésion : la présence de plaques séniles composées de la protéine beta-amyloïde et la dégénérescence neurofibrillaire constituée principalement par la protéine Tau. Ces deux amas de protéines sont présents dans le processus du vieillissement normal mais le sont d'autant plus dans le processus neurodégénératif de la maladie d'Alzheimer⁵². Les conséquences de ces accumulations forment les symptômes de la maladie, à

⁵¹ Cf. Troisième partie, II - p.58.

⁵² Récupéré le 20/02/15 du site Le cerveau à tous les niveaux : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_08/d_08_cl/d_08_cl_alz/d_08_cl_alz.html

savoir des troubles sévères de la mémoire (nommés amnésie), des fonctions instrumentales (agnosie, apraxie, aphasie) ainsi qu'une altération des fonctions exécutives et des troubles psychocomportementaux. Ces signes, ajoutés aux déficits liés aux mécanismes du vieillissement, engendrent des difficultés à intégrer les nouvelles informations soit une plus grande difficulté à comprendre et à s'ajuster à l'environnement.

Une anosognosie et des troubles temporo-spatiaux sont également notés dans la majorité des cas. Le corps, privé de ses références de stabilité, peut être envisagé comme « un objet morcelé, indigne du regard des autres, uniquement facteur de souffrance »⁵³.

Le retentissement de ces conséquences sur les activités de la vie quotidienne est majeur et évolutif jusqu'à la perte totale de l'autonomie dans la phase la plus avancée de la maladie où le fonctionnement cognitif est totalement déstructuré.

- Le trouble neurocognitif majeur dû à la maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est une pathologie neurologique caractérisée par la dégénérescence des neurones du Locus Niger, structure constituante des noyaux gris centraux responsables de la régulation des mouvements. La diminution de sécrétion de dopamine que cela provoque est à l'origine des symptômes de la maladie de Parkinson⁵⁴, présentés sous la forme d'une triade parkinsonienne :

- la présence de tremblements de repos dans 66% des cas. Il s'agit d'oscillations lentes, régulières, de faible amplitude et asymétriques le plus souvent. Ils sont comparés à un geste d'émiettement.
- la rigidité extra-pyramidale, caractérisée par une hypertonie plastique. Le tonus de repos est élevé de manière constante et le relâchement musculaire est insuffisant dans les conduites de manipulation d'objets. Cette rigidité provoque une posture en flexion durant la marche (antépulsion du tronc, flexion de la nuque, des coudes, des hanches et des genoux).
- l'akinésie, définie par deux phénomènes : une bradykinésie (lenteur des gestes) et un défaut d'initiation motrice. L'akinésie altère l'expression corporelle, la communication non verbale, les coordinations motrices ainsi que l'articulation et donc le langage verbal provoquant une dysarthrie.

⁵³ Gineste, Y. et Pelissier, J. 2014, p.212

⁵⁴ Dain, L. 2011, p.18.

Après cinq à dix ans d'évolution⁵⁵, la maladie peut prendre un nouveau tournant. Dans 20% des cas, elle évolue vers un trouble neurocognitif majeur dû à la maladie de Parkinson.

Le déficit cognitif s'installe alors lentement et touche principalement l'attention ainsi que les fonctions exécutives. Il peut également affecter les mémoires de travail et à long terme, les difficultés se situant dans la phase de récupération en mémoire. Cela provoque un manque du mot et un rappel amélioré par l'indication à l'inverse de la personne malade d'Alzheimer pour qui le déficit est constaté dans les phases d'encodage et de consolidation soit d'apprentissage et de mise en mémoire à long terme d'une information. Enfin, chez le sujet parkinsonien, des hallucinations peuvent apparaître consécutivement au traitement dopaminergique.

Toutes ces altérations vont avoir un impact sur les activités sociales et psychiques de la personne qui les vit comme une profonde blessure narcissique⁵⁶. Particulièrement en début de maladie, les mises en échec successives dans les activités quotidiennes et la conscience des différents symptômes peuvent inférer sur le développement d'un trouble anxieux ou même d'une dépression, ce qui survient dans 50% des cas de troubles neurocognitifs majeurs.

Ces atteintes psychologiques expliquent en partie l'apparition de troubles psychocomportementaux de certains résidents de l'établissement dont Mr J. que nous évoquerons ultérieurement⁵⁷. Cependant, il existe d'autres raisons, c'est ce que nous allons décrire maintenant.

d) Les troubles psychocomportementaux.

- Définition

Afin de connaître les actes concernés, j'ai recherché une définition des TPC. Il s'est trouvé que j'ai pu en trouver de nombreuses, chacune les répertorient différemment. J'ai alors choisi une définition et une classification qui me semblaient correspondre à mes observations. J'ai également pu apporter quelques ajouts en fonction de ma clinique et de mes lectures.

D'après la HAS⁵⁸, les troubles psychocomportementaux sont des « comportements, attitudes ou expressions dérangeants, perturbateurs ou

⁵⁵ La lettre du neurologue. 2007.

⁵⁶ Duquenoy Sychala, K. 2002, p.34.

⁵⁷ Cf. Troisième partie, II - p.58.

⁵⁸ Recommandation de la Haute Autorité de Santé. 2009.

dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées. » Les symptômes, différents par leur nature, présentent des caractéristiques communes :

- leur prévalence augmente avec l'évolution du trouble neurocognitif majeur.
- ils représentent généralement une rupture avec le fonctionnement antérieur de la personne.
- il est possible d'observer des changements minimes du comportement avant leur apparition.
- leur présence est persistante ou épisodique et leur intensité est fluctuante.
- ils sont généralement coexistant et s'influencent mutuellement.

Leurs conséquences sur la qualité de vie, la vitesse du déclin cognitif et la capacité d'adaptation des personnes à leur environnement peuvent être importantes. Si celles-ci sont à domicile, la qualité de vie des aidants ainsi que leur niveau de santé physique et psychique peuvent également diminuer. Cela conduit dans de nombreux cas, et accompagné d'un fort sentiment de culpabilité, à une institutionnalisation de la personne, les aidants n'arrivant plus à assumer les conséquences des TNC majeurs.

A domicile comme en institution, la prise en charge des personnes présentant des TPC peut exposer les aidants démunis à un risque de maltraitance ou de négligence envers la personne dont ils s'occupent. Quels sont les comportements perturbateurs qui peuvent amener à de telles extrémités ?

Le consortium européen de recherche sur la maladie d'Alzheimer (EADC) en décrit quatre types⁵⁹ :

- L'hyperactivité. Ce trouble regroupe plusieurs comportements.

L'opposition. Il s'agit d'une attitude de refus de soins ou de toute proposition d'activités. Elle peut être verbale ou non, passive ou active.

L'agitation. Elle se caractérise par une activité verbale ou motrice, inadaptée par sa fréquence, son décalage avec le contexte et son absence de but.

L'agressivité/irritabilité. Elles se définissent par la production d'actions délétères visant soi-même, un objet ou une autre personne. Elles se manifestent par une

⁵⁹ Cité par INSERM, maladie d'Alzheimer - enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux.

atteinte d'ordre physique ou verbale telle que des cris, des injures, des coups,... Mr J. est parfois dans ce registre. Il lui est arrivé de donner une gifle à une dame endormie dans la salle à manger sans raison apparente.

Comportements vocaux répétitifs. Ce sont des émissions sonores volontaires ou non jugées inappropriées et perturbantes. Leur intensité et durée sont variables.

Comportement moteur aberrant, instabilité psychomotrice. Il s'agit d'activités répétitives et stéréotypées sans but apparent ou inapproprié. Il est de plusieurs ordres. Tout d'abord, le comportement ritualisé qui correspond à « un ensemble d'actes relativement élaborés dont la forme est stéréotypée et le but constant, une coloration obsessionnelle est possible »⁶⁰. Il est également constitué des stéréotypies motrices et dyskinésies bucco faciales qui sont des mouvements visibles de différentes parties du corps (jambes, tronc, mains, visage). Enfin, nous retrouvons les comportements d'errances. La personne va, de sa propre initiative, déambuler de manière répétitive. Cela peut constituer un danger pour elle (notamment à cause des risques de déshydratation et de chutes). Il existe quatre types d'errance : soit la personne déambule à la recherche d'un lieu, d'une personne, d'un objet, soit elle démontre des comportements d'occupation (elle range, nettoie, etc.) ou d'automutilation. Elle peut également adopter ce comportement sans but apparent, ou pour assouvir un besoin irrépressible de bouger consécutif à la prise prolongée de neuroleptique.

Il est important de chercher l'origine de l'errance chez une personne présentant un TNC majeur. K. Duquenoy Spychala⁶¹ affirme qu'elle traduit souvent un ennui, un sentiment d'inutilité, une anxiété ou une grande solitude. Elle peut également venir signifier une insécurité face aux changements, une tentative pour se familiariser avec un nouvel environnement ou un besoin de percevoir une enveloppe corporelle continue par le biais de sensations extéroceptives. Ces personnes maintiennent effectivement une meilleure structuration du schéma corporel que celles qui se dirigent vers l'apathie.

- Les signes psychotiques sont de trois ordres.

Idées délirantes. Ce sont des croyances erronées fondées sur une altération de la perception du monde extérieur par une personne qui n'en a pas conscience.

⁶⁰ Mottin, E. 2011, p.5

⁶¹ Duquenoy Spichala, K. 2002, p.22.

Hallucination. Elle se définit par la sensation de percevoir sans stimulations réellement décelables. Quand elle apparaît dans le cadre des TNC majeurs, il s'agit le plus souvent d'hallucinations visuelles de petits animaux peu élaborées.

Illusions et fausses identifications. Il s'agit de perceptions ou d'interprétations inexacts d'un stimulus extérieur mais jugées par la personne comme réelles.

- Les perturbations affectives et émotionnelles sont de trois types.

Anxiété. Ce signe traduit souvent une angoisse d'abandon ou de perte de son identité lorsque la personne prend conscience de ses déficits en début de maladie. Avec l'évolution, la parole et sa compréhension deviennent moins actives, laissant place à une communication non verbale plus prégnante. Un phénomène de savoir affectif⁶² se développe, la personne devient plus sensible à l'ambiance de son environnement. L'anxiété se manifeste par des somatisations, des réactions neurovégétatives, des troubles des conduites ou des réactions de catastrophe. Ces signes augmentent lorsqu'un changement de repères externes est décelé.

Dépression. Elle se définit par une perturbation négative de l'humeur. Elle est généralement consécutive à la mise en échec répétée de la personne âgée.

Labilité émotionnelle. Il s'agit de fluctuations brutales et rapides de l'humeur. Elle peut être présente en alternance avec une apathie.

- L'apathie et la modification des conduites instinctuelles.

Apathie. Elle se traduit dans les TNC majeurs par une perte de motivation, d'initiative, un apragmatisme, un isolement, un émoussement affectif, une amimie et des comportements figés, passifs.

Troubles du sommeil et perturbations du rythme circadien. Le sommeil est fragmenté, le réveil peut être précoce et la journée ponctuée d'épisodes d'hypersomnolence. L'avancée de la pathologie peut également être à l'origine d'une inversion du rythme nyctéméral.

⁶² Le savoir affectif se définit par une adéquation entre les ressentis de la personne et l'atmosphère affectif de l'environnement.

Troubles de l'appétit et des conduites alimentaires. Il est possible d'observer un amaigrissement sévère consécutif à des difficultés d'alimentation, des conduites d'opposition ou une réduction de la sensation de faim.

Troubles sexuels. Le plus souvent, il s'agit d'un déclin de la libido et de l'activité sexuelle. Toutefois, des conduites sexuelles inappropriées peuvent être constatées.

Troubles de l'élimination. L'incontinence est fréquente et montre une dégénérescence du contrôle neurologique des sphincters.

Les troubles productifs, autrement dit les manifestations bruyantes telles que l'opposition et l'agressivité, sont plus couramment signalés par l'équipe. Toutefois, il est aussi important de repérer les formes apathiques, dépressives des TPC. Si ces dernières dérangent moins les aidants, elles informent toutefois d'une souffrance⁶³ et/ou une angoisse.

La forme de TPC adoptée est distincte selon les personnes car ils revêtent un sens différent pour chacun. Il est important que l'équipe les reconnaisse afin de se diriger vers une compréhension de ces troubles.

- Evaluation des troubles psychocomportementaux.

L'évaluation va justement permettre le repérage des facteurs causaux en objectivant la présence des TPC. Il est donc important que les établissements soient armés de l'un de ces outils.

Dans l'EHPAD où j'effectue mon stage, la psychologue utilise l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI-ES)⁶⁴. Cet outil évalue la fréquence, la sévérité ainsi que l'impact sur les soignants des TPC les plus fréquemment rencontrés chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées. De plus, son emploi annuel va servir de base objective aux actions des soignants. D'un simple regard sur la cotation, ils vont pouvoir juger si les modifications effectuées ont un effet sur la fréquence et l'intensité des TPC. Les causes ne sont pas indiquées, c'est pourquoi l'observation et l'écoute sont les qualités indispensables de l'équipe afin de pointer leurs conditions d'apparition (Où ? Quand ? Comment ?)⁶⁵.

⁶³ Aspe, G., El Iraki, M., Kuhnel, M.-L. et Tranchant, M. 2010, p.111-115.

⁶⁴ Cf. Annexe 1, p.93.

⁶⁵ Poch, B. et Cinq-Fraix, S. 2003, supplément C.

- Etiologie des TPC

J'ai noté lors de mon stage que des TPC étaient réprimandés ou banalisés car « c'est dans sa pathologie, on ne peut rien y faire ». Peut-être est-ce le cas mais j'ai imaginé qu'il existait d'autres causes possibles. Ces réflexions doivent être menées en équipe car c'est en mobilisant tous les acteurs du soin, chacun connaissant différents aspects de la personne dont il est question, que des solutions vont pouvoir être abordées.

La HAS repère 3 facteurs à l'origine des troubles psychocomportementaux⁶⁶. S'ils sont divisés ici pour plus de clarté, il est important de rappeler que les causes peuvent être présentes simultanément et s'influencer l'une l'autre :

- propres à la maladie, en fonction de la localisation et de la sévérité des lésions cérébrales. La prédominance des déficits cognitifs (amnésie, désorientation temporo-spatiale, troubles du jugement,...) dans la maladie augmente les risques d'incompréhension face à l'environnement. Il est essentiel de connaître les fonctions touchées chez la personne afin d'adapter son activité au mieux. D'autres lésions vont directement touchées la zone responsable du contrôle volontaire du comportement. L'augmentation des TPC est alors à lier directement à l'évolution de la maladie.

- propres à la personne. Sur le plan somatique, ils peuvent être consécutifs à une affection mal diagnostiquée ou non traitée. Les TPC peuvent également être iatrogènes (effet secondaire du traitement). La HAS recommande d'enquêter en priorité sur ces causes car elles sont potentiellement graves alors que des réponses thérapeutiques peuvent rapidement y être apportées. Sur le plan psychologique, ces comportements sont souvent à envisager comme un mécanisme de défense. La perception des différentes pertes et donc de l'autonomie peuvent être à l'origine d'une dévalorisation de soi et d'un sentiment de dépersonnalisation de la personne. La tolérance face aux situations anxiogènes est abaissée, le résident ayant moins d'outils pour s'y ajuster. Il est important de posséder des informations sur sa personnalité, son histoire de vie antérieure à la maladie afin de déterminer la cause des TPC. Ces derniers prennent corps plus fréquemment chez une personne ayant vécu des psychotraumatismes dans le passé et/ou présentant des traits dépressifs ou anxieux avant l'apparition des symptômes dus à la maladie.

⁶⁶ Haute Autorité de Santé, Mai 2009.

- écologiques, c'est-à-dire liés à l'environnement et à l'entourage. Si les personnes présentant un TNC majeur en stade avancé sont susceptibles de ne plus comprendre le langage oral, elles développent une sensibilité accrue à l'ambiance environnementale et à la communication non-verbale. Aujourd'hui, nous savons que l'apparition des TPC n'est pas réductible à la maladie mais également à d'autres facteurs comme l'environnement et la qualité du prendre-soin.

Dans certains cas, les TPC surviennent de manière transitoire suite à des situations conflictuelles où le résident est mis en échec, forcé, ou empêché d'agir. Les sur-stimulations, les modifications environnementales (changements de chambres par exemple), les soins brusques et la contention, même s'ils n'apparaissent que ponctuellement, créent une rupture dans le fonctionnement de la personne dont la sécurité interne se trouve déjà fragilisée.

Il arrive aussi que des TPC soient constatés de manière quasi-constante chez des résidents. Ils peuvent être liés au désir de s'exprimer en cas d'atteinte phasique ou à l'obligation de s'adapter à l'environnement dont le fonctionnement reste rigide à toute demande de modification : l'attitude des soignants, leur capacité de communication, leur degré d'informations, la perte de repères, les demandes trop exigeantes, les frustrations multiples,... sont difficilement acceptables pour l'individu en mal d'identité. E. Mottin⁶⁷ évoque alors « l'effet iatrogène de l'environnement institutionnel ». La répétition d'actions délétères pour les résidents favorise leur inscription dans la passivité voire la dépendance à l'institution et aux soignants. Par la réduction de feed-back à ses actions, la personne cesse d'agir, diminuant peu à peu son autonomie. Chaque changement sera alors vécu comme une nouvelle atteinte à son identité.

Si les causes en sont variées, une étude réalisée par Bridges-Parlet et al.⁶⁸ révèle que 65% des comportements agressifs apparaissent dans les soins personnels ou en réponse à une demande venant de l'équipe soignante. S'ils sont accompagnés de manière peu adaptée, les soins peuvent renforcer la mauvaise estime de lui-même que le résident a déjà développé par les pertes successives liées à sa pathologie. De plus, la personne, se sentant maniée à la façon d'un objet par un ou deux soignants, peut développer un sentiment de déshumanisation, de morcellement (les différentes parties étant plus ou moins bien investies), et de dépersonnalisation. Ces angoisses amènent à une augmentation des TPC. Une recherche canadienne⁶⁹ a souhaité démontrer l'importance des soins quotidiens dans la fréquence des TPC.

⁶⁷ Mottin, E. 2011, p.15.

⁶⁸ Bridges-Parlet, S., Knopman, D. et Thompson, T. 1994, p.192-197.

⁶⁹ Gineste, Y. et Pellissier. 2014, p.272.

Elle a pu mettre en avant qu'un soin quotidien adapté à chaque résident est à l'origine d'une disparition des TPC dans 75 à 95% des cas.

S'ils ne sont pas produits par les soins, ils peuvent marquer une recherche de reconnaissance de la personne dans le groupe d'étage. Plus nous comptons de résidents, plus ils seront nombreux à essayer d'exister aux yeux des autres.

Dans toutes ces situations, deux réactions productrices de TPC sont repérables : la personne lutte de manière active, se révolte contre l'isolement, la négligence, la dédifférenciation, etc. afin de défendre l'objet qui menace son autonomie, ou bien elle s'enferme dans une résignation acquise (jusqu'au syndrome d'immobilisme), subissant toute action produite désinvestissant son corps, le dissociant de sa psyché, d'où l'importance de la psychomotricité auprès d'elle.

- Place du rythme dans les TPC

L'entrée en institution constitue une rupture avec le fonctionnement antérieur de l'individu. Elle provoque une fragilisation du sentiment continu d'existence de la personne âgée qui, rappelons-le, se met en place en partie grâce au jalonnement de rythmes. Lorsque les fonctions cognitives sont altérées, notamment la mémoire, l'attention et la capacité d'anticipation, l'inscription du vécu dans le temps linéaire est insuffisante. La personne atteinte d'un TNC majeur vit sans ancrage dans le temps. R. Caron et K. Herlant-Hémar l'appellent : « émigrée du temps »⁷⁰ car elle passe d'un présent à l'autre sans possibilité de les lier. Pour ces auteurs, les TPC constituent une recherche de continuité, d'organisation, d'ancrage et de contrôle du temps qui permettrait à la personne de sortir du chaos qu'elle subit au quotidien. Cela permet d'expliquer la présence de cris quasi-constants ou de balancements. Ces activités sensorielles s'appuient sur la production d'un rythme stable pour créer une enveloppe sensorielle capable de renforcer l'enveloppe psychocorporelle défaillante du fait de la déstructuration du schéma corporel. Ce rythme sensoriel permet également de vérifier la continuité de son existence, soit son inscription dans la ligne continue du temps.

Le nouvel environnement doit être en mesure de s'adapter afin de permettre à la personne de conserver une qualité de vie élevée⁷¹. Il doit ensuite rester stable pour assurer la fonction contenante nécessaire aux résidents qu'il accueille. Cette stabilité est partiellement assurée par la création de points de

⁷⁰ Caron, R. et Herlant-Hémar K. 2012, p.229-243.

⁷¹ Aspe, G., El Iraki, M., Kuhnel, M.-L. et Tranchant, M. 2010, p. 111-115.

repère organisateurs du temps : une périodicité et une structuration, composantes essentielles du rythme. Un maximum d'outils doit être proposé à la personne afin de lui faciliter la perception et le contrôle du temps⁷².

C'est sur la réflexion autour de ces situations écologiques défaillantes que se situe une des actions du psychomotricien en gériatrie. Sur mon lieu de stage, la philosophie de soin de l'Humanitude® est en place dans le but de sauvegarder la meilleure qualité de vie possible pour le résident jusqu'à la fin de sa vie. Ses principes de soin sont suivis afin d'assurer la sécurité et la contenance nécessaires à ces personnes et permettre, indirectement, une réduction de l'apparition des TPC. Nous allons par la suite nous intéresser à cette philosophie de soin.

III - Le prendre soin

Tout d'abord, intéressons-nous à la notion de prendre-soin.

a) Qu'est-ce que le prendre soin ?

Pour aborder cette question de manière plus précise que la langue française nous le permet, je propose de passer par les deux notions de prendre-soin que les anglais différencient : le « cure » et le « care ».

Le care est l'« action d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser », « une manière d'entrer en relation qui favorise son développement »⁷³. Quant au « cure », il concerne l'action de soigner dans l'objectif de guérir.

Pour Y. Gineste et J. Pellissier, les soignants tentant de se positionner dans le « cure » en EHPAD s'exposent à un danger. Ils espèrent posséder un pouvoir de guérison et risquent de tomber dans la désillusion face à des échecs répétés⁷⁴. Ces deux auteurs constatent qu'une majorité des cas de maltraitances proviennent de cette illusion du soignant que le bien-être des résidents ne dépend que de sa manière de penser et de procéder.

L'accompagnement des personnes âgées se situerait alors dans le « care ». Il s'agit de leur donner des outils, des traitements ciblés qui leur permettent de prendre soin d'elles-mêmes et de ralentir l'évolution de leur maladie.

L'environnement dans lequel s'étend le « care » favorise le développement des potentialités de la personne appréhendée dans sa singularité. Il vise à rendre cette dernière actrice de sa vie et de ses choix. Il « permet à chacun de découvrir la

⁷² Cf. Troisième partie, VI - p.74.

⁷³ Mayeroff, M. 1971.

⁷⁴ Ibid.

signification de son existence et de ses expériences vécues, d'augmenter son contrôle de soi dans la façon de faire face au stress et de parvenir au développement de son potentiel »⁷⁵. Le caring est arboré comme une théorie philosophique basée sur des preuves scientifiques, s'adressant à tous les professionnels de l'établissement de soins.

Ainsi, tous les acteurs de l'EHPAD seraient considérés comme des soignants. Encore faut-il savoir ce que cela signifie. Le livre Humanitude en donne cette définition : « 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 »⁷⁶. Le soignant se définit donc comme une personne dont l'objectif est d'accompagner les soins dans l'atmosphère d'humanité la plus respectueuse possible.

b) Le prendre soin au sein de l'institution : L'Humanitude®.

Le regard du soignant sur le résident amène ce dernier à se sentir reconnu comme appartenant à l'espèce humaine. Se respecter les uns les autres et accepter que l'autre puisse nous apporter autant que je lui apporte, c'est ce qui régit l'Humanitude développé par Y. Gineste et R. Marescotti. Pour L. Luquel⁷⁷ aujourd'hui, la plupart des établissements produisent des grabataires par leur manque d'adaptation aux personnes accueillies. L'Humanitude®, dans ce contexte, parle de créer des relations humaines privilégiées lors des soins permettant d'instaurer une confiance entre le soignant et le résident. Les soins deviennent l'occasion d'aider, d'accompagner vers une amélioration ou au moins un maintien de sa santé et de la communication. Ces trois niveaux de soin auront pour effet de contribuer au bien-être et à la sécurité des deux partenaires de soin⁷⁸.

Cette base théorique et technique accompagne le prendre-soin de manière prégnante dans cet établissement. Tous les stagiaires rapportent en avoir entendu parler dès leur arrivée dans la structure, démontrant l'engagement de chacun dans le maintien de cette ligne de conduite. Tous les acteurs de la structure sont concernés, dans toutes leurs activités.

⁷⁵ Watson, J. 1998.

⁷⁶ Gineste, Y. et Pellissier J. 2014, p.194.

⁷⁷ Luquel, L. 2008, p.165-177.

⁷⁸ Daugan, S. 2013, p.30.

M'intégrant dans ce contexte, je me suis questionnée sur l'apport de l'Humanitude dans le prendre-soin permettant de diminuer la fréquence d'apparition des TPC chez les personnes présentant des TNC majeurs. Je vous propose d'aborder l'Humanitude comme j'ai pu le faire en début de stage, par l'observation. Pour organiser cela, je m'appuierai sur les réponses les plus courantes au questionnaire à la question « Quels mots clés utiliseriez-vous pour parler de l'Humanitude ? ». Ils furent 11 volontaires à répondre au questionnaire que je proposais suite à sa validation par Marie-Ange et la cadre de santé : un technicien de maintenance, trois AMP, deux AS, deux ASG, une infirmière, un kinésithérapeute, une psychologue ; tous n'ayant pas encore fait la formation Humanitude® mais au moins suivi une sensibilisation d'une journée proposée par ma maître de stage. Leurs réponses sont pour moi une référence clinique des plus sûres car elles caractérisent ce qui prime pour eux dans leur façon de prendre-soin. A leurs réponses, j'ajouterai mes observations, précisions en illustrant mes propos par différentes vignettes cliniques ainsi que des éclairages théoriques. Enfin, nous interrogerons leurs réponses concernant les limites de cette pratique. Cela pourrait expliquer les difficultés que j'aurais évoquées précédemment.

- Le respect des habitudes de vie (apparaît dans 7 réponses sur 11). Ci-dessous, je vais m'atteler à décrire ce que j'ai pu en observer.

Le sommeil des résidents est respecté car le résident se lève et retourne se coucher quand il le souhaite. Par exemple, Mme K. est couchée à 17h. Amandine, qui lui rend visite avant cet horaire (étant là son seul créneau libre), a dû s'adapter à cette contrainte de temps car il revient au soignant de s'ajuster au résident et non l'inverse. Durant la journée, un AS ouvre le volet de la chambre, même si la personne dort encore, afin de conserver un repérage du cycle nyctéméral.

Il en est de même pour les repas où le temps est laissé à chaque personne de manger à son rythme et où elle le souhaite (en salle à manger ou dans sa chambre). Si ce temps m'a paru effectivement long, des assiettes sont parfois enlevées avant que la personne n'ait pu finir. Mme A., ne s'exprimant que très rarement (verbalement ou de manière « dérangeante » pour les soignants et autres résidents), s'est vue retirer son assiette sans un mot ni regard. L'AS m'a alors expliquée que, connaissant Mme A., elle ne mangerait pas plus. Si pour une raison ou une autre, une personne n'est pas disposée à déjeuner à l'heure convenue, un plateau repas est gardé de côté pour lui être proposé plus tard si elle évoque une sensation de faim avant le repas suivant. Des encas sont aussi disponibles si

quelqu'un en fait la demande, que ce soit en journée ou dans la nuit.

Enfin, deux ou trois activités ouvertes sont proposées par l'équipe d'animation dans la journée. Si Mr L. n'y participe jamais, il n'est pas forcé de suivre l'animatrice même si elle insiste un peu.

Le respect des habitudes de vie serait donc un des principes les plus importants du prendre-soin observé au sein de l'EHPAD même s'il est parfois difficile à tenir. Il m'est apparu que l'essentiel réside dans le fait que les équipes soient en capacité de se questionner sur les raisons de ces habitudes de vie : Mme A. n'a-t-elle plus faim ou éprouve-t-elle des difficultés praxiques ou visuelles l'empêchant de porter ce qu'il reste à la bouche ? Si un résident souhaitait se coucher après le repas du midi, a-t-il toujours envie de cette sieste ? Et si Mr L. ne participe jamais aux activités, cela est-il par manque d'intérêt ou par peur d'être mis dans une situation d'échec angoissante pour lui ?

En questionnant chaque résident, ces réflexions d'équipe permettent une actualisation des connaissances concernant les rythmes de vie de chacun. La cause des modifications peut en être diverse, allant d'une adaptation de la personne à l'évolution de sa maladie à une simple volonté de changement, comme il en arrive dans la vie de tout un chacun.

- Respect de la personne (présent dans 4 réponses sur 11).

Au-delà des habitudes de vie, j'ai observé la présence de savoirs-être allant dans le sens d'un respect de la personne dans sa globalité.

Durant mon stage, j'ai constaté la mise en place de plusieurs principes allant dans le sens d'un respect de l'intimité et de la vie privée des personnes accueillies. Le soignant donne trois coups sur la porte des chambres pour prévenir de sa venue et attend une réponse. S'il n'en obtient pas, il recommence jusqu'à trois fois. Si aucune réponse n'est encore constatée, il entre doucement. A l'inverse, si le résident répond, le soignant ouvre la porte et donne la raison de sa venue. S'il m'est arrivé lors d'une séance en chambre avec Mr G. qu'une personne entre déposer des vêtements propres sans avoir signalée son arrivée, ce savoir-être est toutefois bien ancré dans l'établissement.

La qualité de l'entrée dans l'espace de la personne, nommée « préliminaires à la relation », facilite ou non l'acceptation des soins. Le résident se sentant respecté, la relation peut s'instaurer dans un sentiment de confiance mutuelle.

Un autre principe observé est de débiter la toilette par une zone neutre du

corps⁷⁹ de la personne, qu'elle-même choisit si elle en a la capacité, et de recouvrir le reste afin de respecter une forme de pudeur essentielle au sentiment de dignité. J'ai toutefois pu assister à l'accompagnement d'une toilette où l'AS débutait elle-même par les parties jugées les plus sales du corps, à savoir le visage et les parties intimes. Il arrivait alors que les personnes acceptant le soin, laissaient transparaître des grimaces sur leur visage.

Enfin, en ce qui concerne l'intimité, chaque résident a droit, comme s'il était à domicile, à sa vie privée. Les familles sont accueillies à toute heure (aucun horaire de visite n'est défini) et les relations entre deux résidents telles que Mr J. et Mme S. sont acceptées par l'équipe qui les laisse aller à leurs élans d'amour.

J'observe également un respect des choix de la personne accueillie car c'est sa volonté qui prime afin qu'elle garde un pouvoir décisionnel sur sa vie. Les personnes peuvent aller où elles le souhaitent au sein de la résidence et les plus autonomes sont autorisées à sortir de l'établissement. Les contentions sont évitées dès que possible. De même, chacune peut suivre les rythmes de journée qu'elle souhaite en incluant ou non des animations. Même si ce principe guide ma conduite, il est parfois frustrant. Après avoir préparé une séance qui, j'en étais sûre, allait convenir à Mr G., il m'a répliqué que pour l'instant, il préférerait rester jouer au Scrabble avec le reste des membres du CANTOU.

Cela m'amène à la dernière forme de respect que j'ai pu noter : celles des capacités des résidents. Ayant acceptée la déception qui m'habitait, je décidais d'observer cette partie de Scrabble. Il m'est apparu que les personnes éprouvaient quelques difficultés à participer. Sur les cinq résidents présents autour de la table, une aidait les soignantes à trouver des mots. Face à un groupe imposant, l'équipe peut éprouver des difficultés à adapter des activités pour qu'elles conviennent à tous.

Quant aux soins de base, ils sont effectués dans une recherche de maintien des capacités de la personne, un classeur répertoriant les objectifs à atteindre pour chacune. La toilette est adaptée à ses capacités motrices et sa possibilité de maintien postural (la position debout étant favorisée) afin de préserver un maximum de mobilité et d'autonomie. Les objectifs sont réévalués tous les mois suivant l'évolution observée.

Selon Y. Gineste et J. Pellissier, ce fonctionnement par objectif a pu démontrer qu'au-delà du maintien, voire de l'amélioration de la santé, la participation active

⁷⁹ Gineste, Y. et Pellissier, J. 2014, p.268

de la personne âgée à ses soins ne les rend pas plus long⁸⁰. De plus, rendre la personne actrice permet au soignant de porter son attention sur la manière dont la personne vit son corps à travers ce qu'elle peut en dire ou en montrer.

- Report de soins (4 réponses sur 11).

Il me semble que c'est le principe qui demande le plus de capacités d'adaptation aux équipes. Il s'agit de leur possibilité à repousser à plus tard un soin lorsque la personne le refuse. Aucun soin de force ne doit être effectué car cela majorerait l'apparition de troubles psychocomportementaux. C'est le soignant qui est au service du résident et non l'inverse. Par exemple, alors que l'AMP souhaitait accompagner Mme S. lors du change de l'après-midi, elle a préféré participer au groupe musique. Il a alors dû modifier son emploi du temps car il espérait pouvoir s'atteler à la préparation du dîner à l'heure de son retour.

- Le respect de quatre piliers donnés par l'Humanitude® (4 réponses sur 11) est essentiel dans la création d'une relation de confiance et le maintien de la dignité de la personne.

Le regard constitue le premier pilier. Lorsqu'il doit aborder une personne, le soignant se met devant elle afin d'être vu mais il est bien souvent au-dessus, restant debout face à la personne assise. Les regards permettent au soignant d'évaluer, par l'observation des mimiques faciales, les gestes qui peuvent être douloureux ou agréables pour le résident. J'ai aussi pu constater des regards d'impuissance de la part d'une IDE face aux pleurs de Mme M. qui semblait chercher de l'aide dans les yeux de tous les passants. Elle m'explique que de nombreuses choses ont été essayées, mais en vain. Elle la regarde maintenant l'air attristé, contrairement à quelques AS de l'étage qui semblent désormais l'ignorer.

Le regard est le premier créateur du lien entre deux personnes. Il est au cœur de l'échange et du partage, et d'autant plus avec la personne malade d'Alzheimer qui s'appuie sur les expressions du visage du soignant pour comprendre la situation. Agissant à la façon d'un miroir dans l'établissement de soi, l'absence du regard de l'autre ne permet plus de se reconnaître en lui, d'avoir besoin d'être⁸¹.

Le second pilier est constitué du langage. J'ai observé une AMP au CANTOU qui décrivait chaque étape de la toilette (savonnage, rinçage) à la personne en énumérant tour à tour les différentes parties du corps sur lesquelles elle se dirigeait. Cette action me semble favoriser le maintien du schéma corporel par les

⁸⁰ Ibid. p.259.

⁸¹ Ibid. p.266.

sensations (tactiles, proprioceptives), la verbalisation leur donnant sens. Une fois les personnes apprêtées, les échanges sont moins présents. Il s'agit d'un « préférez-vous un thé ou un café ? » ou « venez avec moi vous changer ». L'accompagnement est souvent peu suivi de paroles, provoquant les cris de Mme L. qui ne comprend pas pourquoi elle est emmenée dans sa chambre. Dans ces cas-là toutefois, la majorité des soignants s'arrête pour se placer devant la personne et, tout en gardant une parole au rythme posé, lui explique la raison de son action. Cela lui permet parfois de s'apaiser.

La création d'un dialogue nécessite souvent la présence d'un émetteur et d'un récepteur en capacité d'inverser les rôles pour créer un dialogue. Lorsque le récepteur ne peut proposer un feed-back, l'émetteur se tait car rien ne le motive à continuer. L'Humanitude propose donc de passer par un auto feed-back alimenté par la description du soin en cours en faisant attention à la qualité de sa parole. Le soignant s'adresse directement au résident en employant un langage valorisant et rassurant. Puis le ton, le timbre de sa voix ainsi que l'articulation doivent être maîtrisés dans des phrases courtes et mélodiques pour que le résident puisse se sentir en confiance⁸². De plus, cet auto feed-back permet à la personne de conserver une bonne représentation de son schéma corporel. Si l'incompréhension du langage chez les résidents présentant des TNC majeurs augmentent les risques de TPC, il est observé que l'absence de parole mène à un syndrome d'immobilisme.

Après la création du lien grâce au regard et la parole intervient le troisième pilier : le toucher. Lorsque le soignant va à la rencontre du résident, il est fréquent qu'il lui prenne la main pour se présenter. Il intervient comme toucher de besoin contenant (la prise en pince étant proscrite) dans les différents soins ou comme technique auprès du kinésithérapeute. Enfin, il est thérapeutique dans le toucher du psychomotricien ou dans l'effleurage effectué par les infirmières.

Ce pilier aux nombreux objectifs est aussi un des actes les plus sensibles. Les personnes atteintes d'un TNC majeur donnent une valeur primordiale au toucher qui est peu altéré par le processus du vieillissement. Y étant très sensibles et n'arrivant plus à percevoir l'intérêt des actions de l'environnement, le toucher peut être vécu comme une agression physique et déclencher des TPC. C'est pourquoi j'essaie toujours de prévenir avant de toucher une personne ou la laisse venir vers moi pour se serrer la main. S'il m'arrive d'oublier, Mme B. me jette un regard noir pour me rappeler que je ne dois avoir son autorisation pour la toucher. Il doit être effectué avec douceur en prenant garde à la vitesse et au rythme de

⁸² Demoures, G. et Strubel, D. 2006, p.85.

notre geste afin d'accéder au maintien de la santé et du bien-être de la personne.

D'après K. Duquenoy Spsychala, « le toucher peut être véritablement thérapeutique en inscrivant à travers le corps des événements psychiques, symboliques qui ont pour effet de restaurer l'équilibre somatopsychique, un sentiment de bien-être, de déclencher un mouvement désirant et de reconnaissance, d'estime de soi »⁸³. Il permet de recevoir des émotions et des représentations. L'aspect affectif du toucher est important car le contact physique est essentiel à la survie comme a pu l'étudier R. Spitz avec l'Hospitalisme. En renforçant le Moi de la personne, il délimite l'enveloppe psychocorporelle, séparant le soi du non-soi. Le toucher a une fonction sur le niveau d'attention et l'orientation temporo-spatiale de la personne âgée.

Le dernier pilier, la verticalité, est recherché dans les actes de soins, les transferts et les déplacements. « La position debout est une position si banale, la marche est une activité si courante qu'on les sous-estime souvent, ne leur attribuant aucune vertu médicale. »⁸⁴. Pour toutes les fonctions qu'elle sollicite (système nerveux, osseux, musculaire, articulaire, ventilation respiratoire et circulation sanguine) et la valorisation narcissique qu'elle provoque, la proposer vingt minutes par jour engendre une réduction des risques de grabatisation. Puisque les premières capacités à diminuer puis disparaître dans la maladie sont celles que nous utilisons le moins, ce temps de verticalisation et de marche est essentiel pour l'entretien de la mobilité et donc de l'autonomie de la personne.

Ce qui semble ressortir des réponses données par ces 11 soignants, c'est qu'ils cherchent à favoriser le respect et la dignité de chaque personne. La volonté du résident est prioritaire sur les préférences du soignant, qui doit donc s'adapter à lui. Comme le kinésithérapeute l'a noté sur son questionnaire : « il s'agit de leur lieu de vie avant d'être notre lieu de travail ».

Cependant, j'ai ici pu faire ressortir quelques difficultés constatées au décours de mon stage. Quelles seraient donc les limites de ce prendre-soin ? J'ai alors interrogé ce point dans mon questionnaire.

- 2 personnes sur 11 ont évoqué le refus de soins. Comme je l'avais supposé dans le point sur le report de soins, le soignant doit se montrer en capacité de se questionner et de s'adapter au refus. La personne n'a-t-elle pas compris ce que je

⁸³ Duquenoy Spsychala, K. 2002, p.68

⁸⁴ Gineste, Y. et Pellissier, J. 2014, p. 233.

viens lui proposer ? Il peut également s'agir d'une défense face à un désarroi causé par la perte mnésique. Par exemple, Mr L. refuse de participer aux activités qui ont lieu dans la salle restaurant où il prend tous ses repas. Est-ce un réel désintérêt pour l'activité ou une façon de cacher qu'il ne sait pas où se trouve la salle restaurant qu'il doit pourtant connaître ?

- D'après une AS, ce fonctionnement prend plus de temps alors que les soignants sont souvent débordés, réduisant considérablement le temps de rencontre avec chacun des résidents. L'AS vacataire avec laquelle j'ai passé la journée proposait à Mme Y. de participer à la toilette. La dame hésitant, l'AS fit à sa place car il restait 8 personnes qui attendaient après elle. L'objectif du maintien de l'autonomie par le respect des capacités de chacun peut être difficile à tenir dans ces conditions.

- Une soignante a alors noté la nécessité d'avoir le sens de l'organisation. Il faut développer la capacité de planifier ses actes de soin et avoir la flexibilité nécessaire pour s'ajuster rapidement aux demandes.

Cependant, un autre explique qu'il est impossible de répondre à toutes les demandes pour des raisons d'hygiène ou de sécurité. Par exemple, Mr J. déambule tout au long de ses journées jusqu'au jour où il chute 3 fois en moins de 24h. Des radios sont effectuées et les conclusions du médecin sont formelles, il doit rester alité plusieurs semaines⁸⁵. Lorsque je lui rends visite, il m'explique souhaiter se lever pour aller marcher. Il s'assoit alors sur le bord de son lit et se redresse. Une fois debout, il sent bien ne pas avoir la force de marcher et se rassoit. Cependant, il essaie plusieurs fois et mes mises en garde n'y font rien. Lucie vient à mon secours et d'une voix ferme, lui explique les risques qu'il encoure et l'aide à se rallonger. A mon retour la semaine suivante, ses barrières seront mises en place.

- Un autre point abordé par deux personnes sont la présence de troubles psychocomportementaux et/ou sensoriels. Les soins de force doivent être évités. Cependant, lorsque la personne se débat, hurle quelle que soit l'action du soignant, ce dernier peut finir par passer outre. Il me semble qu'ignorer constitue une façon de se prémunir contre la violence que le soin produit lorsque l'on se retrouve impuissant. Mme P. produit de nombreux sons à toute heure indépendamment de ce qu'il se passe autour d'elle. Parfois, une solution semble

⁸⁵ Cf. Troisième partie, III - c) p.67.

poindre mais elle ne dure qu'un temps. Un jour, j'ai chanté avec elle, elle a alors cessé ses bruits durant cinq secondes, peut-être étonnée de ce qu'il se passait, puis a repris. Revenir plus tard pour réessayer suffit-il dans ce cas ? Comment faire si, malgré tous les efforts fournis par l'équipe, la personne se débat chaque jour énergiquement lorsqu'on l'accompagne dans la prise des repas ?

- Identification projective : aucun n'a abordé ce point dans le questionnaire. Il me semble pourtant qu'il a un impact important sur le soin effectué. Le dialogue corporel qui s'installe avec la personne âgée peut nous renvoyer à notre propre finitude, à la perte de maîtrise du corps et donc à l'éloignement d'une image du corps idéale. Pour certains, les représentations que les relations de soin renvoient amènent à effectuer les gestes plus rapidement, à négliger certaines zones du corps de l'autre ou éviter le contact. Le soignant se trouvant dans l'impossibilité de la confrontation est amené à laisser un autre soignant s'en occuper. Elle peut à l'inverse amener à un dialogue identificatoire et être à la base de l'empathie.

La philosophie de soins de l'Humanitude accompagne le prendre-soin en proposant des principes à suivre par l'ensemble de l'équipe. Malgré quelques décalages entre ce qu'elle prescrit et son application au sein de l'EHPAD, j'observe dans cette institution un grand respect des personnes accueillies et notamment de leurs habitudes de vie où les rythmes individuels tiennent une place importante. La diminution des effets de surprise et des situations d'incompréhension semble permettre un prolongement du maintien des capacités de la personne subissant pourtant un processus neurodégénératif. Il me semble également que la prise en compte des singularités des résidents permet de réduire la présence de TPC⁸⁶.

Cette philosophie de soin rejoint à de nombreux égards notre profession (importance de la communication non verbale, recherche du bien-être psychocorporel, maintien du schéma corporel). Elle offre donc des outils et des objectifs communs permettant un dialogue plus aisé avec les autres membres de l'équipe.

Néanmoins, cette philosophie de soin a essuyé de vifs reproches suite à la création d'un marché de formation onéreux pour apprendre des principes jugés de bon sens⁸⁷. S'ils ne sont pas mis en application dans toutes les institutions aujourd'hui, cela provient des exigences institutionnelles et du manque de

⁸⁶ Cf. Deuxième partie, II - d) p.32.

⁸⁷ Mottin, E. 2011, p.33.

moyens : réduction des budgets à l'origine d'un manque de personnel, taux d'absentéisme et burn out.

c) D'autres philosophies de soin.

- La méthode de Validation® de N. Feil.

Cette méthode, nommée aussi Validation affective ou thérapie par empathie, cherche à développer une relation de confiance et d'échanges entre la personne souffrant d'un TNC majeur souvent incomprise dans ses difficultés et le soignant. Les outils employés⁸⁸ constitués par le regard, le geste et la parole entre les deux protagonistes vont avoir pour rôle d'ouvrir en toute sécurité au soignant le champ de la réalité subjective de la personne dont il prend soin. La compréhension d'où elle en est va amener à la conscience que les comportements « perturbateurs » peuvent être validés comme porteurs de sens. L'analyse des TPC ouvre à la compréhension du besoin exprimé : besoin d'être aimé, d'être utile et d'exprimer des émotions fortes⁸⁹. La communication peut alors être authentique et contribuer à la restauration narcissique de la personne, à la réduction de son anxiété et au maintien de son bien-être.

D'après M. Cavey⁹⁰, la Validation® est une succession de techniques tournées vers la reconnaissance d'un droit d'expression de la personne. Même s'il est parfois difficile de suivre sa parole, il faut montrer sa certitude concernant son aptitude à penser et communiquer du signifiant.

- L'approche centrée sur la personne développée par C. Rogers.

Cette approche est une attitude qui doit être mise en place par l'ensemble des acteurs de l'institution pour avoir un sens. Elle préconise de prendre soin en faisant abstraction de nos représentations à propos de la maladie, des rumeurs sur la personne que nous allons rencontrer pour mieux nous fixer sur l'instant et le potentiel qu'elle révèle. Si un problème se présente à elle, le soignant l'accompagne dans la recherche de solutions avec bienveillance. L'important est de réfléchir ensemble et non de faire pour afin que les solutions soient adaptées au plus près de ses capacités⁹¹.

⁸⁸ Cf. Annexe 4, p.96.

⁸⁹ Récupéré le 09/03/15 du site expliquant les objectifs principaux de cette méthode : <http://vvalidation.fr/naomi-feil/la-methode-de-validation-de-naomi-feil/>

⁹⁰ Récupéré le 09/03/15 du site de Mr Cavey : <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article19>

⁹¹ Pörtner, M. 2012.

Le soignant doit exploiter trois composantes : l'empathie, l'estime et la congruence (capacité de dissocier ses propres ressentis de ceux de la personne) afin de répondre aux sept principes proposés⁹². Ces derniers, s'ils sont respectés, offrent un cadre de bienveillance essentiel à la hausse d'estime de soi, à la diminution de TPC et au bien-être des résidents. Les besoins et désirs sont écoutés, même si leur réalisation est parfois inexécutable.

IV - Importance du rythme dans le prendre soin avec les personnes démontrant des troubles psychocomportementaux.

La succession de présences et d'absences, le déroulement d'un toucher ou d'une phrase sont autant d'actes régis par des rythmes sans que nous n'en ayons conscience. Les réflexions que nous avons pu aborder autour du respect des habitudes de vie et la qualité de la communication non verbale le montrent bien. Puisqu'il est présent dans tous nos actes, que peut apporter la prise en compte des rythmes dans le prendre-soin ?

a) Le rythme dans la relation soignant-résident.

Dans la pratique de l'EHPAD où j'effectue mon stage, l'Humanitude® apporte sa réflexion sur le respect des rythmes de vie de chacun permettant la diminution des TPC. S'ils se révèlent de manière visible dans la vie quotidienne, ils s'observent aussi dans la façon même de mener les soins par l'entrée en relation et les communications verbales ou non verbales. Ceci est d'autant plus vrai avec les personnes souffrant d'un TNC majeur, personnes très sensibles à l'ambiance environnementale.

Le rythme de la parole doit être adapté à la situation. En stade avancé de la maladie, le contenu du langage peut ne plus être compris. La personne s'accroche alors aux contenants (le rythme, le timbre et la mélodie) afin de prêter une attention, une émotion à son interlocuteur. Le soignant doit avoir conscience de cet impact pour adapter sa parole à son intention. Mes différentes expériences m'ont permis de constater que nous associons naturellement un rythme lent au calme alors qu'un débit rapide est plutôt associé à la colère, à l'excitation. Si un soignant s'exprime dans ce deuxième registre sans survenue d'un événement notable, l'incompréhension peut dominer chez le résident et entraîner une augmentation d'angoisse : « que me reproche-t-on ? Y a-t-il un danger ? ». A

⁹² Cf. Annexe 5, p.98.

l'inverse, une voix douce permet d'offrir une enveloppe sonore contenant. De plus, une certaine cohérence est requise dans le rythme de sa parole car l'instabilité pourrait surprendre le résident, et la confiance serait plus difficile à établir. Il vivrait d'instant en instant sans possibilité d'anticipation. Il me paraît alors important d'avoir conscience et de contrôler le rythme de son langage.

Une réflexion similaire peut être menée en ce qui concerne les regards, entre insistance et évitement. Dans le premier cas, un échange qui dure peut être interprété de différentes manières (intérêt prononcé, défi,...) mais ne laisse en aucun cas indifférent. J'en ai eu l'expérience avec Mr J. à qui je proposais de venir au groupe musique. Insistant un peu, autant dans mes paroles que dans mon regard, il s'agita et, avec une voix plus ferme qu'auparavant, affirma « non, je ne viendrai pas avec vous ! ». Je baissais alors les yeux et sa voix a pu de nouveau se poser, son corps se relâcher. Quant à l'évitement, il est porteur d'un sentiment de non reconnaissance de soi. Il peut être dévalorisant pour la personne. Le regard de par son expressivité est une base du sentiment d'existence et de conscience de son corps. Il a également un rôle de soutien car, comme le sonore, l'enveloppe visuelle vient réduire l'angoisse, encourage et reconforte⁹³. Le rythme des jeux de regard est essentiel dans l'accordage affectif des deux partenaires car ils provoquent une proximité psychique. « Si ce rythme s'interrompt, se casse, c'est un signe de rupture, de perte de quelque chose, qui induit une distanciation plus ou moins consciente et plus ou moins bien ressentir par l'un ou l'autre des partenaires »⁹⁴.

Le rythme a également un rôle important dans le toucher. Un toucher marqué d'arrêts et de reprises, de lent puis de rapide peut être déstabilisant par l'investissement inégal qu'il offre au corps, donnant à se représenter une image du corps déstructurée. Encore une fois, la régularité est à privilégier car elle renvoie aux soins maternels et aux affects archaïques rassurants. A. Lefebvre nous explique que le « toucher de l'autre en situation de souffrance est un formidable vecteur d'apaisement. Il reconstruit instantanément le lien social défaillant »⁹⁵. Toutefois, les personnes atteintes de TNC majeurs peuvent ne plus comprendre notre intention. Il m'a semblé lors d'accompagnement à la toilette que les gestes rapides pouvaient être vécus comme intrusifs, le toucher entrant directement dans la sphère intime de la personne. Il est donc primordial que notre attention se porte

⁹³ Lefebvre, A. 2013, p.28.

⁹⁴ Stern, D. cité par Aubry, C., Rouchy, S. 1995.

⁹⁵ Lefebvre, A. 2013, p.30.

sur la façon d'entrer en contact en amenant si possible la personne à venir à notre rencontre afin de lui donner une place actrice de la relation qui se crée.

Enfin, le tonus est le mode de communication privilégié à tout âge de la vie d'après J. De Ajuriaguerra⁹⁶. Avec la posture, ils sont à la base d'un moyen non verbal d'expression des émotions, et forment le dialogue tonico-émotionnel.

Dans les métiers du soin, l'enchaînement des manutentions peut provoquer la fixation de tensions, ancrant le soignant dans l'hypertonie. Cela amène par le dialogue tonique le résident à répondre par imitation à cette attitude. Il sera alors aussi plus tendu et crispé, ne facilitant pas ses mouvements. De plus, la fonction de régulation tonique, soit de variabilité rythmée entre contraction et détente, est à la base de l'expression émotionnelle. Ainsi, une personne fixée dans la tension musculaire sera moins bien comprise des personnes âgées atteintes d'un TNC majeur alors que l'on sait qu'elle constitue une des bases de leur communication. J'ai pu constater lors de différents stages que des personnes angoissées s'enfermaient dans une carapace hypertonique afin d'éviter de ressentir. Par exemple, je suis Mr G. qui souffre d'un TNC majeur dû à la maladie de Parkinson en séance individuelle de psychomotricité. Alors que je souhaite lui proposer une séance de relaxation afin d'expérimenter le relâchement, il démarre une série de mouvements rapides des membres supérieurs, augmentant l'hypertonie qui le caractérise. Progressivement au cours de l'année, j'ai pu l'amener à se détendre en passant par des mouvements lents, à porter son attention sur les différences ressenties entre le moment de l'exécution du mouvement et le relâchement du membre. Il a pu verbaliser qu'il n'avait pas l'habitude de se centrer sur ses sensations corporelles. Ainsi, l'hypertonie empêcherait la personne de prendre conscience de ses sensations et des émotions que son corps exprime. Il me semble alors que le soignant doit amener la personne à constater son niveau de tension et lui permettre de se détendre soit en passant par le dialogue tonico-émotionnel ou la verbalisation de ce phénomène.

Le rythme a une fonction importante dans la communication entre le soignant et le résident. La répétition d'un même tempo, de gestes identiques vont amener la personne à anticiper, à prévoir et se familiariser avec la situation qui provoque dès lors, moins d'anxiété. S'il doit donner un sentiment de stabilité, de continuité, et si la douceur des gestes doit être favorisée, il m'apparaît néanmoins qu'il est nécessaire de l'adapter en fonction de la personne rencontrée. Les

⁹⁶ De Ajuriaguerra, J. 1980, p.240

rythmes individuels se construisent durant l'enfance en suivant l'histoire de vie de la personne. A tout âge, les retrouver renvoie à des vécus archaïques d'où leur fonction d'apaisement (recherchée lors de la relaxation). Par exemple lors de plusieurs séances du groupe Musique, j'ai pu observer que Mr I. proposait naturellement des rythmes rapides, bien trop pour Mme R. qui, tout en fronçant les sourcils, lui dit : « Oh mais vous allez bien trop vite, il faut ralentir un peu, vous me fatiguez ! ». Le rythme de base de ces deux résidents se montre alors bien différent. C'est pourquoi le rythme constitue un facteur interne d'identité, de reconnaissance de soi différent de l'autre.

Il est un repère stable de soi auquel vient s'accrocher la personne atteinte d'un TNC majeur en perte de repères externes et internes lors d'activités rythmiques (stéréotypies, déambulation).

b) Le rythme institutionnel adapté aux rythmes personnels.

Ainsi, le rythme est une donnée importante dans la rencontre entre le soignant et le résident afin que le soin puisse s'accompagner dans une relation de confiance. Cependant, l'attention portée au rythme dans la communication non verbale n'est pas suffisante pour éloigner l'ombre de l'apparition de troubles psychocomportementaux. L'ajustement aux rythmes des résidents se joue également dans l'adaptation des rythmes de la structure à travers le respect des habitudes de vie de chacun. Ainsi, les résidents garderont le sentiment de familiarité du domicile malgré la proximité médicale. Néanmoins, il est impossible d'oublier que les personnes arrivant en institution entrent également dans un espace de vie collectif. Je me suis rapidement demandée comment les deux pouvaient cohabiter de manière qui pourrait convenir à chacun.

L'établissement accepterait-il un rythme individuel en grand décalage avec le rythme de vie collectif ? Il m'est apparu que cela est peu fréquent, la majorité des résidents attendant chacun des repas avec une demi-heure d'avance. Les rythmes de chacun restent donc assez proches du rythme proposé par l'institution. Toutefois, j'ai pu observer Mme R. prenant son déjeuner à 16h car elle venait de se réveiller après être restée au lit près de 20h. Les soignants présents m'informèrent qu' « elle a apparemment toujours vécu ainsi ».

L'équipe voue donc une grande importance au respect des rythmes individuels, parfois au détriment des différents temps proposés par l'institution. Cette pratique est en accord avec plusieurs auteurs comme C. Hazif-Thomas, R-O.

Peix, et P. Thomas⁹⁷. Pour eux, il est difficile de modifier des habitudes établies depuis longtemps. C'est pourquoi il appartient à la structure de s'adapter afin de ne pas risquer de développer un sentiment de collectivité qui prendrait le pas sur l'unicité de chaque individu. La recherche de reconnaissance de soi différent des autres s'exprimerait à travers le développement de TPC et le refus de soins, acte détenteur du message : « je refuse donc j'existe ». L'ANESM⁹⁸ recommande de collecter des informations concernant les rythmes individuels (heures du réveil, des repas, ...) pour réfléchir une organisation institutionnelle où le rythme collectif ne va pas à l'encontre de celui des personnes accueillies⁹⁹. Plusieurs auteurs s'accordant sur ce point, quels sont les intérêts d'une telle pratique pour les personnes atteintes d'un TNC majeur susceptibles de développer des TPC ?

Le vieillissement est à l'origine de nombreuses modifications psychomotrices de la personne : nouvelle perception des stimuli environnants (dans le cas d'une installation d'un déficit sensoriel), de son corps, de ses ressources tonico-motrices, de l'espace, du temps,... Les individus atteints d'un TNC majeur ont les mêmes capacités d'adaptation qu'une autre personne¹⁰⁰, seulement une grande part de leurs ressources est engagée dans l'acceptation et l'ajustement à leur maladie. Ce n'est qu'une fois ce processus accompli qu'ils pourront tenter de s'adapter à l'extérieur et aux nouvelles situations rencontrées. Lorsque cela est impossible, la personne est perçue comme inadaptée par son entourage¹⁰¹, c'est pourquoi ils nécessitent plus que les autres la présence d'un environnement à l'écoute de leurs besoins. Si un changement de rythme doit se produire, il est essentiel de laisser un temps à la personne âgée pour s'y préparer. Toutefois, d'après P. Métais et M-P. Pancrazi¹⁰², il est préférable d'éviter ces modifications une fois que la personne est installée au sein de la structure, la ritualisation des activités de la vie quotidienne constituant un outil facilitateur de l'orientation temporo-spatiale. Ainsi, la personne sera capable de percevoir la succession des différents événements d'une journée et de les anticiper (soins de base, activités thérapeutiques et animations), lui permettant l'acquisition d'une certaine autonomie.

Le rythme est un point d'ancrage de l'individu permettant de maintenir une

⁹⁷ Hazif-Thomas, C., Peix, R.-O. et Thomas, P. 2008, p.16-20.

⁹⁸ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

⁹⁹ ANESM. 2009.

¹⁰⁰ Gineste, Y. et Pellissier, J. 2014, p.105.

¹⁰¹ Ibid. p.103.

¹⁰² Métais, P. et Pancrazi, M-P. 2004, p.127.

continuité identitaire malgré la fragilisation provoquée par le développement des difficultés évoquées. Avec les habitudes de la personne, les rythmes propres ancrent ses goûts, ses croyances, fantasmes et convictions dans le temps¹⁰³. Le respect de ces constantes permet l'essor d'un sentiment de maîtrise sur sa vie, et de bien-être. Ce dernier est également favorisé par la possibilité de composer par nous-même un équilibre entre contraintes extérieures et notre propre façon d'organiser le temps (rythmes de sommeil, d'activités, etc.) A chaque fois que cet équilibre est rompu, nous avons besoin de temps pour nous réajuster. Si elle éprouve des difficultés à le faire, la personne risque de s'inscrire dans un phénomène de désynchronisation temporelle, à l'origine d'une désadaptation : « En empêchant la personne de posséder ses propres repères, de s'appuyer sur des informations, de s'ajuster et d'agir en fonction de son équilibre, ils favorisent la perte de contrôle, la désorientation, les troubles confusionnels, les troubles identitaires »¹⁰⁴ ainsi que l'apparition de TPC.

C'est pourquoi une certaine souplesse dans l'organisation du temps est demandée aux institutions afin de s'ajuster au mieux aux particularités et ressources corporelles de chaque résident. Néanmoins, J. Pellissier¹⁰⁵ accorde une importance particulière au maintien d'un cadre collectif de base car il offre à la personne un moyen rapide d'orientation temporo-spatiale.

Si l'établissement d'accueil s'adapte aux rythmes de ses résidents, P. Metais et M-P. Pancrazi évoquent leur crainte qu'ils soient enfermés dans leurs habitudes par l'équipe sous prétexte qu'ils ne les pensent plus capables d'en changer¹⁰⁶. Par exemple, au sein de l'EHPAD, les personnes qui font la sieste sont bien connues des soignants. J'ai pu l'observer lorsqu'une AMP m'a demandé d'accompagner Mme N. dans sa chambre pour la coucher car elle fait la sieste quotidiennement. A cette annonce, Mme N. m'informe qu'elle se sent moins fatiguée en ce moment mais toujours accompagnée à son lit. La lutte contre cette paralysie, P. Metais et M-P. Pancrazi l'évoquent sous la forme d'une « attitude d'espérance en l'autre »¹⁰⁷. Pour ces deux auteurs, les soignants doivent déjouer l'idée convenue d'un besoin de fixation dans l'éternel recommencement qui réduit en réalité la possibilité de la personne à construire des projets. La monotonie est l'ennemi de l'adaptabilité. Au

¹⁰³ Pellissier, J. 2010, p.250.

¹⁰⁴ Gineste, Y. et Pellissier, J. p.104-105.

¹⁰⁵ Pellissier, J. 2010.

¹⁰⁶ Metais, P. et Pancrazi, M-P. 2004, p.152.

¹⁰⁷ Ibid.

lieu de réduire le risque de TPC, le manque d'imprévisibilité l'augmente. La personne, ankylosée dans la routine, risque de monter en anxiété plus rapidement face à une situation inconnue. Il faut alors l'amener à accepter de ne pas pouvoir tout anticiper. Les habitudes peuvent être modifiées, comme à tout âge de la vie, en fonction des interactions de la personne avec son environnement. Elles sont donc rythmées par des phases d'affirmation et de nouvelles constructions.

V - Réflexions autour des rythmes en institution.

a) Le rythme, entre habitude et inattendu.

Contrairement à ce que j'imaginai au départ, les personnes âgées porteuses d'un TNC majeur n'ont pas seulement besoin de stabilité assurant le bon déroulement de leurs habitudes. Tout comme l'enfant se construit par la succession de phases ritualisées et d'imprévisibles, les adultes et les résidents d'un EHPAD trouvent et gardent leur indépendance grâce à leurs possibilités d'intervenir de manière adaptée face à l'inconnu. Cela n'est possible que parce qu'ils vivent, entre deux surprises, des temps forts de sécurité interne assurant le sentiment continu d'existence. Les savoirs-êtres décrits en partie III préconisent une mise en place globale de leur philosophie mais l'Humanitude et l'Approche centrée sur la personne évoquent peu leurs intérêts dans les activités thérapeutiques ou d'animation. Pourtant, nous voyons ici leur importance.

Il faut donc offrir aux résidents cette rythmicité afin que des mouvements d'angoisse n'apparaissent pas au moindre changement. Ce fonctionnement rejoint la théorie de D. Marcelli¹⁰⁸. L'accompagnement aux soins de base constitue les macrorhythmes du quotidien. Ils sont avec ces personnes des instants privilégiés de partage permettant le renforcement des assises narcissiques et la découverte de ressources insoupçonnées chez les deux protagonistes. Ils constituent un préambule à la disparition des TPC¹⁰⁹ lorsque surgit un événement inhabituel. Dans une démarche de cohérence interprofessionnelle, l'animation et les thérapies pourront s'appuyer sur la contenance offerte par les macrorhythmes pour étayer la présence des microrhythmes lors de propositions variées.

En théorie, ces deux temps devraient être explorés par chacun des résidents. En pratique, ils ne pourront être apportés à tous en même quantité mais en suivant leur personnalité. En effet, si certains sont présents à chaque activité proposée,

¹⁰⁸ Cf. Première partie, III - p.15.

¹⁰⁹ Demoures, G. et Strubel, D. 2006, p.102.

certain viendront à un rythme moins soutenu, l'essentiel étant de les informer de ce qui est fait en respectant leur volonté (même si cela consiste à essayer un refus). Mais peut-on dire que les animations et séances thérapeutiques soient source d'imprévisibilité, luttant contre le développement de l'hypervigilance face à toute modification, alors que le planning d'activités est donné chaque semaine et chaque horaire de séance fixé avec le résident ? Pour une question pratique tout d'abord, sans planning, les personnes accueillies pourraient prévoir d'autres occupations alors que l'activité aurait pu leur plaire. Ils resteraient alors dans l'attente de la proposition favorisant l'immobilisme et le sentiment de dépendance à l'opposé de l'objectif du maintien de la capacité de structuration temporelle. Comme nous l'avons abordé, les personnes porteuses d'un TPC ont besoin de temps pour planifier ce qui sort de leur quotidien. Ce planning leur permet d'anticiper l'évènement inhabituel et sa durée. Ainsi, il y a plus de chance qu'ils acceptent de venir et seront plus disponibles pour faire face à l'insécurité provoquée par l'originalité des propositions. Pouvoir prévoir le cadre mais non l'activité permet de doser l'inconnu afin d'accompagner les résidents à accepter de ne pas pouvoir maîtriser leur environnement sans les mettre dans une situation trop angoissante pour eux.

Dépasser les habitudes, sortir des sentiers battus, c'est aussi le quotidien des soignants au sein de l'EHPAD où j'effectue mon stage. Depuis la mise en place de la philosophie de l'Humanitude en 2010, ils doivent modifier le savoir-être acquis, depuis de nombreuses années pour certains, pour intégrer ces nouveaux principes. Bien sûr, nous l'avons vu, les habitudes peuvent être changées. Néanmoins, cela ne se fait pas suite à une formation aussi naturellement qu'au décours de nombreuses années d'expérience. Même si la formation essaie de donner une nouvelle vision du travail avec les personnes âgées, d'anciens fonctionnements reviennent progressivement. Certains soignants de l'équipe éprouvent alors le besoin d'effectuer de nouveau la formation.

b) Le rythme, entre temps d'activités et temps libres.

Une des premières remarques que j'ai pu me faire en arrivant dans cette institution est que peu d'activités sont proposées sur les étages entre les différents repas, réduisant le choix des résidents à celles proposées par les animateurs. Il faut dire que l'accompagnement aux toilettes, repas et changes prennent beaucoup de temps aux AS et AMP. Cela est bien sûr sans compter les jours où l'effectif est

réduit du fait de congés (annuels ou maladie) qui ne peuvent être remplacés. D'autres raisons pour lesquelles peu d'animation sont mises en place sont évoquées par G. Demoures et D. Strubel. Pour eux, le nombre de résident trop important peut être un frein car la place viendra à manquer pour accueillir tout le monde. Le choix des participants pourra alors provoquer chez les autres des signes d'agitation, d'agressivité qui pourraient troubler le déroulement de l'activité : pourquoi eux n'ont pas été choisis alors que cela leur aurait plu également ? A l'inverse, « le manque de motivation des résidents risque d'entraîner démotivation et frustration des soignants »¹¹⁰ qui cessent de proposer des activités. Enfin, comme j'ai pu l'observer lors du jeu de Scrabble au CANTOU¹¹¹, ces auteurs soulignent la difficulté que soulève l'adaptation d'une activité à tous les résidents de l'étage. Le bilan interdisciplinaire réalisé a, me semble-t-il, cet intérêt d'apporter une évaluation des possibilités de chaque résident au soignant qui souhaite mettre en place une activité. Cela permet de la réfléchir en suivant les objectifs établis pour chacun. Ainsi, l'activité ne vient pas pour plaire au soignant : certes le résultat attendu est beau mais la proposition reste inadaptée. Si elle est employée dans ce cadre, elle peut provoquer par sa mise en échec, de la colère et de la frustration chez un résident à l'origine de TPC. De plus, elle ne doit pas venir combler l'attente entre les repas afin de contrer son effet anxiogène : l'activité n'est pas proposée pour « faire, pour oublier que l'on a plus rien à faire »¹¹². Par exemple, Mme S. reste assise à table après 16h dans une posture fermée (les membres en rotation interne, la tête baissée et le buste en avant) dans l'attente du dîner. Lorsque je m'approche d'elle une heure après le goûter pour lui demander comment elle va, elle fond en larmes. Une des AS qui était à proximité me voyant faire, vient m'informer : « ne t'inquiète pas, à cette heure-là, c'est toujours son moment difficile ». Je l'ai alors invité à participer au groupe musique qui a lieu entre 16h30 et 17h30. La présence d'interactions entre les différents membres a semblé l'apaiser et le retour s'est bien passé. Néanmoins, je me suis ensuite questionnée sur ma proposition. Est-ce que l'occuper pour lutter contre l'apparition de ses larmes était bienvenu ? Il me semble que cela a fait taire son angoisse mais la cause n'est certainement pas résolue. Elle m'a par la suite avouée ne pas apprécier la musique, expliquant son refus face à toute proposition, mais avoir la volonté de ne pas être seule car c'est la solitude qui l'angoisse. Est-ce une raison suffisante pour l'inviter à venir chaque semaine ?

¹¹⁰ Demoures, G. et Strubel, D. 2006, p.97.

¹¹¹ Deuxième partie, III - b) p.38.

¹¹² Ponton, G. 1998, p.16-20.

D'après le CREAI¹¹³ de Rennes, l'activité doit être proposée en fonction des centres d'intérêt des participants et de ce qui les valorise, c'est-à-dire ce qu'ils maîtrisent, mettant par exemple en jeu la mémoire procédurale qui n'est que peu altérée au cours du vieillissement¹¹⁴.

Ces temps font partie intégrante du rythme institutionnel par les finalités qu'ils poursuivent. Les activités sont des supports à l'épanouissement des résidents et à leur ouverture sur l'extérieur de la structure (repérage de rythmes plus larges comme les fêtes annuelles, lecture de journaux...). Elles permettent la rencontre et l'échange avec les autres résidents. Enfin, elles visent au maintien ou l'évolution de capacités cognitives, psychomotrices, etc. et ouvrent à d'autres apprentissages. Cela est important car l'apprentissage constitue une part essentielle de l'existence de l'Homme. De plus, il met en jeu des aptitudes parfois insoupçonnées de la personne et donne le sentiment d'être encore capable de faire et d'inventer.

Toutefois, le rythme institutionnel ne doit pas être constitué seulement de temps de soins et d'activités. Les microrhythmes sont en effet explorés aussi dans des temps dit « libres ». Ce terme est, selon moi, bien choisi car il souligne qu'un imprévu puisse advenir. Si lors des activités, cet inconnu est encadré par l'animateur, il est ici ignoré de tous. La présence d'un soignant peut alors être recommandée au côté des résidents¹¹⁵. En plus d'apporter un soutien face à une situation qui peut être difficile, elle amène au dialogue et à l'écoute, permettant d'actualiser nos objectifs par rapport à l'évolution d'un résident.

Lors de ces temps, le résident laisse s'exprimer ses désirs et seule se dévoile la volonté de son rythme individuel. J'ai parfois ressenti des difficultés à accepter ces temps que ce soit au sein de l'institution ou d'une séance par peur que la personne ne s'ennuie, à comprendre qu'apporter pouvait ne pas être plus thérapeutique que de laisser la personne proposer par elle-même. Comme S. Dalla Piazza¹¹⁶ l'explique, les rythmes se modifient avec l'âge, la personne âgée ayant en général un plus grand besoin de temps calmes. S'il n'est pas aisé de s'accorder à leurs rythmes, il faut accepter leurs différences. Le temps libre apporte-t-il forcément l'ennui ou ne peut-il pas être créateur ? La personne âgée n'a-t-elle pas juste envie de prendre son temps là où son environnement semble se presser ?

¹¹³ Centre régional d'Etudes et d'Actions sur les Inadaptations et les handicaps.

¹¹⁴ A propos de... n°9, janvier 2005.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Cf. Première partie, IV - p.17.

Les temps d'activités et libres rythment la journée des résidents de manière nécessairement complémentaires. Cependant, cette alternance varie selon la volonté de chacun en suivant l'idiorrythmie¹¹⁷ qu'il donne à sa vie au sein de l'institution.

c) Rythme du laisser-faire/faire-avec/faire-pour.

Ainsi, suivre le rythme de la personne s'inscrit dans une volonté de suivre ses désirs en le laissant faire comme et quand elle le souhaite.

Cette réflexion m'est apparue lors d'une proposition d'activité effectuée par Amandine et moi-même aux ASG du PASA. Nous voulions travailler sur l'orientation temporelle, les gnosies visuelles et la connaissance sémantique autour du jardinage, sujet que les résidents présents affectionnent particulièrement. Pour cela, nous souhaitions réaliser un tableau indiquant les fleurs et légumes que nous pouvions observer chaque mois de l'année. J'avais alors imaginé que les résidents puissent dessiner s'ils le souhaitaient sur les panneaux ou coller des images. Cependant, les ASG voulaient pouvoir les afficher à l'entrée en fonction de la saison en cours et pour cela, il fallait qu'ils soient beaux. Ne m'étant jamais posée la question de ce qui me semblait le plus important (que ce soit leur œuvre ou que ce soit joli), je ne me suis pas opposée à leur idée. Ainsi, les résidents ont découpé et collé les images que nous avions imprimées pour eux.

Toutefois, mon envie de les laisser faire au maximum ne m'a jamais quitté afin de permettre le réinvestissement d'un corps plaisir, ce qui m'amène à questionner les auteurs sur ce point. Quels sont nos objectifs quand nous les laissons faire ? Quand faut-il faire avec eux, voir pour eux ?

L'institution suit la méthodologie de l'Humanitude, son principe de fixation d'objectifs de soin n'y échappant pas. Si le résident démontre les capacités de choisir et de faire par lui-même, il faut les solliciter le plus possible même si pour certains soignants, cela semble prendre plus de temps¹¹⁸. En plus du maintien des capacités physiques, ces objectifs visent à lui donner un sentiment de maîtrise sur sa vie, sur son corps et le revalorise.

Le laisser-faire consiste à laisser les personnes exprimer la manière dont elles souhaitent mener leur vie (choix du repas, heure du lever, etc.). Il apporte un

¹¹⁷ Il s'agit de l'équilibre entre rythme personnel et collectif, terme à la base religieux que Barthes s'est réapproprié. 1977.

¹¹⁸ Cf. Deuxième partie, II - b) p.42.

soutien à l'autonomie de la personne¹¹⁹ et constitue un élément essentiel du bien-être et de la qualité de vie.

D'après ces auteurs, le laisser-faire doit être privilégié au faire pour qui, quant à lui, amène l'objectalisation de la personne dont nous prenons soin¹²⁰. Qu'est-ce qui conduit alors les soignants à s'en éloigner ? Pour P. Metais et M-P. Pancrazi, le faire-pour constitue un système de défense face à l'angoisse qu'amène l'image projective du handicap de l'autre¹²¹. Il me semble toutefois que, même en ayant la volonté de laisser faire la personne, il arrive des moments où cela est compromis. Dans la majorité des cas, cela reste ponctuel : un état de fatigue important ou un risque de sécurité pour la personne comme dans le cas de Mr J. qui essayait de marcher alors que l'avis médical lui interdisait suite à un tassement vertébral. Nous devions alors l'obliger à rester dans une position de passivité. Enfin, il me semble qu'il est possible de faire-pour lorsqu'une situation met en échec de façon certaine la personne, surtout si nous la savons fragilisée par le sentiment d'une diminution de ses capacités. Cependant, dans cette dernière situation où le laisser-faire conduit à une dévalorisation importante de soi, je pense qu'il faut en premier lieu chercher les possibilités de faire-avec. Il existe plusieurs façons de l'apporter : reformuler la consigne, donner un modèle ou des indices, décrire les différentes étapes à réaliser ou passer par l'imitation. En plus de la renarcissisation que cet accompagnement permet, il favorise la création des liens entre les deux personnes (entre résidents ou un résident avec un soignant).

Ainsi, le laisser-faire doit être favorisé dans la durée mais également démontrer une assez bonne flexibilité pour laisser la place au faire-avec et faire-pour de manière ponctuelle lorsque la situation le nécessite.

d) Rythmes des soignants.

Si j'évoque essentiellement dans ce travail le bien-être des résidents, ils ne sont bien entendus pas les seuls pour lesquels le respect du rythme est important car leur bien-être passe également par celui des accompagnants. Un soignant qui n'a pas la possibilité d'alterner des temps calmes et dynamiques, a un sommeil irrégulier à cause d'horaires de travail très fluctuants, manque des repas,... n'aura pas la même disponibilité que celui qui suit ses rythmes dans la durée. Pour M. Pörtner, il faut avant tout prendre soin de soi afin d'assumer les fonctions qui nous

¹¹⁹ Pellissier, J. 2010, p.278.

¹²⁰ Metais, P. et Pancrazi, M.-P. 2004, p.159.

¹²¹ Ibid. p.114.

incombent¹²². Cela signifie que le soignant doit avoir des lieux et des temps pour se ressourcer. De cause à effet, par le respect des rythmes des soignants qu'il emploie, l'établissement permet ceux des personnes qu'il accueille. La qualité des rencontres en EHPAD entre soignants et résidents sont donc toujours le facteur d'un ajustement. Comme le dialogue tonique, il pourrait s'agir ici d'un dialogue rythmique.

Il est bien évident que cette réflexion demanderait d'être approfondie sur un travail entier. N'étant pas mon sujet, j'arrêterai là cette réflexion pour me pencher plus particulièrement sur la place des rythmes en psychomotricité.

Troisième partie : Le rythme en psychomotricité.

Partie d'une réflexion autour des rythmes au sein de l'institution dans sa globalité, mon travail en tant que stagiaire en psychomotricité constitue également à rencontrer plusieurs personnes en séance tout au long de ma journée, et notamment Mr J. que je présenterai par la suite. Travaillant avec le rythme en tant que médiation et comme cadre de séance, j'ai été amené à m'intéresser à son apport dans notre profession.

I - Place de la psychomotricité au sein de l'EHPAD.

Tout d'abord, je vous propose de nous intéresser à la place que tient la psychomotricité dans l'établissement.

Deux psychomotriciennes exercent à ce jour dans cette structure. Marie-Ange est présente à 80%. Elle rencontre en prise en charge individuelle ainsi qu'en groupe des résidents de l'unité EHPAD une à deux fois par semaine. Elle se rend également quatre fois par semaine au PASA où elle propose différents groupes (gym, stimulation cognitive,...). Quant à Lucie, elle est présente à 34% ETP. Elle alterne dans ce temps des groupes sur le CANTOU (chant, activités manuelles) et l'Accueil de Jour où elle propose un groupe équilibre et une sortie en piscine. Elle m'accompagnait également au début de mon groupe Musique sur l'EHPAD.

Avant toute nouvelle prise en charge, elles établissent un bilan global lors de rencontres avec la personne. Pour cela, elles utilisent des tests standardisés visant à explorer les différents domaines psychomoteurs : MMSE, test de l'horloge, dessin du bonhomme, Time up and go, ... Grâce aux résultats obtenus, elles évaluent la

¹²² Pörtner, M. 2012.

pertinence d'une prise en charge et fixent des objectifs de travail. La prise en soin en psychomotricité s'adresse aux résidents dans des actions préventives autour de la marche et des cognitions notamment. Elle peut également s'inscrire dans une démarche thérapeutique en centrant la perception de la personne sur son propre corps de façon globale et unifiée en contribuant à la symbolisation de ses éprouvés. Puis, elle intervient dans la rééducation et la réadaptation où elle étaye la construction de nouveaux repères et stratégies pour compenser les fonctions qui s'affaiblissent avec l'évolution de la maladie.

Les psychomotriciennes jouent également un rôle préventif auprès des autres soignants. Marie-Ange participe aux « toilettes évaluatives », permettant d'établir les objectifs des personnes accompagnées. Elle donne également des clés aux autres soignants concernant la manutention recommandée par la méthode Humanitude, à la base de la réduction des refus de soin au sein de l'établissement. La prévention auprès de l'équipe peut également se tourner sur les apports de la communication non verbale, l'aspect psychomoteur des TNC majeurs autant que sur l'importance du respect des rythmes dont nous discuterons par la suite¹²³.

II - Présentation de Mr J.

Avant de présenter d'autres aspects des intérêts du rythme, il me semble important de les éprouver au décours de mes rencontres avec un résident : qu'apporte le rythme en psychomotricité avec les personnes présentant un TNC majeur et des TPC ?

Le bilan d'observation que nous avons proposé à Mr J. a été effectué en trois séances en présence d'Amandine.

Présentation générale :

Mr J. est un homme petit, un peu voûté de 83ans qui a souvent le sourire aux lèvres quand nous venons à sa rencontre. Il est entré à l'EHPAD fin 2013 suite à un diagnostic de maladie de Parkinson et de maladie d'Alzheimer associée à un syndrome frontal.

Il a, à deux reprises, refusé de venir faire le bilan disant être fatigué ou ayant peur de ne pas être à la hauteur. Des traits dépressifs ressortent souvent « ce n'est pas bien ce que je fais »,... Il est sensible aux encouragements mais accorde plus d'importance à ses échecs. Il semble très exigeant envers lui-même et fatigué

¹²³ Cf. Troisième partie, VI - p.74.

rapidement face aux exercices proposés. Il démontre des troubles du comportement nyctéméraux de type agitation, agressivité et déambulation.

Rencontre avec Mr J. : Nous allons à sa rencontre après l'heure du goûter. Mr J. est alors installé dans un fauteuil du coin salon. Il est assis bien au fond de son siège et semble scruter les environs, dans l'attente de quelque chose, le regard inexpressif. Lorsque nous nous approchons pour lui serrer la main, il les prend et son visage s'éclaire d'un large sourire. Nous lui expliquons que nous reviendrons la semaine suivante pour observer ses possibilités. Il se décrit alors comme capable de rien mais accepte tout de même d'essayer. Il m'est parfois difficile de savoir s'il s'agit de traits d'humour car il peut parler de ses incapacités dans un sourire sincère. Cependant, lorsque l'on rit, son visage se ferme et, en haussant le ton, nous fait comprendre que ce n'est pas drôle.

Autonomie - transferts : Il est autonome dans la marche et les transferts. En ce qui concerne la toilette, elle doit être accompagnée pour être complète.

Motricité :

- Tonus global : Mr J. présente une hypertonie générale. Toutefois, il sait réguler son tonus pour s'adapter à la tâche à effectuer : taper sur la table avec un stylo doucement ou fort par exemple.

- Marche et équilibre : Il démontre des difficultés d'initiation motrice que ce soit pour la marche ou pour se lever. Même si la position est bonne (pied légèrement en arrière, buste penché en avant), il semble éprouver des difficultés à pousser sur ses jambes pour se relever.

Son équilibre bipodal est bon mais il se rassure avec un appui fixe à proximité si un déséquilibre doit se faire sentir. En ce qui concerne l'équilibre unipodal, il est plus dur à effectuer sur le pied gauche, l'autre pied ne quittant le sol que de quelques centimètres. Comme il se penche en avant, l'aide de deux appuis fixes est nécessaire.

Pour la marche, Mr J. effectue de petits pas trainants (longueur et hauteur du pas faibles) puis progressivement, ses pas peuvent se délier. Cependant, il semble rapidement se fatiguer et apprécie pouvoir se tenir à la rampe. Il déclare avoir peur de tomber au quotidien. Il s'arrête parfois lorsque la couleur ou le revêtement du sol changent.

- **Motricité globale et coordinations** : Mr J. shoote dans le ballon en position assise facilement, d'un pied comme de l'autre, même s'il montre une préférence pour l'action du pied droit. Il se montre également à l'aise pour rattraper le ballon avec l'aide d'une ou deux mains.

- **Motricité fine** : Lors des épreuves de pianotage et d'opposition pouce-autres doigts, des difficultés de déliements digitaux sont visibles, la réussite à cette tâche lui demandant une grande concentration. Toutefois, nous remarquons que ces actions sont effectuées plus spontanément de la main gauche.

Schéma corporel : Mr J. démontre une bonne connaissance de son corps puisqu'il parvient au meilleur score aux somatognosies. Sans aucune consigne, il associe même chacune à des représentations symboliques qui lui parlent : par exemple, les doigts peuvent former un pistolet.

Latéralité : Mr J. démontre une latéralité dominante à droite (utilisation préférentielle pour toute action des membres supérieurs et inférieurs.) Nous notons cependant qu'il confond sa droite et sa gauche, malgré nos explications et moyens mnémotechniques.

Sensorialité :

- Vue : il possède des lunettes.
- Ouïe : il entend bien
- Toucher : il démontre une reconnaissance correcte au toucher.
- Goût et odorat, n'ont pas été évalués.

Capacités cognitives :

- **Mémoire** : Lors du rappel immédiat, Mr J. rappelle les mots sans soucis et les répète plusieurs fois pour nous montrer qu'il les a bien entendus. Cependant, lors du rappel différé, aucun mot n'est retrouvé. En ce qui concerne la mémoire des mouvements, il retrouve seulement un mouvement des bras sur les quatre proposés. Ni l'indigage, ni la reconnaissance n'amènent au rappel, prouvant qu'il ne s'agit pas d'une difficulté de récupération en mémoire mais de consolidation.

Gnosies : Il reconnaît visuellement les objets réels ou représentés, mais éprouve des difficultés à montrer comment il se sert des objets alors que ces actions sont

effectuées au quotidien de manière automatique. Si une autre personne produit l'action, il la reconnaît. Il semble donc que ce soit l'action sur consigne qui pose problème soit à cause des difficultés de compréhension observées tout au long du bilan, soit par la prise de conscience des différents mouvements à effectuer pour faire l'action. Enfin, la reconnaissance des objets est compliquée lorsqu'ils présentent une ou plusieurs caractéristiques différentes de ce qu'il connaît (forme inhabituelle d'une cuillère par exemple).

- **Symbolisme** : Mr J. mime en l'absence de l'objet et met du sens aux mouvements sans signification particulière. Par exemple, à un mouvement des mains à imiter, il affirmera : « ça, c'est quand on fait la grève ».

- **Emotion** : Sa parole ne correspond pas toujours à ses expressions faciales. Il peut montrer un débit rapide et énergique de parole montrant un énervement mais parler avec un grand sourire, donnant l'impression qu'il s'agit d'humour sans que cela en soit. Toutefois, il reconnaît bien l'émotion sur le visage de l'autre.

Langage : Mr J. démontre un langage désinhibé, il dit ce qu'il pense sans retenue. Il se montre impulsif et coupe la parole. Ses phrases sont structurées et compréhensibles.

Repères spatio-temporaux :

- **Au niveau temporel** : Il reproduit facilement les rythmes dans une cadence plus rapide, montrant là aussi son impulsivité. A plusieurs de nos rencontres, il dit attendre quelque chose sans savoir quoi. Il se repère peu dans la journée et la semaine : alors que les séances de bilan ont lieu après le goûter (entre 16h30 et 17h), il dit être le matin, et il compte 12 jours dans la semaine.

- **Au niveau spatial** : Les notions sont globalement comprises et applicables (devant, derrière, haut, bas mais non gauche et droite qu'il confond.) Le repérage spatial (lieu, trajet) est difficile, il ne repère ni sa chambre, ni les ascenseurs qu'il prend pourtant pour se rendre en salle restaurant. La division de l'espace n'est pas accessible (il met 3 barres sur la ligne à diviser en 3 parties, en faisant 4 parties.)

Conclusion :

Mr J. est assez autonome dans les actes du quotidien. Il est inquiet face aux capacités qu'il semble perdre, cela entraînant l'apparition de traits dépressifs. Il

peut exprimer ses pensées, ses besoins même si cela peut s'avérer déroutant, ses mots n'étant pas toujours en lien avec l'expression corporelle démontrée (détendu et souriant alors qu'il parle de colère par exemple.) Enfin, Mr J. montre une désorientation temporo-spatiale, pouvant être mis en lien avec ses difficultés de mémorisation : il ne retient pas le chemin qu'il a pris quelques minutes auparavant. Le manque de ces appuis fixes, les troubles des fonctions exécutives dus à sa pathologie frontale et les difficultés de compréhension qu'il démontre parfois font que se développe une angoisse importante qui peut provoquer l'apparition de comportements agressifs.

Projet thérapeutique :

Le travail autour du rythme semble indiqué pour Mr J. lors d'un groupe musique rassemblant 4 personnes : Mme S., Mme D., Mme R. et Mr J.

La participation à ce groupe lui permettrait :

- de retrouver des repères spatio-temporaux par le cadre fixe d'une séance tous les jeudis jusqu'à la fin du mois de mai entre 16h15 et 17h15, soit 1h par semaine, dans la salle d'arts plastiques au 2^{ème} étage (là où sa chambre est située). Cet horaire n'a pas été choisi au hasard car nous savons que c'est à ce moment-là de la journée, entre le goûter et le souper, que les angoisses de Mr J. apparaissent le plus souvent. Ce groupe permettra de le solliciter et de l'apaiser lors de ce moment difficile, qui plus est par une activité qu'il apprécie puisqu'il a fait du violon étant jeune. Le rythme est ce qui permet de prendre des repères (« je sais que je vais en séance le jeudi après-midi par la répétition de ce phénomène »), de visiter les notions de durée et succession, mais aussi ce qui permet la fluidité des mouvements en situant dans chaque mouvement un avant, un pendant et un après. La prise de conscience du geste en cours, l'anticipation du suivant et le travail de régulation tonique permis par la production musicale donneront alors à Mr J. les moyens de garder une capacité d'actions fluides et autonomes nécessaires par exemple à la marche et à la prise du repas.

Par des exercices de percussion corporelle, nous favoriserons la sauvegarde de son schéma corporel, correct aujourd'hui. Il nous servira de base pour explorer progressivement l'espace extérieur : de soi vers une ouverture de l'espace de plus en plus large, en observant les repères qu'il est capable de prendre pour ne pas se sentir démuni, perdu ou en lui donnant les moyens d'en prendre. Par la répétition rythmique et l'utilisation de la mémoire corporelle (qui, rappelons-le, constitue le dernier ancrage à l'espace-temps des personnes présentant un TNC majeur), ces

repères devront inconsciemment prendre racine et rassurer Mr J. lors de ses déambulations dans les couloirs de l'étage. Cette mémoire corporelle saura être également utilisée en séance afin d'en définir les différents temps : bien assis au fond de sa chaise durant l'écoute, posture plus active lors des phases de production musicale.

- Nous apporterons à Mr J. la possibilité de découvrir, sentir et créer selon sa personnalité et son humeur. Ceci sera autorisé grâce aux larges palettes de nuances proposées et qu'il pourra proposer entre, par exemple, rythmes lents/rapides, sons forts/faibles ou encore tensions corporelles hautes/basses, lui permettant de sortir des schémas qu'il maîtrise pour en expérimenter d'autres qui pourraient lui être utiles au quotidien afin de ne pas se sentir agressé par des changements imprévus. Cela l'aidera à adapter son expression face à l'équipe soignante et aux autres résidents (sortir de l'ambivalence joie/colère, tension faible/élevée pour découvrir des expressions plus nuancées).

- Ce travail rythmique sera également basé sur la capacité d'attention aux propositions des autres participants et d'adaptation à celles-ci. L'intérêt du groupe se situe ici : « J'accepte que l'autre soit différent de moi dans son identité et ses besoins ». Si nous chercherons à le valoriser en tant qu'individu composant le groupe, il est fondamental qu'il puisse écouter les demandes d'autrui sans prendre leur place par des comportements exubérants, et les respecter autant que l'on respecte les siennes, avec patience et bienveillance.

Se situer au sein d'un groupe a cela de rassurant que l'on peut s'appuyer sur les propositions des autres, évaluer nos points communs et discuter de nos divergences, développant la confiance permettant de se laisser aller à la créativité et aux ressentis.

L'adaptation et l'acceptation des différences interindividuelles pourront être évaluées par la diminution de ses comportements dérangeants au quotidien.

- Comme énoncé dans la conclusion, il arrive que les émotions évoquées par Mr J. ne s'accordent pas avec ce que son corps exprime. Par la mise en mots des émotions provoquées par les musiques écoutées ou jouées, nous l'aiderons à comprendre ses ressentis, ce qui lui est parfois impossible (il peut dire qu'il est énervé sans pouvoir en exprimer la raison par exemple). Les évoquer et comprendre les situations qui les provoquent pour mieux les intégrer dans la psyché

permettront progressivement à Mr J. de diminuer cette dissociation et les réactions impulsives qu'il peut démontrer face à des situations inconnues. Nous porterons donc une attention particulière aux signes prouvant l'évolution vers une harmonie corporopsychique. Cet équilibre retrouvé offrira un caractère rassurant car ses réactions pourront être mieux comprises par les aidants mais aussi par lui-même.

III - La place du rythme dans le groupe Musique.

a) Mise en place du groupe Musique.

L'idée de ce groupe me vient de mon intérêt pour la musique. En ayant pratiqué de la flûte traversière, c'est une médiation qui me parle et que j'espère pouvoir amener dans ma pratique professionnelle. J'ai pu observer que la musique peut constituer une médiation tremplin de l'entrée en relation car peu de personnes y sont insensibles. Aussi, les personnes âgées auxquelles j'ai proposé de participer suite à leur bilan ont toute une affection particulière pour la musique soit qu'elles en avaient faits comme c'est le cas de Mr J. et Mme R. ou appréciaient en écouter. L'autre point commun qu'ils partagent est la présence de TPC consécutifs à la présence d'un TNC majeur. La musique, et notamment le rythme qui sera au cœur de cet atelier, peut amener à les apaiser et à explorer d'autres moyens de communication que l'apathie ou l'agitation par l'appréhension d'un même objet d'investissement. Cette rencontre cherche à amener le plaisir d'être et d'agir dans un cadre de bienveillance valorisante bien établi. Si je n'oublie pas que le groupe est porteur d'une identité qui lui est propre, je tiens à signifier que son unicité est permise parce qu'il est constitué de quatre personnes bien identifiées de tous. Chacun pourra partir à la (re)découverte de ses rythmes lors d'une prise de conscience de soi et différents temps de verbalisation. Cet atelier a également comme objectif de leur permettre de développer une plus grande tolérance face à la nouveauté (qui provoque actuellement chez eux des TPC) que les propositions viennent de moi ou des autres participants. Quel qu'en soit leur provenance, elles sont la marque d'une singularité et de besoins différents des siens mais tout aussi importants dans la vie du groupe.

Ces quatre résidents seront amenés à se retrouver 1h par semaine de mi-décembre à fin mai dans la salle d'activités manuelles du 2^{ème} étage. Ce rythme constitue un repère favorisant l'appréhension de la continuité spatio-temporelle pour les participants. Sa continuité permet également aux équipes des étages d'adapter l'accompagnement aux changes pour que les personnes concernées

soient prêtes l'heure venue. La mise en place de cette habitude n'a pourtant pas été simple. Bien qu'ayant annoncé ce projet de groupe avec ma maître de stage en réunion d'équipe, j'ai éprouvé des difficultés à faire respecter ce temps : les personnes étaient encore au lit ou le goûter n'était pas servi lorsque je venais à leur rencontre. De plus, à peine commencé, les deux semaines de vacances de Noël ont pu avoir raison de cette mise en place, les équipes d'étage ne sachant plus quand je venais. Enfin, les quatre personnes acceptaient rarement toutes de venir d'une semaine à l'autre. Cela peut prêter à confusion : le groupe leur est-il proposé à chaque fois ? J'aurais certainement dû insister sur la fréquence des séances et les personnes pour lesquelles le groupe était proposé.

b) Déroulement des séances.

Dans un premier temps, Lucie m'a accompagné dans la création du projet et les premières séances. J'ai pu réfléchir avec elle à la structure rythmique et spatiale des séances : comment l'organise-t-on ? En quel lieu ? Proposons-nous une ou plusieurs activités successives ? Sa présence m'a également permis d'assurer la mise en place du groupe en offrant un cadre plus sécurisant aux personnes accueillies grâce à la présence d'une psychomotricienne diplômée. Elle a pu m'apporter son expérience d'un début de groupe que je n'avais jamais exploré.

Tout d'abord, nous invitons les quatre résidents à se joindre au groupe s'ils sont disponibles. Mr J. accepte une semaine sur deux environ car il dit attendre que quelqu'un vienne le chercher : ses enfants ou des jeunes à qui il dit donner des cours. Une fois tous autour de la table, nous commençons par un temps d'écoute musicale. Par ce rituel, je souhaite offrir un repère signifiant du début de la rencontre. Ce temps amène chacun à exprimer des émotions auxquelles nous cherchons à mettre du sens et je m'attache à développer les représentations que la musique a pu faire apparaître. Cette mise en disponibilité favorise l'acquisition d'un sentiment commun de confiance, d'enveloppe groupale sécurisante et ouvre donc au désir de dialoguer. Ensuite vient un temps centré sur le rythme plus actif grâce à l'utilisation d'instruments de percussion. Ils sont employés d'une séance à l'autre de différentes manières : exploration des possibilités instrumentales, travail sur la vitesse et l'intensité, donner un rythme aux différentes émotions, suivre le rythme proposé par l'un des membres,... C'est un espace d'expression des résidents, de décharge motrice parfois et d'éveil de ses capacités motrices. Les personnes accueillies dans ce groupe ont souvent une représentation dépréciée de

leurs capacités. La musique peut réveiller des acquisitions anciennes stockées en mémoire procédurale, permettant une revalorisation. Enfin, le travail du rythme vient inscrire la perception de l'individualité par la démonstration de ses envies différentes de celles des autres. Par exemple, Mr J. joue toujours des rythmes rapides et forts alors qu'au contraire, Mme R. tapote le tambour du bout des doigts, dans un son très doux. Nous finissons ce temps rythmique par la recherche d'un rythme commun conduisant à l'illusion groupale, renforçant le sentiment d'appartenance au groupe. Pour ces personnes en recherche de reconnaissance, ce temps démontre que malgré l'apparence d'être indifférenciés des autres, elles ne perdent toutefois pas leur identité propre. Le renforcement des liens entre les membres à ce moment-là permet de glisser vers le temps suivant, celui du chant pour lequel une grande bienveillance est demandée. Tout en gardant la notion de rythme commun, le chant permet de travailler sur la posture : le redressement projette la voix plus loin que le repli sur soi. Enfin, nous revenons à un temps d'écoute. Ce dernier forme un sas rituel entre le groupe et le retour à soi, ses sensations, son vécu de la séance. Il vise à l'apaisement et la détente après la mise en corps provoquée par l'action musicale. Après un moment d'échange, chacun repart vers la salle à manger de son étage ou en direction de sa chambre.

Je tiens à ce que le rythme de ces différents temps reste identique au cours de l'année car la répétition favorise l'orientation temporelle, l'anticipation offrant une sécurité interne suffisante pour s'essayer à explorer l'inconnu, d'où l'intérêt selon moi des rituels. Toutefois, il me semble primordial de varier les activités au sein de chaque temps toutes les une à deux semaines en restant ouverte à leurs propositions spontanées afin de favoriser le plaisir d'agir avec leur corps.

Cependant, je me suis aperçue qu'attraper les idées au vol n'est pas chose aisée, surtout lorsque je suis concentrée sur le bon déroulement de ma séance. A avoir peur que les participants éprouvent de l'ennui, je comble, me rendant à l'inverse de ce que je souhaitais, moins disponible et à l'écoute de leurs envies. J'ai donc dû en premier lieu accepter moi aussi l'idée qu'un inconnu puisse surgir, ce qui a à plusieurs reprises eu raison du cadre que je souhaitais instaurer : le temps de chant a parfois été écourté à cause des nombreuses propositions faites autour des instruments de percussion. Mais n'est-ce pas cela être à l'écoute du rythme du groupe ? Il n'est pas qu'au groupe de s'adapter aux choix du psychomotricien mais son cadre doit également être assez flexible pour accepter ces modifications sans céder complètement.

c) Evolution après 2mois de groupe.

Au sein de l'institution tout d'abord, le groupe a pris de la valeur aux yeux des équipes de soins. Etant en réunion, je n'ai pas dérangé les AS et AMP pour m'aider à installer Mme S. dans son fauteuil. J'ai alors accompagné le reste du groupe jusqu'au lieu convenu. A peine 5 minutes plus tard, une AMP arrive avec Mme S. en s'excusant du retard.

Après quelques séances effectuées avec Lucie, elle m'a laissé mener le groupe seule, venant seulement en début et fin afin de m'aider dans la mise en place et le retour des résidents. Après un point sur les deux premiers mois de groupe, voici ce qui m'est apparu. Si le petit nombre de participant doit rester de mise afin de permettre la reconnaissance de chacun, la valorisation et les échanges, le groupe s'est ouvert à Mr I. Cette décision permit au groupe de se dérouler de manière plus régulière avec au moins deux participants. Toutefois cette régularité n'a pas l'impact escompté sur la possibilité d'anticipation recherchée. Le groupe est toujours dans l'attente de la suite et ne semble pas associer le temps d'écoute musicale à la fin de séance. Si cela n'est pas conscient, ce temps rituel par son invariabilité m'a permis de comparer leur réaction dans le temps et j'ai alors constaté des changements. Par exemple, les premières séances, Mme R. ne cessaient de parler bien que nous ayons pu lui dire d'attendre la fin de la musique pour partager son ressenti. Lorsque Mr I. nous a rejoint, c'est elle qui, sans que nous ayons eu besoin de lui rappeler, mit son doigt sur la bouche et lui souffla « chut », son regard intransigent plongé dans le sien. Quant à Mr J., les premières séances, il semblait perdu face à ce qui lui était demandé. Son regard n'avait de cesse de se balader d'un regard à l'autre à la recherche d'un signe quelconque. Aujourd'hui, il se plonge dans ses pensées, le visage tourné vers le sol. Aussi, suite à une proposition de leur part, le temps de rythme s'est élargi à l'instrument corporel mettant en avant le corps acteur de chacun et leur imagination tout en permettant le maintien du schéma corporel. J'ai également souhaité supprimer le temps de chant pour passer plus de temps sur les percussions puisqu'ils semblaient le demander.

Plus précisément pour Mr J., un évènement majeur est arrivé au cours de l'année. Suite à la détection d'un tassement vertébral provoqué par des chutes à répétition, il vient depuis fin février en fauteuil roulant. Il m'est impossible aujourd'hui d'évaluer l'impact que cela a pu avoir sur son comportement. Toujours

est-il que depuis cet évènement, sa présence au groupe est quasi-systématique. Les départs sont également bien plus aisés. Alors qu'avant, il lui était difficile de comprendre que la séance était finie malgré le rituel et le temps d'échange, il accepte maintenant d'attendre librement l'heure du dîner. Si je souhaiterais que cela soit dû au rythme régulier du groupe, je ne peux m'empêcher de penser que l'arrivée plus tardive de la nuit constitue également un facteur du changement. Toutefois sa participation au groupe montre un ralentissement de son rythme de base : auparavant, il frappait frénétiquement sur l'instrument et aujourd'hui, il signale aux autres qu'ils vont trop vite pour lui. Peut-être accepte-t-il plus facilement les temps de pause et donc l'attente avant le prochain repas ? Sa participation moins active lors du groupe pourrait aller dans ce sens, il ne cherche plus à combler le vide à tout prix. Au fur et à mesure des séances, j'observe aussi une plus grande facilité à exprimer ses émotions. Elles restent néanmoins encore en désaccord avec son langage corporel. Là où corps et psychisme s'expriment de manière similaire, c'est dans la manière de passer sans mesure d'une extrémité à l'autre. Cela signifie que Mr J. se dit soit très bien, soit en colère ou d'une tristesse sans nom. De la même façon, lors du passage d'un rythme lent à rapide et inversement, le mouvement de son bras passe de détendu à raide sans intermédiaire. Aujourd'hui, il refuse de taper sur les instruments, de peur de leur faire du mal. Il est donc présent par des frappes de ses mains sur la table, des bruits de bouche et la parole. Des modifications sont donc visibles mais il semblerait que ce groupe ne lui ait pas apporté assez d'outils pour l'aider à gérer ses angoisses au quotidien. Cette heure n'est certainement pas suffisante pour généraliser un réel apaisement, des actions devraient être réfléchies sur l'ensemble de l'institution.

Quant à moi, j'ai pu me sentir évoluer, ne pouvant plus compter sur l'appui d'un professionnel. J'ai pu apprendre à prendre mon temps durant la séance et à voir les temps de silence non plus comme des moments de vide mais comme des instants privilégiés de réflexion, d'intégration du vécu forts en échanges non verbaux. J'ai également réalisé que certains membres du groupe étaient très sensibles à mon état émotionnel et me le communiquaient de manière directe. Mr I. me dit alors plusieurs fois au cours d'une séance que j'avais peur de voir stagner : « et ensuite on fait quoi ? ». La séance suivante, j'ai bien préparé ma base d'activités et étais prête à toute remarque. Je n'en essuyais aucune. Cela était certainement plus contenant pour eux comme pour moi de savoir que si aucune idée ne leur venait, il pourrait se passer quelque chose. Enfin, je me suis

questionnée sur la place des rituels car même s'ils m'ont permis d'observer une évolution dans le comportement des participants, ma crainte de l'ennui ne m'a jamais quitté. Je me basais sur mon appréciation du plaisir qu'ils semblaient démontré lors des écoutes pour me rassurer. Toutefois, de manière générale, les rituels ont-ils leur place dans le cadre de rencontres hebdomadaires¹²⁴ ?

IV - La place du rythme dans le cadre en psychomotricité.

a) Définition et fonctions du cadre

Comme nous l'avons vu, un cadre doit être souple mais demeurer présent. C'est, selon C. Ballouard, « un cadre contenant, [...] ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître »¹²⁵.

J. Bonange décrit au cadre deux niveaux : un physique et un psychique¹²⁶.

Le premier est constitué de l'établissement des horaires, de la fréquence, de la durée formant le cadre temporel ainsi que du lieu, du matériel, des médiations utilisées, et des conditions d'encadrement (seul ou en cothérapie).

Quant au second, il s'agit des théories sur lesquels s'appuie le thérapeute, ainsi que les quatre fonctions qu'il doit soutenir décrites par R. Kaës¹²⁷. Sa première fonction est la contenance : le cadre psychique permet aux processus psychiques de se dérouler en toute sécurité. Il est également limitant, c'est-à-dire qu'il offre un espace de différenciation entre son propre espace corporopsychique et l'extérieur. Son troisième rôle est symboligène en cela qu'il soutient la symbolisation. Puis il est transitionnel, il ouvre un espace paradoxal d'échange entre subjectivité et observation objective.

Le cadre faisant partie intégrante du projet thérapeutique, il est réfléchi en amont de la mise en place des séances. Toutefois, il est susceptible de varier en suivant l'évolution de la prise en charge. Cette quasi-constance établit des limites, frustrant la toute-puissance de ses participants. Au lieu d'être un frein à la créativité, ces bornes sont source de sécurité et de disponibilité face à ses sensations. Elles posent également les limites temporo-spatiales de la séance.

¹²⁴ Cf. troisième partie, IV - b) p.70.

¹²⁵ Ballouard, C. 2011, p.145.

¹²⁶ Bonange, J. 2013, p. 55-56.

¹²⁷ Blossier, P. 2002, p.31.

b) Le rythme, structure du cadre.

Bien qu'effectuant un groupe avec des personnes présentant un trouble neurocognitif majeur parfois avancé où les liens temporels ne sont plus réalisés, il me semble qu'à force de répétition, l'anticipation d'un prochain rendez-vous est devenue tangible¹²⁸. D'après R. Caron et K. Herlant-Hémar, chez ces personnes, l'inconscient interfère sur la chronologie des faits actuels¹²⁹ impactant de façon importante les liens logiques dont le lien à soi et à l'autre. Un des rôles du psychomotricien est alors de se proposer comme étayant du maintien des repères temporels à l'origine d'un sentiment d'existence de soi¹³⁰ et de lien à autrui. C'est pourquoi il est essentiel, même si l'anticipation n'est pas toujours palpable, de persister à maintenir un cadre horaire constant. Tout comme la définition que Nietzsche nous donnait du rythme¹³¹, H. Gassie et M. Rodriguez parle du temps de l'éternel retour¹³². Selon eux, ce rythme immuable est à l'origine non seulement de l'anticipation mais également de l'organisation des contenants de pensée. De la rupture, la répétition permet d'accéder à un sentiment de continuité d'une séance à l'autre nécessaire à la construction psychique des individus¹³³. Elle constitue le socle essentiel à l'émergence du sens¹³⁴.

Cette nécessité de stabilité est valable autant dans l'intervalle de temps entre les retrouvailles qu'au sein de ces dernières. Les rituels, généralement placés en début ou fin de séance, font place d'activités structurantes de cette continuité en cela qu'ils indiquent aux participants l'instant du commencement, la finalité et le retour prochain.

Le rituel est, selon J. Maisonneuve « un système codifié de pratiques, sous certaines conditions de lieux et de temps, ayant un sens vécu et une valeur symbolique pour ses acteurs et ses témoins, impliquant la mise en jeu du corps et un certain rapport au sacré »¹³⁵. C'est sa régularité, codée autant dans les gestes que les paroles, qui forme les règles et repères sur lesquels peuvent s'appuyer les participants. Les contraintes que le rituel met en place sont peu à peu tolérées et

¹²⁸ Cf. Troisième partie, III - c) p.67.

¹²⁹ Caron, R. et Herlant-Hémar K. 2012, p.229-243.

¹³⁰ Pijulet, A. 1999, p.36.

¹³¹ Cf. Première partie, I - p.70.

¹³² Heure et jour fixes évoquent un cadre stable et prévisible.

Gassie, H. et Rodriguez, M. 1995, p.16-28.

¹³³ Rodriguez, M. 1995, p.4-14.

¹³⁴ Marcelli, D. 1986, p.403-440.

¹³⁵ Récupéré le 01/02/15 sur le site de Sandrine Thomas :

www.ac-grenoble.fr/ia26.pedagogie/.../PVPP_2013_musique_et_arts.pdf

respectées de tous car elles offrent la sécurité nécessaire à l'expérimentation, allant dans le sens d'une réduction des TPC. Les rituels, en plus de leur fonction de sas, définissent un espace d'autonomisation et de socialisation car ils offrent la possibilité à chacun des membres de se rencontrer dans une adaptation de leurs rythmes propres vers ceux du groupe qui, à son tour, doit s'ajuster.

La répétition assure la stabilité du cadre qui devient facteur de réassurance pour la personne. A partir de là, la nouveauté peut voir le jour, déstabilise sans apporter l'apparition de TPC car la personne se sent suffisamment contenue pour y faire face.

La répétition est donc favorisée dans la thérapie qui reste toutefois mobile car la fixation pétrifie et n'est plus porteuse de sens. L'interprétation du langage corporel par le psychomotricien vient là apporter de la nouveauté, entraînant des moments de surprise partagée relançant l'élaboration psychique du groupe et des personnes qui le constituent. Le rituel apporte la sécurité physique et psychique de la séance par sa présence constante ; son contenu, lui, peut être modifié tant qu'il reste reconnaissable¹³⁶.

Le rythme comme facteur primordial du cadre pose les limites temporelles dans lesquelles les séances prennent lieu. Grâce à l'anticipation et la sécurité tant externe qu'interne qu'il produit, les personnes âgées sont plus disponibles à la découverte de sensations, d'émotions et de leur mise en mots. L'angoisse, elle, s'évanouit pour laisser place à un temps de revalorisation de soi et d'ouverture sur l'extérieur.

V - Le rythme comme médiation en psychomotricité.

Un autre point constitutif du cadre est le choix de la médiation. Dans le groupe que j'ai pu présenter ci-dessus, j'ai choisi la musique, et plus précisément le rythme. Cela a pour but que les personnes prennent le temps d'apprécier leurs rythmes propres et acceptent d'en modifier quelques tenants afin de s'ajuster à ceux des autres, soignants ou résidents, sans craindre de perdre leur identité. Ce groupe doit également leur offrir les repères nécessaires au maintien de l'organisation temporelle (avant-maintenant-ensuite, notion de durée...). Enfin, cette médiation constitue le support de l'alternance entre deux pôles opposés et la composition d'une palette élargie entre ces extrémités. Je l'ai notamment observé avec Mr J. qui passait rapidement de son niveau tonique de base à une forte

¹³⁶ Ibid.

hypertonie en cas d'accélération du rythme à frapper : son bras devenait raide et cette tension se diffusait au reste du corps qui en devenait presque figé. La prise de conscience de ce phénomène est un organisateur psychique et sensorimoteur fondamental car la différenciation qu'elle met en place est nécessaire dans toutes nos activités¹³⁷.

Le repérage de cette alternance permet l'intégration de concepts essentiels à la construction de l'organisation temporelle : l'intervalle, la succession et la durée. La médiation rythme par l'utilisation active d'instruments de musique amène de manière dynamique à l'observation de ces différentes notions organisatrices du temps. Elle donne des outils pour lier des temps d'apparence indépendants, offrant la possibilité d'anticiper le temps suivant. A l'inverse, la créativité qu'elle permet donne l'occasion d'agir sans réfléchir à l'avance à son aboutissement¹³⁸. Dans un cadre très ritualisé, la créativité confronte la personne à la nouveauté non maîtrisée où l'anticipation est impossible. Elle vit, tout comme la sensation, dans le présent, nous liant à notre temps subjectif établi sur la base de la conscience corporelle¹³⁹.

Ce temps personnel, appelé aussi tempo spontané, dont l'individu a besoin doit être connu afin de structurer ses activités psychomotrices dans un ajustement mutuel avec son environnement. Dans le cas où il ne le connaîtrait pas, il risque de se situer dans le refus de peur de perdre son intégrité dans une adaptation trop grande à l'autre. D'après M. Celtan, ce rythme comporte trois caractéristiques : il est constant pour une personne donnée, différent d'un individu à l'autre bien que se situant toujours entre 40 et 300 frappes par minute¹⁴⁰. Un travail de prise de conscience de son rythme effectué par l'approche de la respiration, la marche, la réalisation d'actes moteurs permet d'être à l'écoute de ses rythmes pour utiliser avec soin ses propres ressources.

A son rythme, la personne peut alors apprendre à organiser ses mouvements en geste et les adapter à la situation. C'est l'enchaînement fluide des temps grâce à une bonne structuration rythmique qui donne au mouvement son unité, un ensemble harmonieusement articulé. Quant au rythme musical, c'est grâce à ses temps forts facilement perceptibles qu'il organise la motricité. Si l'accentuation constitue d'abord un repère, il produit également des effets allant dans le sens

¹³⁷ Récupéré le 07/10/14 du site de l'IFP de la Pitié-Salpêtrière : <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/danseth/POLY.Chp.5.3.html>

¹³⁸ Levi-Strauss, C. 1973.

¹³⁹ Haensel, M. 1995, p.56-64.

¹⁴⁰ Celtan, M. 2002, p.118-120.

d'une élévation tonique¹⁴¹. Alors que Mr J. éprouve des difficultés à débiter sa marche, le fait de lui scander un rythme l'aide à se redresser et à retrouver la possibilité d'élever ses jambes l'une après l'autre pour avancer. Lorsque le rythme d'un geste est automatisé, l'esprit est libéré de sa fonction d'organisateur. Il peut alors s'intéresser à d'autres évènements, pensées ou modifier la qualité du mouvement en cours comme nous le faisons lors de séances d'expressivité du corps. Dans le cadre du mouvement, le rythme s'associe à l'espace : mouvement respiratoire, battement de la mesure,... Ensemble, espace et temps permettent la coordination mais aussi l'expression et la communication du corps. Les variations tonico-motrices qu'ils engendrent sont à l'origine de la perception de la différenciation, amenant elle-même à une réorganisation de la conscience de soi et de ses représentations (dans quelle qualité de mouvement je me situe ainsi que les autres, quelle image cela m'amène-t-il ?). Le rythme est donc porteur de symbolisation.

Une autre de ses vertus est d'aborder le domaine émotionnel car jouer comme écouter de la musique réveille de nombreuses émotions. Le choix musical est alors très important. Une chanson peut réduire les tensions internes et externes (le niveau tonique diminuant également) ou à l'inverse, provoquer une grande violence psychique¹⁴². Dans le groupe, les temps d'écoute musicale permettent à Mr J. d'exprimer ses ressentis et nous discutons de l'association ou dissociation observée avec son expression corporelle dont il n'a pas toujours conscience. Par l'élaboration permise par la répétition d'une émotion discutée avec le psychomotricien, la personne peut progressivement comprendre les causes de cet état émotionnel dans des situations similaires, et donc réagir de manière moins impulsive.

Après avoir repéré ce que le rythme provoque en soi, le travail des percussions va favoriser l'écoute de l'autre, différent de moi comme je peux l'entendre par son rythme et son intensité de frappe qui sont plus ou moins éloignés des miens. Après avoir repéré ces différences, la personne pourra tenter de s'adapter à ce temps subjectif différent. La synchronisation à un rythme commun constitue, selon A. Lauras-Petit¹⁴³, l'une des bases de l'accès à l'intersubjectivité et donc à la socialisation. En effet, il est présent dans diverses activités sociales où il joue l'agent mimétique donnant l'illusion d'une unité groupale : rythme de marche, cadence des gestes industriels,...

¹⁴¹ Julien, J. 2014, p.59.

¹⁴² Demoures, G. et Strubel, D. 2006, p.109.

¹⁴³ Lauras-Petit, A. 2009, p.105-126.

Le rythme, et plus largement la musique, permettent donc d'établir une communication non verbale avec la personne.

Son pouvoir est d'autant plus important que la musique reste attachée à la mémoire émotionnelle, elle-même présente jusqu'à la fin de vie des personnes atteintes d'un TNC majeur¹⁴⁴.

En résumé, la médiation rythme, utilisée en psychomotricité, possède plusieurs intérêts. Elle permet de visiter l'organisation du geste, les coordinations, la régulation tonique, d'apporter une aide à l'expression, la représentation, la communication ainsi qu'à amener des repères sur l'organisation temporelle en lien avec l'espace. Pour cela, le psychomotricien a plusieurs portes d'accès : la respiration, la conscience du déroulement d'un geste, la marche ou le dialogue sont des activités où le rythme est invité à s'exprimer.

VI - Apport du psychomotricien dans la prévention : réflexion autour de l'importance des rythmes.

Comme j'ai pu le présenter plus tôt, les psychomotriciennes jouent dans l'établissement un rôle de prévention auprès des autres membres de l'équipe. Si cela concerne en premier lieu la manutention, elles peuvent également apporter une réflexion sur l'adaptation de leurs actions pour favoriser le bien-être des personnes âgées et donc la réduction de l'apparition de TPC. Par ces compétences, le psychomotricien est habilité à apporter des outils au profit de toute l'équipe susceptibles de faciliter l'entrée en relation avec les personnes atteintes de TNC majeurs accueillies et le repérage temporel :

- Le psychomotricien élabore des systèmes de compensation suite à l'apparition de déficit d'orientation temporo-spatiale. Si l'existence de l'enfant s'inscrit peu à peu dans la ligne continue du temps venant structurer son psychisme, le socle temporel perd peu à peu son sens dans le TNC majeur en lien avec les difficultés mnésiques. L'ancrage temporel qui s'était établi se délie, ne laissant place qu'à un sentiment de discontinuité autant entre les événements vécus que dans sa propre sensation d'existence. La personne ne peut plus s'appuyer sur son passé et son futur pour s'ancrer sur la linéarité temporelle, elle vit donc une juxtaposition d'instantanés impossibles à mettre en lien. Tout devient

¹⁴⁴ Demoures, G. et Strubel, D. 2006, p.109.

perte car aucun retour n'est prévisible ni forcément identique¹⁴⁵. Ainsi, des personnes rencontrées plus tôt dans la journée peuvent ne pas être reconnues car rien n'indique qu'elles soient les mêmes.

Sans notion de temps, l'attente devient également difficile à supporter : pas tout de suite, quand cela signifie-t-il ?

S'attacher à assurer des activités autour du rythme, c'est offrir aux résidents un moyen de renouer les trois instances temporelles que sont le passé, le présent et le futur. D'autres animations permettent de maintenir des repères temporo-spatiaux : l'exploration sensorielle, la lecture des actualités, etc. Tout autre activité peut subvenir à ce maintien grâce à la mise en place de rituels en début et fin de séance ou en décrivant les différents temps de l'activité.

Au-delà des activités, le psychomotricien peut conseiller à l'équipe de l'institution quelques aménagements. Des agendas peuvent être mis en place dans chaque chambre afin que la personne puisse anticiper ses rendez-vous, les activités qui l'intéressent, les temps de repas et les moments libres sur la journée ou la semaine. E. Mottin¹⁴⁶ affirme que ce système visuel réduit l'agitation et l'angoisse pour favoriser la participation à la vie du groupe. L'attente, quant à elle, est permise par la présence d'horloges à l'heure. Si le soignant n'est pas disponible, il peut alors montrer à la personne quand elle pense pouvoir venir. Les horloges à cadran aiguille sont à privilégier car l'écoulement du temps est facilement visible. Un système de post-it peut être proposé pour indiquer la place des aiguilles lors de notre prochaine venue. Aussi, une division des actes quotidiens en succession d'étapes (présenter les vêtements dans l'ordre d'habillage) soutient le maintien de la notion de succession du temps. Enfin, pour faciliter le repérage des différents moments de la journée, il est possible de s'appuyer sur la mise en place de systèmes sensoriels. Par exemple, l'accentuation des odeurs dans le couloir indique l'approche du repas, une musique annonce une activité ou, comme il est coutume dans l'EHPAD dans lequel j'évolue, un repère visuel tel que la lumière du soleil permet de repérer les temps de jour et de nuit si la personne ne souhaite pas se lever.

Dans les stages que j'ai effectués, j'ai pu observer la mise en place de procédés de compensation comme ceux-ci. Cependant, ils étaient souvent rapidement abandonnés du fait que la personne oubliait qu'elle avait cet agenda ou qu'elle pouvait se fier à un son pour savoir ce qu'il se passait. La patience et la confiance

¹⁴⁵ Caron, R. et Herlant-Hémar K. 2012, p. 229-243.

¹⁴⁶ Mottin, E. 2011, p.29.

sont alors de mises selon J.D. Nasio pour qui l'expérience corporelle permet l'inscription en mémoire de « traces mnésiques » inconscientes¹⁴⁷ si elle est répétée. Ces traces constituent un système semblable à l'intuition face à des situations déjà rencontrées sans en garder de souvenir. La personne utilise donc ses connaissances sans en avoir conscience. Par exemple, Mr G. se perd régulièrement dans les couloirs, entrent dans les chambres des autres et est incapable d'indiquer où se trouve la sienne. Pourtant, lorsque, lors de notre première rencontre je lui demande de m'y amener, il s'engouffre dans le bon couloir et s'arrête, sans en être certain, devant la bonne porte.

- Adaptation des soins et des rythmes de la structure à ceux de la personne. Le psychomotricien a une qualité d'écoute accrue en ce qui concerne la communication non verbale et il porte son attention sur le bien-être des personnes qu'il rencontre. Les TPC observés peuvent être le signe d'une nécessité d'adaptation à la structure bien plus importante que ne peut le supporter la personne en crise identitaire. Comme nous l'avons évoqué précédemment¹⁴⁸, la personne doit trouver un équilibre entre ses rythmes personnels et ceux qui lui sont proposés pour se sentir en sécurité. Si le résident n'a pas conscience de ses rythmes, il est possible de lui proposer ceux de l'institution car ils sont fixés pour convenir aux rythmes sociaux habituellement établis.

Le psychomotricien, par sa connaissance de l'importance des rythmes individuels, apporte son éclairage au soignant qui éprouve des difficultés lors d'un accompagnement à la toilette par exemple. Ensemble, le soignant et le résident peuvent chercher un compromis entre les rythmes des deux protagonistes, un rythme relationnel qui leur sera propre (fréquence du regard, de la parole, vitesse du toucher, etc.), cela permet au soin de se dérouler dans la qualité de soin recherchée.

Pour maintenir une sécurité interne suffisante, l'institution doit être en mesure de laisser se poursuivre des habitudes de vie depuis longtemps établies en y intégrant à l'horaire convenu avec le résident les soins nécessaires. L'autonomie saura également être favorisée en gardant en tête que son rythme est différent du nôtre et encore modifié par le ralentissement de son fonctionnement cognitif dû au vieillissement. Pas plus d'une instruction doit être donnée à la fois et la personne

¹⁴⁷ Thiebaut, R. et Tordjman, M. 1999, p.18-25.

¹⁴⁸ Cf. Deuxième partie, IV - b) p.48-49.

doit avoir le temps de l'intégrer avant que le soignant fasse pour elle du fait du ralentissement cognitif.

- Entrée en relation et communication : La communication non verbale étant le mode privilégié d'interaction de la personne atteinte d'un TNC majeur, le psychomotricien pourra y sensibiliser les soignants car s'il est prépondérant, ce mode de communication est peu maîtrisé dans la vie quotidienne, les mouvements réalisés restant inconscients¹⁴⁹. Sachant cela, il amène le soignant à porter attention à la qualité de sa communication non verbale ainsi qu'à l'écoute des réponses données par le résident facilitant l'entrée en relation. Il me semble que la communication non verbale ne prend sens que dans la répétition. Plusieurs rencontres seront peut-être nécessaires pour se comprendre et se trouver en confiance face à l'autre. Cette entrée en contact conditionne la suite de la relation et les comportements à apparaître. C'est pour cela que les philosophies de soin décrites précédemment¹⁵⁰ se sont autant intéressées à la communication (regard, toucher, parole,...), s'approchant à plus d'un égard d'un domaine bien connu de notre profession.

Le contact pouvant être difficile à nouer, une réflexion pluridisciplinaire autour de principes simples peut être menée : il est important de démontrer un calme interne prouvant sa patience et son écoute attentive avec les résidents, puis de se rapprocher en parlant doucement. Enfin, la personne annonce d'une voix la plus posée possible les raisons de sa venue et décrit ce qu'elle fait en montrant qu'elle tient compte des réactions de la personne, de son ressenti. Si la succession de ces étapes donne l'impression à certains d'une perte de temps, elle assure la survenue d'une relation contenant pour les deux interlocuteurs.

Ainsi, le rythme est essentiel au développement psychomoteur de l'enfant en l'ouvrant à la relation. Dans le TNC majeur, la représentation de ce qui constituait les premiers contenants psychiques perd sens, amenant un sentiment de perte de maîtrise de son environnement et son lot d'angoisse¹⁵¹ à l'origine de TPC. Le psychomotricien peut apporter en EHPAD différentes stratégies facilitatrices du repérage temporel et contribuer à la création de relations entre l'équipe et les résidents porteuses d'un rythme conjoint à l'initiative de la personne âgée.

¹⁴⁹ Lefebvre A. 2013.

¹⁵⁰ Cf. Deuxième partie, III - b) et c) p.35-45.

¹⁵¹ Cf. Première partie, IV - p.17.

VII - Réflexions autour des rythmes en séance de psychomotricité avec Mr J.

Au-delà de la stabilité au sein de la séance apportée par les rituels, je me suis demandée si je devais modifier le contenu de mes séances chaque semaine ou garder les mêmes propositions plusieurs fois. Je pensais au départ que la répétition serait l'ennemie du renouvellement, qu'elle amènerait justement les personnes à s'ancrer dans une position invariante là où je souhaitais apporter de la tolérance au changement. Cependant, la psychomotricité cherche à amener la personne à se connaître : son corps, ses réactions,... Ces connaissances sont abordées grâce aux expériences que nous lui proposons de traverser. Elles restent toutefois superficielles, surtout avec les personnes atteintes de TNC majeur, si l'activité n'est pas proposée à plusieurs reprises. Pour Mr J., j'espérais l'aider à prendre conscience de ses émotions et lui apporter une autre manière de s'exprimer que par le biais de TPC. Je souhaitais également qu'il puisse prendre conscience de son rythme propre pour qu'il sache s'adapter à son environnement sans avoir le sentiment de se perdre lui-même. Par des modifications peut-être trop rapides au sein des séances, ces objectifs n'ont pu être atteints jusqu'à présent : des TPC sont toujours relevés par les soignants. Le questionnement répété durant plusieurs semaines ou la verbalisation de modifications auraient pu l'amener à élaborer quelque chose autour de ces questions. L'approfondissement d'une activité en psychomotricité lors de plusieurs séances permet l'apprentissage, la compréhension d'un phénomène et sa consolidation en mémoire avant de le généraliser en proposant d'autres activités du même ordre. Si cela se fait de manière consciente chez l'enfant, la personne âgée atteinte d'un TNC majeur a également la capacité de mémoriser comme nous l'a montré J-D. Nasio par le biais de traces mnésiques et de la mémoire émotionnelle. Le psychomotricien peut donc l'amener à repérer le sens de ses TPC et l'aider à s'ajuster aux différentes situations rencontrées.

Plusieurs séances auraient peut-être été bénéfiques pour aborder ces thèmes de manière semblable avec Mr J. afin qu'il puisse en retirer une conscience de lui-même plus importante au quotidien. Peut-être également qu'ayant divisée la séance en plusieurs temps d'activités, chacun d'eux est devenu trop court pour qu'il puisse intégrer ce qu'il s'y joue. Cependant, structurer ainsi l'heure de groupe me semble bienvenu avec ces résidents pour qui l'organisation temporelle est compromise. La division de ce temps facilite le repérage des notions d'ordre et de succession bien plus que l'évolution d'une même activité sur l'ensemble de la

séance. J'aurais également pu mettre en place un système visuel sur lequel ils auraient pu se fier pour savoir où nous en étions. Le cadre temporel doit donc être en capacité de s'adapter aux résidents rencontrés et à nos objectifs.

Si la répétition me paraît importante au sein de ce groupe, je dois faire attention à ce qu'elle ne devienne pas son seul mode de fonctionnement. Comme la théorie de D. Marcelli l'affirme, l'absence de surprise est à la base de la création d'une hyper anxiété face au changement¹⁵². Il nous revient d'apprécier les signes démontrant qu'une intégration psychique se fait, bien que la personne n'en ait pas toujours conscience, pour proposer une nouvelle activité lorsque le moment nous paraît opportun.

Du fait peut-être de la grande variabilité des activités proposées d'une séance à l'autre, malgré tout abordant les mêmes thématiques, je n'ai pu observer chez Mr J. aucun signe montrant une plus grande facilité à structurer le temps. Lors des séances, il me demande souvent : « et maintenant ? » bien que j'ai pu rappeler la structure de la rencontre avant de commencer. Bien que je verbalise régulièrement autour des notions de durée et de succession, il ne semble pas les associer à son quotidien, ne se repérant pas dans la journée. De plus, la littérature dit de la musique qu'elle offre beaucoup d'émotions et de représentations. Si les autres résidents ont pu me le prouver, notamment Mme R. qui les exprime dans de longues phrases poétiques, Mr J. a mis à mal cet objectif. Si j'étais contente d'observer une plus grande facilité à verbaliser son ressenti, je me suis ensuite aperçue qu'il s'accroche le plus souvent à celui des autres. Si Mme R. ou Mr I. disent avoir appréciés la musique, il aime également et inversement. Il lui arrive même d'énoncer clairement « tout pareil que Monsieur » alors que durant le temps d'écoute, son corps évoquait un tout autre sentiment. Il me semble important alors de continuer à l'amener, par mon observation, à comprendre la communication non verbale que son corps exprime pour qu'elle puisse être en accord avec sa verbalisation.

Cependant, j'observe une évolution sur différents axes abordés par la médiation rythme. Tout d'abord, Mr J. démontre une prise de conscience de son rythme personnel. Le fait qu'il puisse affirmer que Mr I. tape sur le tambourin bien trop vite d'après lui en est la preuve. L'écoute envers les différences des rythmes de chacun doit l'amener à s'adapter aux besoins des autres dans un ajustement mutuel. Il accepte, avec les instruments, de prendre le rythme commun que je leur

¹⁵² Cf. première partie, III - p.16.

propose et d'accélérer puis ralentir ensemble. Toutefois, son adaptabilité reste limitée car il préfère demander aux autres de faire à son rythme et refuse d'imiter les leurs. Peut-être que la stabilité d'une identité bien différenciée de celle de ses pairs reste fragile, bien qu'il puisse la ressentir dans la diversité des rythmes de base.

Ainsi, l'évolution de Mr J. rejoint bien les différents axes abordés par la médiation rythme.

Néanmoins, le rythme m'a permis de mener d'autres objectifs non évoqués par les références théoriques tels qu'un travail de maintien du schéma corporel grâce aux percussions corporelles et la valorisation narcissique par une médiation que Mr J. connaît bien. Affecté par la diminution de ses capacités, ce groupe vient montrer à Mr J. qu'il possède encore de nombreuses compétences qu'il peut utiliser dans les activités quotidiennes. Le rythme permet donc à ce monsieur de ne pas se figer dans un syndrome d'immobilisme.

Autres réflexions :

I - Les limites de la prise en compte des rythmes au quotidien.

Même si au départ, le respect des rythmes des personnes accueillies est présenté comme un fonctionnement idéal au sein de l'EHPAD, mes observations m'ont permis de constater que cela posait tout de même quelques difficultés avec les personnes montrant des TPC.

Dans certains cas, il est effectivement impossible de laisser ces rythmes s'exprimer totalement sous peine d'observer des décalages nycthémeraux auxquels l'établissement n'est pas préparé (volonté de se doucher au milieu de la nuit ou prendre son déjeuner). Il ne faut pas non plus oublier que l'organisme a besoin de la lumière du jour pour fonctionner. De plus, cela demanderait une autonomie que n'ont plus des personnes en stade sévère de TNC majeur à cause de l'altération mnésique à court terme. Les personnes ne sachant plus si elles ont mangé, se sont lavées risquent de le demander plusieurs fois dans la journée ou à l'inverse d'oublier de le faire. A l'inverse des TPC positifs, ceux qui se situent dans l'apathie risquent d'être oubliés car ne se manifestant pas, ils restent dans leur lit. C'est ainsi qu'une soignante est venue voir comment allait Mme F. à 14h. Cette dame était alors toujours en pyjama dans ses draps couverts de selles. Ces personnes peuvent alors se laisser vivre et s'oublier à l'inverse du maintien de leur identité si

cher au respect des rythmes propres. Les solliciter aux moments convenus par l'institution (toilette le matin, activités dans la journée, les repas, etc.) permet de s'assurer que tous les besoins physiologiques sont satisfaits, sans exagération pour éviter des problèmes de santé. De plus, si la personne doit pouvoir se sentir chez elle, il ne faut pas oublier que l'EHPAD reste une structure collective. Si cela peut être vécu comme une contrainte, elle permet par le maintien de la socialisation de se sentir exister pour quelqu'un et d'avoir une image de soi revalorisée rejoignant le besoin d'être aimé exprimé par la théorie de N. Feil¹⁵³, ce qui n'est pas possible si la personne vit en décalé.

Ainsi, si chez la majorité des résidents les rythmes suivent ceux de l'institution et peuvent s'exprimer en toute liberté, ils doivent chez d'autres être accompagnés.

Les rythmes proposés par l'institution posent un cadre fixe et rassurant qui permet l'accès à la régularité et donc aux notions d'ordre et de continuité. Chez des personnes qui éprouvent des difficultés d'orientation temporelle, la répétition va les amener à anticiper de manière consciente ou non la succession des événements, leur apportant un sentiment de maîtrise et de contrôle rassurant¹⁵⁴. La répétition permet de lier les différents temps entre eux et donc facilite le repérage de la journée. Aussi, si l'organisation est adaptée à chaque résident, il reste essentiel de proposer un rythme de base à tous, à l'origine de la création de liens sociaux ainsi que d'une routine assez sécurisante pour établir des temps dédiés à la découverte et l'inconnu.

Une autre organisation pourrait s'établir sur la présence de soignants référents. A ce jour, les soignants d'étage s'occupent des résidents en fonction de leur disponibilité. Si cela a pour avantage de ne pas les faire attendre, ce fonctionnement empêche la création de liens privilégiés et de relations d'intimité. Lors de la première rencontre de la journée, c'est-à-dire la toilette, les deux protagonistes doivent de nouveau trouver ou retrouver le rythme commun qu'ils s'étaient établis quelques jours voir quelques semaines auparavant. Cela demande un travail supplémentaire que s'il était éprouvé tous les jours. La connaissance du résident est moins approfondie lorsqu'il est rencontré par les personnes de manière discontinue et cela va à l'encontre du caractère rassurant de l'habitude qui, ici, ne se réalise pas. Lorsqu'un soignant accompagne un résident ses jours de présence, il place en priorité non plus la tâche à accomplir mais la relation avec la personne. Il

¹⁵³ Cf. Deuxième partie, III - c) p.44.

¹⁵⁴ Gousseau, C. 2013, p.50.

sait de quelle personne il est responsable et cela peut éviter les situations d'oubli évoquées précédemment car il doit être en capacité de savoir où se trouve chacune de ces personnes. Cette organisation est autant valorisante pour ces dernières que pour le soignant qui peut transmettre les nouvelles informations recueillies auprès des autres professionnels.

II - Rythmes des résidents, de l'institution et des soignants : jusqu'où peuvent-ils s'entendre ?

L'entrée en institution constitue au départ une contrainte vis-à-vis de l'expression de ses rythmes personnels. Ce n'est que progressivement que le nouveau résident va pouvoir les ajuster à la vie en collectivité qui en retour, doit être en capacité de réduire les contraintes qu'elle impose. Lorsque le rythme donné par l'établissement est trop rigide, il est le premier facteur à engendrer l'apparition de frustrations, d'angoisses et de TPC.

Le rythme de vie doit donc être réfléchi afin d'être accepté par un maximum de résidents ou, au moins, tolérer ceux qui éprouvent des besoins différents de ceux proposés. Pour être posés, les rythmes institutionnels doivent convenir à deux acteurs.

Les premiers sont les résidents. Ils doivent pouvoir se sentir chez eux. Pour cela, l'institution favorise leur bien-être et la qualité de vie en offrant des services de qualité et une flexibilité dans son organisation. Elle prend en compte la différence de chacun de ses habitants, personnalise les soins en écartant le sentiment de normes qu'imposent pourtant le fonctionnement institutionnel¹⁵⁵. Cependant, malgré la volonté de mon institution de stage à prendre en compte le rythme des résidents, leurs activités quotidiennes restent liées aux contraintes institutionnelles : attente de l'heure du déjeuner (indisponible avant midi), attente qu'un soignant se libère pour l'accompagner, pas de choix dans les activités proposées, horaires de travail des soignants, etc.

Justement, les soignants sont le deuxième acteur auxquels les rythmes posés doivent convenir. Dans l'institution, ils ont le devoir de répondre aux demandes des résidents même si cela implique qu'ils ne puissent pas avoir le temps de créer une relation de confiance avec un résident ou de discuter avec son équipe de découvertes ou de difficultés. Ils réadaptent sans cesse leur organisation et donc leur rythme à celui que les résidents leur imposent qui, bien que fortement liés,

¹⁵⁵ Daugan, S. 2013, p.11.

sont de nature très différentes. Les soignants sont pressés par le temps et ne peuvent pas répondre à mes questions même lorsqu'il s'agit de résidents qu'ils rencontrent. Les soignants ont également leurs besoins et leur rythme propre, rassurant, ressourçant. Parce que c'est leur métier, il leur est demandé de savoir s'adapter à celui des résidents. Cependant, cela peut les amener à se sentir « méprisés, et exploités par des résidents »¹⁵⁶. Selon M. Pörtner, le soignant ne doit pas prendre le rythme qu'on leur impose mais trouver avec le résident un équilibre entre les attentes de l'un et les exigences de l'autre. Le bien-être des résidents passant par le sien, le soignant connaît ses limites et se préserve de les atteindre. Il doit prendre son propre vécu autant au sérieux que celui des personnes qu'il accompagne¹⁵⁷.

La mise en place des rythmes institutionnels est consécutive à l'accord donné par les résidents d'abord puis les soignants. Ces deux acteurs démontrent des besoins différents et pourtant, ils doivent apprendre à s'entendre. Pour que cette relation se passe sans encombre, chacun a le devoir de trouver sa place dans un parfait équilibre rythmique qui, s'il est rompu, menace de faire tomber l'un dans la recherche d'existence par des TPC ou l'autre dans le burn out professionnel.

¹⁵⁶ Pörtner, M. 2012, p.78.

¹⁵⁷ Ibid. p.68.

Conclusion :

Le rythme est un concept complexe car, comme nous avons pu le voir, il s'exerce à différents niveaux. Il possède une large portée dans l'institution et dans la vie de chacun de nous. Son caractère répétitif mais malgré tout variable est notable autant dans l'organisation temporo-spatiale de l'EHPAD que dans le rythme individuel ou même dans le déroulement d'une caresse. Il est donc inévitable dans toutes les rencontres (ou leur absence) et soins prodigués sans que nous en prenions conscience. Pourtant, peu de réflexions ont été menées à son sujet, la littérature que j'ai pu trouver l'effleurant seulement.

Dès son entrée dans l'institution, le résident doit s'adapter à la structure qui a établi des règles et des habitudes qui peuvent différer des siennes. L'apparition de TPC est en lien avec la difficulté de la personne à s'ajuster à ces nouvelles contraintes et son besoin d'affirmation de soi. C'est pourquoi l'EHPAD où j'effectue mon stage tient à calquer son fonctionnement sur les rythmes de ses résidents. Il s'agit avant tout de leur lieu de vie. Cette philosophie devient le théâtre d'une augmentation de la qualité de vie des résidents, du maintien de leur dignité et de leur bien-être grâce à la sécurité permis par le respect de leurs habitudes de vie.

De manière générale, l'institution montre une attention particulière aux rythmes de ses résidents en leur offrant des temps de macrorhythmes, bases de leur sécurité interne et du sentiment continu d'existence, en alternance avec des activités sous le modèle des microrhythmes, permettant de garder la possibilité de s'adapter face à des situations inconnues. De plus, les soignants portent attention à la communication non verbale qu'ils transmettent et reçoivent car elle reste signifiante jusqu'à la fin de vie, bien plus que le langage. Ils s'adaptent également au rythme de base du résident qu'il rencontre lors des soins sans oublier le sien. Cet équilibre va permettre la création d'un lien sécurisant, de confiance facteur de bien-être aux deux protagonistes pour qui la rencontre deviendra un plaisir.

Sur ce thème, le psychomotricien joue un rôle important par son approche des rythmes organisateurs de la personne en lien avec son vécu. En partant d'un cadre de séance alliant justement répétition et nouveauté, il peut l'aider à sentir ce dont elle a besoin pour adapter ses habitudes à l'organisation temporelle de l'institution sans risquer de se perdre elle-même.

Le psychomotricien utilise donc le rythme dans un but thérapeutique, par exemple avec Mr J. pour travailler différents domaines tels que le tonus, la fluidité des mouvements, mais aussi dans une volonté préventive tant auprès des résidents en mal de repères temporeux qu'au sein de son équipe pluridisciplinaire. C'est en effet en travaillant en cohésion que l'équipe va pouvoir prévenir l'apparition des TPC, chacun apportant ses connaissances sur la question.

S'accorder sur une philosophie de prendre-soin prônant l'accompagnement du résident basé sur un accordage rythmique permet d'assurer le cadre de sécurité dans lequel il peut s'autoriser à partir à la découverte de soi.

Le rythme du résident vient lui offrir l'espace nécessaire pour affirmer son identité puis se redécouvrir et se réinventer dans un nouvel investissement de soi démontrant sa personnalité au-delà de la pathologie.

Bibliographie :

Albaret, J.-M., Giromini, F. et Scialom, P. (dir.). (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Marseille : Solal.

Aspe, G., El Iraki, M., Kuhnel, M.-L. et Tranchant, M. (juin 2010). Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, Vol.10, p.111-115.

Aubry, C. et Rouchy, S. (1995). *Le regard de l'enfant*. Issy-les-Moulineaux : ESF.

Bakeroot, W. (2000). Du concept à la clinique psychomotrice, la temporalité. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 122, p.12.

Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité*. Paris : Dunod.

Barthes, R. (1977, mai). *Comment vivre ensemble : simulations romanesques de quelques espaces quotidiens*. Cours donné au Collège de France, Paris.

Blossier, P. (2002). *Groupes et psychomotricité, Le corps en jeu*. Marseille : Solal.

Boissière, A et Kintzle, C. (2006). *Approche philosophique du geste dansé : de l'improvisation à la performance*. Villeneuve d'Ascq, France : Septentrion.

Bonange, J. (2013). *Une relation musicale en psychomotricité, la médiation rythme auprès des personnes âgées dépendantes* (mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien). Institut de Formation en Psychomotricité de l'Université Victor Segalen, Bordeaux 2.

Caron, R. et Herlant-Hémar K. (2012). Le rythme comme générateur de continuité chez le sujet en proie à la démence avancée. *Cliniques méditerranéennes*, 86, 2, p.229-243.

Celtan, M. (2002). Rythme et tempo dans la structuration temporelle, l'œuvre de Mira Stambak. *Enfances & Psy*, 20, p.118-120.

Dalla Piazza, S. (2005). *Handicap congénital et vieillissement*. Bruxelles : De Boeck

Daugan, S. (2013). *Concilier rythme de vie des résidents en EHPAD et rythme institutionnel* (mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etablissement « Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »). Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes.

De Ajuriaguerra, J. (1971). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson, 1980.

Demoures, G. et Strubel, D. (dir.). (2006). *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

Duquenoy Spsychala, K. (2002). *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.

Fantini-Hauwel, C., Gély-Nargeot M-C. et Raffard, S. (2014). *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante*. Paris : Dunod.

Gassie, H. et Rodriguez, M. (1995). Entretien avec Daniel Marcelli. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 102, p.16-28.

Gineste, Y. et Pellissier, J. (2007). *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. Paris : Armand Colin, 2014.

Gousseau, C. (2013). *La douleur chez la personne âgée : accompagnement dans le réinvestissement de soi en psychomotricité* (mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien). Institut de Formation en Psychomotricité de l'Université Victor Segalen, Bordeaux 2.

Haensel, M. (1995). Composer le présent, Une expérience qui relie psychomotricité et musique. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 102, p.56-64.

Haute Autorité de Santé. (2009, mai). *Recommandation de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*.

Hazif-Thomas, C., Peix, R-O. et Thomas, P. (2008, septembre/octobre). Psychogériatrie et troubles du comportement, les troubles du comportement des personnes âgées, *Soins gériatrie*, n°73. p.16-20.

INSERM. (2007). *Maladie d'Alzheimer, Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*. Expertise collective.

Laffont, C. (2014). *L'expression corporelle et les personnes âgées, prise en charge groupale en psychomotricité au sein d'un EHPAD* (Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien). Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

Lauras-Petit, A. (2009). Rythmes et contenants psychiques. *Champs Psychosomatiques*, 54, p.105-126.

Le Boulch, J. (1964, mars). Organisation du temps et maîtrise corporelle. *Education physique et sport*, 69, p.35-41.

Lefebvre, A. (2013). *L'accompagnement de la relation soignant-soigné par le psychomotricien. Une expérimentation d'accompagnement de la relation soignant-soigné dans le cadre de la maladie d'Alzheimer* (mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien). Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

Levi-Strauss, C. (1973). *Anthropologie structurale*, Paris : Plon.

Luquel, L. (2008). La méthodologie de soin Gineste-Marescotti dite « Humanitude », expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer. *Gérontologie et société*, 126, p.165-177.

Marcelli, D. (1986). De l'hallucination d'une présence à la pensée d'une absence : à propos de l'absence dans les relations d'objet précoces. *La psychiatrie de l'enfant*. Vol. 28, 2, p.403-440.

Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York : Harper & Row Publishers.

Metais, P. et Pancrazi, M.-P. (dir). (2004). *Ethique et démence*. Paris : Masson.

Mottin, E. (juin 2011). *L'intervention psychomotrice dans la prise en soin des troubles du comportement perturbateurs de la démence* (mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien). Institut de Formation en Psychomotricité de la faculté de médecine Toulouse Rangueil, Université Paul Sabatier, Toulouse.

Pellissier, J. (2010). *Ces troubles qui nous troublent*. Toulouse : Erès.

Personne, M. (dir.). (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Psychologie et psychomotricité des accompagnements*. Toulouse : Erès.

Péruchon, M. (2004). Identité et vieillesse, Point de vue métapsychologique. *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*, Vol. 2, 2, p.125-131.

Pijulet, A. (1999). Points de vue sur la temporalité : Le point de vue du psychomotricien - L'inscription dans une temporalité partagée : la psychomotricité. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° spécial, p.36-45.

Platon. (2006). *Les Lois*, livre II, chap.9. Paris : Flammarion.

Poch, B. et Cinq-Fraix, S. (2003, septembre). Comportement perturbateur ou Comportement perturbé ? La relation avec le dément. *La Revue de Gériatrie*, Vol. 28, 7, supplément C.

Ponton, G. (1998). Psychomotricité et conscience du temps, Approche psychodynamique du temps dans la vieillesse. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 116, p.16-20.

Pörtner, M. (2012). *Accompagnement des personnes âgées avec l'approche centrée sur la personne*. Lyon : Chronique sociale.

Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris : Desclée De Brouwer.

Rodriguez, M. (1995). Penser le temps. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 102, p.4-14.

Rodriguez, M. (1999). Point de vue sur la temporalité : Le point de vue du psychomotricien - Les rythmes : entre corps et pensée. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° spécial, p. 46-52.

Sauvanet, P. et Wunenburger, J-J. (dir.). (1996). *Rythmes et Philosophie*, Paris : Kimé.

Thiebaut, R. et Tordjman, M. (1999). Le point de vue du psychanalyste : entretien avec J-D. Nasio, Points de vue sur la temporalité. *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° spécial, p.18-25.

Vauclair, J. (2004). *Développement du jeune enfant - Motricité, perception, cognition*. Paris : Belin.

Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, Paris : Masson.

Winnicott, D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot & Rivages.

Sitographie :

A propos de... n°9, janvier 2005. Récupéré le 15 février 2015 du site du CREAL (Centre régional d'Etudes et d'Actions sur les Inadaptations et les handicaps) de Rennes : www.creai-bretagne.org/pdf/a%20propos_21.pdf

La bientraitance : donner du sens au quotidien.

ANESM (Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale). Récupéré le 08 février 2015 du site de l'ANESM : www.anesm.sante.gouv.fr

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social.

Cavey, M. Récupéré le 09/03/15 du site Gériatrie, Soins Palliatifs : <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article19>

Description de la méthode de Validation®.

Dubuc, B. Récupéré le 20 février 2015 du site Le cerveau à tous les niveaux : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_08/d_08_cl/d_08_cl_alz/d_08_cl_alz.html

Les grands mécanismes et principes du cerveau.

Lesage, B. Récupéré le 07 octobre 2014 du site de l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière :

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/danseth/POLY.Chp.5.3.html>

Dialogue corporel et Danse-thérapie.

Michon, P. Récupéré le 31 décembre 2014 du site Rhuthmos, plateforme internationale et transdisciplinaire de recherche sur les rythmes dans les sciences, les philosophies et les arts : <http://rhuthmos.eu/spip.php?article783>.

Introduction sur l'histoire du rythme.

Thomas, S. Récupéré le 01 février 2015 du site de l'Académie de Grenoble : www.ac-grenoble.fr/ia26.pedagogie/.../PVPP_2013_musique_et_arts.pdf

Description de la pratique de la danse à l'école.

ANNEXES

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

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

Fonction de la personne interviewée:

Très proche prodigue des soins quotidiens;

proche s'occupe souvent du patient;

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

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

Type de relation avec le patient :

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

Annexe 2 : Questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Marion Collu et je suis présente tous les jeudis jusqu'au mois de juin en tant que stagiaire en psychomotricité.

Je sollicite tous les corps de métier présents au sein de l'EHPAD afin de répondre à quelques questions, concernant votre approche de l'Humanitude, qui me seront utiles pour mon mémoire de fin d'étude.

Merci de répondre individuellement et le plus sincèrement possible à ces questions (le document restera anonyme) et de remettre ce document rempli dans le bureau des psychomotriciennes au 4^{ème} étage.

En vous remerciant d'avance pour votre collaboration.

COLLU Marion.

- Quelle profession exercez-vous ? et depuis combien de temps ?
- Quelles sont, d'après vous, les qualités indispensables d'un « bon » soignant ?
- Quels mots clés utiliseriez-vous pour parler de l'Humanitude ?

Concernant sa proposition d'adaptation de l'institution aux rythmes de chaque résident :

- Pourquoi est-il demandé de s'adapter aux rythmes des résidents ?
- Cela vous semble-t-il pertinent ?
- Comment faites-vous pour cela ? Que mettez-vous en place ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous pour cela ?

Annexe 3 : Tableau des techniques Humanitude®.

« Les cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites, désignons-les par le mot humanitude ».¹⁵⁸

Ci dessous, la stratégie d'intervention en « prévention/pacification » des CAP:

Évaluation de la pertinence du soin : moment, lieu, intervenant, type de soin

Entrée dans l'espace de la personne : s'annoncer en frappant à la porte, s'annoncer verbalement, se faire voir, arriver de face, se positionner à la hauteur de la personne, se présenter, annoncer le soin...

<p>Les préliminaires aux soins® : phase d'apaisement, entrée en relation, écartement des seuils de tolérance pour la situation de soin, Recherche du consentement (verbal ou non) – Recours aux 3 piliers de l'Humanitude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le regard : horizontal (même hauteur), axial (en face), long (non fuyant), proche tenir compte de la baisse de l'acuité et de la vision en tunnel. • la parole : ton audible, doux, calme, signifiant bonjour + attente de réaction + explication avec composante d'aide + répétition Toujours mots du registre positif pour favoriser la résurgence d'état corporel lié à des situations de bien-être. • le toucher : professionnel (technique de prise), progressif (social → intime), permanent (durant tout le soin), pacifiant (vaste, lent, doux). <p>Sans apaisement après 3 minutes: reporter le soin, trouver moment ou soignant plus propice.</p>	L A C A P T U R E S E N S O R I E L L E
<p>« Le rebouclage sensoriel® » : Soignant : permanence du toucher, du regard, de la parole (au moins deux des trois) explication des actes de soin. Patient : favorise l'apaisement, la baisse du tonus musculaire et donc facilite les mobilisations.</p>	
<p>« La consolidation émotionnelle® » : Conclure le soin par quelques mots sur l'ambiance positive, sur le bon moment passé ensemble, consolider l'impression affective pour qu'elle s'inscrive durablement.</p>	

¹⁵⁸ Définition de l'Humanitude selon Gineste, Y. et Pellissier J., 2014, p.277.

Annexe 4 : Les outils de la Validation®.

Naomi Feil fait l'hypothèse que rejoindre la personne où elle en est, est plus efficace que de chercher à tout prix à la corriger. Cela permet de la reconnaître comme capable de penser et d'agir sur sa vie en validant ses comportements.

- Les outils de Validation :
 - Se concentrer avant d'entrer dans une relation qui risque d'être difficile et éprouvante.
 - Capter le regard du patient. La communication non verbale reste importante jusqu'à la fin de vie. Le regard particulièrement, exprime des émotions et nous permet d'interpréter celles qu'on reçoit. Pour se faire, il faut se placer au même niveau que la personne.
 - Parler d'une voix claire, basse et affectueuse. Si chaque mot a son importance, le travail d'intonation rassurant de la parole (parler lentement, doucement) est tout aussi essentiel.
 - Identifier et utiliser le sens préféré, c'est-à-dire les canaux de communication. Le soignant doit apprendre à percevoir le monde comme la personne le perçoit. Il doit se montrer à l'écoute et observer avec attention quel sens est le plus utilisé par la personne.
 - Toucher. Notamment avec les personnes qui souffrent d'une atteinte visuelle, auditive ainsi que d'une altération de la perception du temps. Le toucher est un mode important de la communication non verbale. Il permet de communiquer son affection ou le respect et est créateur de liens. Cependant, il nécessite une grande attention car les personnes n'apprécient pas le contact de la même manière.
 - Choix des mots pour créer la confiance. Il faut choisir des mots simples qui n'ouvrent pas la porte à des émotions trop difficiles à affronter comme la question « pourquoi ? »

- Reformuler pour que la personne se sente comprise, rassurée. Il est possible d'imiter le ton de la voix et le débit de la personne pour lui montrer qu'on est sensible à sa réalité.

- Utiliser la polarisation. Cela signifie laisser la personne atteinte d'un TNC majeur exprimer sa frustration sur un objet ou une situation alors que nous savons que ce n'est pas la cause du problème. L'objectif de cet outil est d'amener une réduction de l'anxiété et un sentiment de soulagement.

- Imaginer le contraire et faire se souvenir, soit retrouver la solution que la personne a autrefois utilisée pour régler une situation. La technique du souvenir aide à l'adaptation à une situation de crise, à un stress ou une vive émotion sans mettre la personne en difficulté face à un défaut de mémoire. Cela permet de prendre de la distance vis-à-vis de la situation angoissante. Ces techniques peuvent redonner confiance à la personne en elle-même.

- Utiliser l'ambiguïté. Quand la personne utilise des mots incompréhensibles, le soignant prend part à la conversation sans la contredire. L'objectif de cet outil est de donner le sentiment à la personne de rester une interlocutrice valable dans la discussion. N. Feil porte notre attention sur la difficulté de ce point car il s'agit de développer une écoute très subtile. C'est un véritable accompagnement.

- Observer puis copier les mouvements et les émotions de l'intéressé, ou technique du miroir. Elle permet d'entrer dans le monde relationnel de la personne et de tisser des liens de confiance. Le soignant observe l'attitude de la personne puis s'y accorde.

- Associer le comportement avec les besoins insatisfaits. Reconnaître que le comportement de la personne exprime un des besoins fondamentaux de l'être humain : être aimé, se sentir utile et exprimer de fortes sensations.

- Utiliser la musique car elle fait appel aux émotions qui sont ancrées loin dans la mémoire affective et que des personnes qui ne parlent plus sont capables de chanter une mélodie familière. De plus, la musique calme le plus souvent la personne.

Annexe 5 : Les 7 principes de l'approche centrée sur la personne.

- La clarté offre sécurité et confiance. Elle est d'autant plus importante que les personnes sont atteintes de troubles de l'orientation et de la mémoire, qu'elles connaissent des épisodes de confusion ou souffrent de désordres psychiques. Ces personnes ont besoin de cette clarté pour mieux parvenir à s'orienter dans la réalité et diminuer leurs troubles. Pour cela, le soignant doit s'exprimer (dans son attitude et ses paroles) de manière compréhensible, donner des informations claires, apporter des aides à l'orientation faciles à comprendre et agencer un bon aménagement de l'espace.
- Le vécu est la clé pour comprendre et agir.
- Compter sur les ressources et non les déficiences car les potentialités permettant d'assumer les changements et de compenser les atteintes de l'âge ne résident pas dans les déficits, mais dans les ressources que la personne peut dévoiler. Etre vieux, ce n'est pas seulement perdre des capacités qui allaient de soi autrefois mais aussi se libérer de nombreuses exigences. Celui qui n'a plus besoin d'accomplir les tâches de la vie quotidienne n'a plus besoin de ces compétences et peut alors développer d'autres potentialités, restées peut-être en friche jusqu'à présent parce qu'elles n'ont jamais été nécessaires.
- Le développement de la personne se déploie tout au long de la vie.
- La responsabilité personnelle est de nature existentielle. Pour se sentir capable d'agir sur sa vie, il faut pouvoir être responsable de nous-même. C'est pourquoi il faut accorder à toute personne la possibilité d'être responsable d'elle-même dans la mesure de ses capacités ainsi que de ses possibilités et l'y encourager. Même dans une situation de dépendance, il faut essayer d'en faire garder un maximum car la responsabilité permet d'augmenter l'estime de soi et la qualité de vie.
- La personne n'est pas réductible à son état.
- Il existe d'autres réalités que la mienne.

Résumé :

Le rythme est un concept insaisissable de par sa diversité et sa présence consciente ou non tout au long de notre vie. Les rythmes personnels forment une partie de notre identité et du sentiment continu d'existence. Néanmoins, chez la personne âgée, deux phénomènes viennent les mettre à mal : les troubles neurocognitifs majeurs et l'entrée dans une institution au fonctionnement rigide. Ce mémoire vient montrer comment le respect des rythmes de chaque résident vient s'inscrire dans une démarche de prendre-soin à travers la recherche d'ajustement mutuel dans la relation, au-delà de la maladie.

Mots-clés :

Rythme - philosophies de prendre soin - troubles psychocomportementaux - identité - microrhythmes - macrorhythmes.

Summary :

Rhythm is an imperceptible concept due to its diversity and its conscious presence or not throughout our life. Personal rhythms form a part of our identity and the continuous feeling of existence. Nevertheless, for the elderly person, two phenomena come to disrupt it: the major neurocognitive disorders and the entry to an institution in the stiff functioning.

This report comes to show how the respect for rhythms of every resident comes to join an approach to take care through the research for mutual adjustment in the relation, beyond the disease.

Keywords :

Rhythm - take care philosophies - psychobehavioural symptoms - identity - microrhythm - macrorhythm.