



HAL
open science

La psychomotricité auprès de la personne âgée démente anxieuse en EHPAD : les médiations bain et toucher thérapeutique comme supports de l'accompagnement

Lucie Plociniak

► To cite this version:

Lucie Plociniak. La psychomotricité auprès de la personne âgée démente anxieuse en EHPAD : les médiations bain et toucher thérapeutique comme supports de l'accompagnement. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01195842

HAL Id: dumas-01195842

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195842>

Submitted on 8 Sep 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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire pour l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

*La psychomotricité auprès de la personne âgée
démente anxieuse en EHPAD*

*Les médiations bain et toucher thérapeutiques comme supports
de l'accompagnement*

Lucie PLOCINIAK

Née le 16 Juin 1993 à Châteaudun (28)

Nom du directeur de Mémoire : Laure CABANES

Juin 2015

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

A Laure CABANES, maître de stage et directrice de mémoire, pour son aide précieuse.

A Axelle BIJOU ainsi qu'aux professionnels de mes deux lieux de stage pour leur disponibilité et leurs échanges constructifs.

Aux intervenants et au personnel de l'IFP sans qui la formation n'existerait pas.

A Audrey et Laetitia qui ont su me guider dans mes réflexions.

A ma famille pour son soutien et sa disponibilité à toute épreuve.

Je profite également de cette page pour remercier tous les résidents que j'ai pu rencontrer cette année, en particulier Marguerite, Françoise et Marie-Louise dite « Malou ».

A mon arrière-grand-mère.

AVANT-PROPOS

*Des trous de plus en plus profonds se creusent dans leur mémoire,
Des trous qui se remplissent de peurs, présentes ou passées, de plaies jamais guéries,
Des trous qui délogent les interdits et les normes, d'où émergent des élans de vérité,
Cette vérité commune à tous quand les masques ont fondu,
Vérité nue, crue, intolérable, parfois cruelle,
Vérité qui aime et déteste sans contrainte,
Ce que la raison camoufle, l'Alzheimer le fait éclater au grand jour.*

*L'inconscient se lézarde,
Les blessures enfouies refont surface,
Les photos flétries reprennent vie, comme les rêves révèlent ce que nous taisons le jour,
Le temps passé devient présent,
Et le présent n'est que l'instant.*

J'aime ces gens étranges.

*Leur raison déraisonne,
Ils sont les délinquants de la comédie humaine,
Le cœur ne fait pas d'Alzheimer,
Il capte l'émotion et oublie l'événement,
Saisit l'essentiel et néglige l'accessoire,
Sent la fausseté des gestes et des paroles,
Fuit le pouvoir et réclame la tendresse.*

Plus je partage leur vie, plus je sens des trous tout aussi profonds à l'intérieur de moi.

*On les dit confus et pourtant, à leur insu, ils me reflètent mes parts d'ombre et de lumière,
Deviennent mon propre miroir :
Miroir de mes peines camouflées, de mes désirs enfouis, de mes fantaisies réprimées, de ma liberté
aux ailes cassées.*

J'aime ces gens étranges.

*Ils ont le mal de leur enfance comme on a le mal du pays,
Ils cherchent, cherchent ... jusqu'au jour où leur silence devient un cri insupportable.*

*J'aime ces étrangers.
Comment arriverais-je à vivre sans eux ?
Comment ? Comment ?*

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	5
<u>CHAPITRE I : DU VIELLISSEMENT NORMAL A LA DEMENCE</u>	8
A. Le vieillissement : un concept multifactoriel	8
1) La réalité biologique du vieillissement	9
2) La réalité psycho-sociale du vieillissement	12
B. Quand la démence « s'en mêle »	14
1) Les différentes catégories de démence	15
2) Historique	15
3) Les étiologies de la démence	16
4) Les signes cliniques de la démence	22
<u>CHAPITRE II : L'ANXIETE CHEZ LA PERSONNE AGEE DEMENTE, UN SYMPTOME PARMI D'AUTRES</u>	26
A. Les symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD)	26
1) Définition	26
2) Etiologies	27
3) Identification et évaluation des SPCD chez le sujet institutionnalisé	28
4) La réalité des SPCD chez le sujet âgé dément en institution	28
B. L'anxiété	30
1) Définition	30
2) Bases neurobiologiques de l'anxiété normale et pathologique	33
3) L'anxiété comme symptôme de la démence chez le sujet dément institutionnalisé	35
<u>HYPOTHESES DE TRAVAIL</u>	38
<u>CHAPITRE III : LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRES DE LA PERSONNE AGEE DEMENTE ANXIEUSE</u>	39
A. Mes lieux de stage	39
1) Présentation générale	39
2) Missions	39
3) Ma place de stagiaire dans ces deux institutions	41

B. Le bain et le toucher thérapeutique comme supports de l'accompagnement en psychomotricité	45
1) Présentation du cadre	45
2) Les concepts fondamentaux psychomoteurs abordés au travers de cet accompagnement	52
3) De la proxémie à la posture impliquée du psychomotricien	55
4) Le cadre thérapeutique en psychomotricité, métaphore de l'enveloppe psychique	57
C. Etudes de cas : une fenêtre ouverte sur la personne âgée démente anxieuse en institution	59
1) Mme C.	59
2) Mme B.	72
<u>DISCUSSION</u>	79
<u>CONCLUSION</u>	82
<u>ANNEXES</u>	83
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	100
<u>TABLE DES MATIERES</u>	103

INTRODUCTION

Pour ma troisième année de formation au Diplôme d'Etat de Psychomotricité, j'ai décidé d'approfondir mes connaissances dans le domaine de la gérontologie et plus particulièrement auprès de personnes âgées résidant en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Le stage d'approche des moyens d'évaluation et des conduites thérapeutiques en gérontologie que j'ai été amenée à effectuer en début d'année, a répondu de manière très satisfaisante à mes attentes et mes questionnements quant à mon futur métier. Il a ainsi confirmé mon projet de trouver un stage long dans ce domaine-là.

Personnellement, j'ai été très tôt concernée par les questions liées au vieillissement et plus particulièrement aux conséquences du vieillissement pathologique. En effet, un de mes proches a été diagnostiqué comme ayant la maladie d'Alzheimer. Ainsi, le vécu premier que j'ai pu avoir par rapport à cette maladie, c'est la question de la mémoire immédiate qui défaille et la tentative habituelle d'y remédier en répétant les choses plusieurs fois.

Le vieillissement fait évoluer l'identité¹. Or, « *l'identité est fondamentalement relationnelle et se développe en une longue suite d'interactions entre la personne et le contexte, autrement dit, ... elle est un système dynamique*² ». Ainsi, à chaque période de notre vie, notre rapport à l'autre change, notre niveau de dépendance fluctue en fonction de nos besoins. Dès mes premières rencontres avec les résidents, je fais face à certains questionnements. Comment la personne âgée en institution accepte-t-elle le fait de vivre sous la dépendance d'autrui ? La dépendance est définie comme le besoin d'être aidé pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. S'agirait-il pour la personne âgée de renoncer à son autonomie devant la réalité des difficultés rencontrées ?

Parler d'autrui m'amène à parler des concepts du « vivre ensemble » que sont les rythmes généraux réglementés qui sont propres à tout lieu de vie. Ils imposent un contexte que

¹ Sous la direction de PERSONNE P., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Psychologie et psychomotricité des accompagnements, Erès, 2011

² E. KUNNEN S. et A. BOSMA H., « Le développement de l'identité : un processus relationnel et dynamique », *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne], 35/2 | 2006, mis en ligne le 28 septembre 2009, consulté le 14 avril 2015. URL : <http://osp.revues.org/1061> ; DOI : 10.4000/osp.1061

chacun est amené à respecter pour le bon fonctionnement de l'institution. Si la personne âgée est amenée à s'accorder à cette mécanique bien réglée, qu'advient-il de sa liberté individuelle ? Cela revient à aborder la question des choix que l'on est amené à faire tout au long de notre vie pour rester acteur de sa vie. Peut-on parler de liberté dans nos déplacements (aller d'un point A à un point B dans l'espace), dans nos choix d'activités, nos horaires de repas, de lever, de coucher et notre hygiène quand on est dans ce cadre-là de l'institution ? Celui-ci impose un certain « mode de vie » qu'il faut adopter. Ce qui m'intéresse ici c'est la situation de la personne âgée qui en plus d'avoir à « affronter » son vieillissement et ses conséquences, doit se confronter à ce cadre institutionnel qui ne lui correspond pas forcément.

Cet aspect-là de la vie en EHPAD est d'autant plus à considérer dans le cas où la personne âgée présente une démence. Généralement, quand il est question de démence, cette fameuse maladie d'Alzheimer est la première citée – comme si toutes les personnes âgées institutionnalisées en étaient atteintes. Pour **Renaud DAVID**, « *La maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés se caractérisent par une altération des fonctions cognitives à laquelle sont associés des troubles connus sous le terme de troubles du comportement, symptômes psychiatriques ou symptômes neuropsychiatriques*³ ».

Cette définition nous donne un aperçu global de ce qu'est la démence mais ce que nous fait savoir **Richard CAMICOLI**, c'est qu'il faut arriver à distinguer les différents types de démence à l'aide de critères diagnostiques précis pour prendre en soin chaque sujet de manière adéquate.

Au cours de mes premiers jours de stage en EHPAD, ce qui a retenu particulièrement mon attention était l'existence chez certains résidents de comportements particuliers. En effet, dans une situation donnée, certaines personnes pouvaient présenter une agitation motrice, un tonus musculaire élevé se traduisant par une raideur dans les membres et une attitude générale tendue ainsi qu'un discours perturbé et une déambulation. Ces premières observations m'ont amenée à me questionner à propos du vécu anxieux chez la personne âgée démente qui serait à l'origine de ces symptômes.

³ Sous la direction de DAVID R., *Alzheimer et états comportementaux, Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences*, Dunod, 2014, préface

Généralement, il est dit que l'anxiété est souvent liée à une certaine prise de conscience du déficit. **Karyne DUQUENOY SPYCHALA** la définit comme étant un sentiment d'inquiétude vague, de malaise intérieur et de désarroi profond, qui finit par altérer la pensée et le fonctionnement quotidien de la personne. Elle augmente notablement quand la personne est confrontée à des nouveautés (changement de lieu de résidence), des modifications de l'entourage ou de l'environnement (repères bousculés). L'anxiété est l'un des symptômes que l'on retrouve chez la personne âgée démente qui ont des répercussions sévères sur son fonctionnement et son adaptation à l'environnement.

Ici, je m'interroge sur les deux modalités que recouvre la question de l'anxiété chez ce type de population. Premièrement, si l'anxiété est présente chez la personne âgée démente, quelles en seraient ses origines ? Deuxièmement, l'environnement joue-t-il un rôle dans son apparition ?

A travers ce mémoire, mon intention est de démontrer l'intérêt de l'intervention du psychomotricien auprès de la personne âgée démente anxieuse en institution. La question à laquelle je répondrai est la suivante : **Comment l'accompagnement psychomoteur au travers du bain et du toucher thérapeutiques peut-il viser à diminuer le vécu anxieux de la personne âgée démente en institution et ainsi lui permettre d'être davantage disponible à la relation ?**

Dans une première partie, je tâcherai de reprendre les caractéristiques générales du vieillissement, les considérant ainsi comme la base sur laquelle vient se greffer la démence pour ensuite évoquer ses signes cliniques.

La seconde partie sera réservée aux symptômes psychologiques et comportementaux des démences chez la personne âgée et plus particulièrement à l'anxiété.

Dans ces deux parties, des vignettes cliniques viendront illustrer mon exposé.

La pratique psychomotrice par le biais du bain et du toucher thérapeutiques auprès de la personne âgée démente anxieuse sera développée en dernière partie. J'en profiterai pour présenter mes lieux de stage et deux études de cas ayant particulièrement retenu mon attention, ce qui m'amènera à partager mon expérience et mon vécu de stagiaire en psychomotricité.

CHAPITRE I : DU VIEILLISSEMENT NORMAL A LA DEMENCE

A. Le vieillissement : un concept multifactoriel

De part la réalité biologique du vieillissement, cette notion rime souvent avec celles de la « sénilité », de la « détérioration » et du « déclin », ce qui rejoint l'idée de perte. D'un point de vue développemental, le vieillissement est plutôt considéré comme un phénomène de maturation, d'adaptation de l'organisme au cours du temps. Ainsi, deux conceptions servent de référence pour évoquer cette période de la vie qui correspond, sur ce que serait la frise chronologique de la vie, à ce qui se passe après l'âge adulte.

La grande question qui se pose est l'âge auquel nous accédons à cette dernière tranche de la frise. Est-ce à 60 ans, à 65 ans ou plus tard que nous tombons dans cette catégorie de « vieux » ? D'après l'âge de référence des Nations Unies, les personnes sont définies comme « âgées » à partir de 60 ans⁴. Ce seuil a été notamment créé pour l'élaboration de politiques et de programmes à l'intention de cette catégorie de citoyens. Cependant, il est important d'avoir à l'esprit qu'il existe des différences non négligeables entre l'état de santé, le niveau d'activité et le degré d'indépendance de personnes d'un même âge. L'âge chronologique n'est donc pas toujours le meilleur indicateur des changements qui accompagnent le vieillissement.

Selon **Karyne DUQUENOY SPYCHALA**, « *la notion de vieillissement est opérationnalisée en termes de concept multifactoriel qui doit prendre en compte différents domaines : biologique, social et psychologique. Le vieillissement est un phénomène biologique se manifestant à l'échelon moléculaire et tissulaire comme au niveau de la personnalité*⁵ ».

Ce qui découle de cette définition est le fait que le vieillissement, même s'il présente des caractéristiques qui lui sont propres, est différent d'un sujet à un autre.

⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « Vieillir en restant actif : cadre d'orientation », Genève, 2002.

⁵ DUQUENOY SPYCHALA K., *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*, Pratiques gérontologiques, Erès, 2002, page 9

1) La réalité biologique du vieillissement

Brian L. MISCHALA et **Robert G. RIEDEL** se posent la question suivante : « *Pourquoi sommes-nous appelés à mourir plutôt qu'à vivre éternellement⁶ ?* » Pour répondre à cette interrogation, ils reprennent les quatre principaux modèles théoriques.

Le rôle des mécanismes de vieillissement inhérents à la cellule constitue l'un des points les plus étudiés donc les plus évidents. Les chercheurs ont démontré que contrairement à ce qui avait été dit, les cellules ne sont pas capables de se diviser à l'infini, ce processus étant déterminé par le programme génétique. De plus, la mort cellulaire serait entraînée par l'accumulation de déchets dans la cellule évoquant son incapacité à s'en débarrasser (théorie des déchets) et par la réduction du taux d'oxydation cellulaire⁷.

Le deuxième modèle évoque une défaillance du système immunologique. Au cours du vieillissement, celui-ci deviendrait moins efficace dans la lutte contre la maladie en raison de la diminution des mécanismes de défense corporels. Le système immunologique fonctionnerait aussi de manière particulière : il se retournerait contre lui-même et attaquerait les parties saines du corps.

Il y aurait aussi une perturbation du système endocrinien ayant pour conséquence une modification de la production ou de la libération des corps chimiques dans l'organisme.

Selon les théories génétiques, le vieillissement peut être expliqué en partie par le code génétique de l'individu dont la majorité des informations se retrouvent chez tous les individus d'une même famille.

A ces quatre modèles, les auteurs ajoutent la théorie de l'usure selon laquelle les parties du corps finissent tout simplement par s'user.

Le vieillissement de l'organisme est donc la conséquence de l'usure de ses différentes parties. Or, le cerveau étant considéré comme le « chef d'orchestre » de l'organisme, l'atteinte de son mécanisme neurochimique a des répercussions évidentes chez le sujet.

⁶ MISCHARA B. et RIEDEL R., *Le vieillissement*, Presses Universitaires de France (puf), 1994, page 33

⁷ L'oxydation (ou oxydoréduction) correspond à la réaction chimique au cours de laquelle un élément chimique réagit avec l'oxygène. La cellule a besoin d'oxygène pour produire de l'énergie utile à son fonctionnement.

a) Du vieillissement du cerveau à la réalité cognitive

Pour **Roger GIL**, « *Le vieillissement de l'être humain est d'abord le vieillissement de son cerveau. Il l'est intrinsèquement mais il l'est aussi parce que le cerveau est le substrat biologique des comportements, des pensées, des émotions humaines, déployé comme une interface entre la personne d'une part, le corps humain et son environnement d'autre part*⁸ ».

En effet, au niveau anatomique, on a une diminution lente et progressive du poids du cerveau, elle peut atteindre 11% après 85 ans. Cette baisse du poids exprime l'atrophie cérébrale qui correspond à une exagération des sillons corticaux, une dilatation des cavités liquidiennes (ventricules cérébraux) en rapport avec la diminution du volume du parenchyme⁹. Selon **GIL**, « *cette atrophie a comme support histologique une dépopulation neuronale, terme désignant une mort régulière des neurones*¹⁰ ».

La baisse du débit sanguin cérébral au cours de la sénescence explique les problématiques métaboliques et vasculaires retrouvées chez la personne âgée.

A l'échelle de la cellule, les neuromédiateurs, qui véhiculent les informations d'un neurone à l'autre à travers les synapses, ne fonctionnent plus correctement. De plus, il y a les deux grands systèmes de neurotransmission (dopaminergique et cholinergique) qui sont particulièrement sensibles au vieillissement. La dopamine intervient dans de multiples fonctions et notamment l'attention, la fluidité motrice, la motivation, l'élan vital. L'acétylcholine joue un rôle capital dans la mémoire.

Le vieillissement du cerveau amène donc à des changements au niveau cognitif chez le sujet âgé. Or, selon **Patrick LEMAIRE**, « *le début de la diminution des performances cognitives, l'ampleur de cette diminution et les domaines où elle se manifeste sont très variables. Le vieillissement cognitif est différent aussi selon les individus*¹¹ ».

Les caractéristiques individuelles seraient responsables de la modulation de ces performances. Elles comprennent le niveau de formation initiale, le statut marital, l'entrée dans la retraite, l'environnement intellectuel ainsi que le niveau de flexibilité mentale.

⁸ GIL R., *Vieillesse et Alzheimer*, L'Harmattan, 2012, page 10

⁹ Ensemble des tissus assurant la fonction d'un organe. La substance grise contenant les neurones est un parenchyme.

¹⁰ GIL R., *Vieillesse et Alzheimer*, L'Harmattan, 2012, page 11

¹¹ LEMAIRE P., *Le vieillissement cognitif, Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France (puf), 1999, page 37

De manière générale, les mécanismes affectés par l'âge sont la mémoire, les capacités de raisonnement et de résolution de problèmes. De nombreuses études sur le vieillissement cognitif ont étudié trois catégories de facteurs regroupés sous le concept de « ressources de traitement »: l'attention, la mémoire de travail et le ralentissement cognitif¹² engendré par une diminution de la vitesse de traitement de l'information.

La mémoire de travail ou mémoire à court terme est un système transitoire permettant de maintenir l'information disponible à court terme pour les tâches d'attention, de calcul, de raisonnement et d'apprentissage¹³.

Si le cerveau est un des organes les plus touchés par le vieillissement, l'usure s'observe également au niveau du reste de l'organisme du sujet, qu'elle soit la conséquence directe ou indirecte de l'atteinte cérébrale.

b) Du vieillissement organique à la réalité morphologique et fonctionnelle

Chez le sujet âgé, il y a une décoloration et une perte progressive de la chevelure, conséquences de la diminution de production de mélanine et du dysfonctionnement glandulaire. Des rides se dessinent sur sa peau, notamment au niveau de son visage et de ses mains. Elles sont dues à la rigidification des fibres de collagènes et l'épaississement des fibres élastiques. Sont observés une réduction de la masse musculaire, remplacée par du tissu graisseux, une accentuation de la courbure de la colonne vertébrale (cyphose) et un tassement vertébral donc une diminution de la taille. De plus, l'apparition de troubles visuels, auditifs, vestibulaires chez la personne âgée amène à une perception modifiée de son environnement et nécessitent donc une adaptation particulière.

La personne âgée est dite « ralentie ». Il faut donc voir le vieillissement comme un processus ayant une certaine réalité biologique, ce qui impose au sujet de s'adapter à ses conséquences neuromusculaires, articulaires et osseuses.

¹² LEMAIRE P., *Le vieillissement cognitif, Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France (puf), 1999, page 90

¹³ DUQUENOY SPYCHALA K., *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*, Pratiques gérontologiques, Erès, 2002, page 17

En effet, les transformations musculo-squelettiques et neurologiques liées au vieillissement affectent la mobilité du sujet âgé. Il se déplace plus lentement, sa démarche devient plus hésitante, son équilibre est perturbé et ses mouvements sont empêchés dans leur amplitude et leur vitesse. Ce ralentissement général est en rapport avec une baisse de la force et de la coordination musculaire, une diminution des réflexes, une réduction de la densité minérale osseuse¹⁴ et un amincissement du cartilage articulaire pouvant entraîner une fragilité voire de l'arthrose.

Il est important de garder à l'esprit que ces caractéristiques corporelles peuvent donner lieu à des douleurs, impactant à leur tour les capacités fonctionnelles résiduelles du sujet âgé.

Son système cardio-vasculaire est également altéré. Cela se caractérise notamment par une rigidification artérielle ainsi que par une atteinte de la vasomotricité artérielle. Est concerné aussi l'appareil respiratoire : la réduction musculaire pulmonaire provoque une réduction des capacités ventilatoires. Nous observons aussi des modifications de l'appareil bucco-dentaire (chute dentaire, diminution de la sécrétion salivaire, ...), un temps de transit intestinal ralenti ainsi qu'une perturbation du fonctionnement rénal et sexuel.

Donc en raison du corps qui vieillit, l'apparence et les capacités évoluent. Elle est ainsi le témoin du temps qui passe. Le sujet en prend conscience et s'y confronte par l'intermédiaire de son propre corps. Cette réalité biologique l'amène à se forger progressivement une nouvelle image de lui-même, une nouvelle identité.

2) La réalité psycho-sociale du vieillissement

« Quand je me regarde dans le miroir, je me fais peur, je suis si vieille... » Mme O.

En plus d'induire des changements au niveau de la réalité physique de notre corps, selon **Brian L. MISCHALA** et **Robert G. RIEDEL**, le vieillissement influe sur « *nos pensées, nos*

¹⁴ Quantité de calcium présent dans un volume de matière osseuse donné.

*sentiments, nos croyances, nos valeurs, nos attitudes, notre comportement, notre personnalité et notre façon d'agir envers autrui*¹⁵ ».

Il s'agit-là du jeu complexe des influences psychologiques, environnementales, sociales et culturelles faisant partie intégrante du processus de vieillissement.

Le vieillissement étant considéré comme un processus évolutif graduel, les événements de vie comme le départ des enfants, la retraite, la mort de parents ou d'amis intimes, l'émergence de maladies constituent une série de stades amenant la personne à se réorganiser, notamment sur le plan psychique. Ainsi, la personne est amenée à adopter de nouveaux rôles et à donc à changer de statut social par l'intermédiaire du processus d'identification aux groupes traditionnellement reconnus (jeunes, adultes, adultes d'âge mûr, adultes vieillissants, personnes âgées).

Ce qu'il faut savoir c'est que cette identification dépend non seulement de l'âge du sujet, mais aussi de son état de santé ainsi que « *sa façon de comprendre les termes utilisés pour désigner les stades de la vie*¹⁶ ».

Une certaine dissonance peut être observée entre l'âge chronologique de la personne (âge réel) et son vécu personnel de la vieillesse, ce qui revient à se demander si la vieillesse est un état d'esprit ou un état physique.

Selon **Simone DE BEAUVOIR**, « *la vieillesse n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres.* »

Si la sénescence est considérée comme un ensemble de composantes d'ordre physico-biologique, psychologique et social, ce qui peut modifier radicalement la vie, précipiter et bouleverser ce vieillissement normal, c'est l'apparition progressive de maladies dégénératives ou non provoquant une démence.

¹⁵ MISCHARA B. et RIEDEL R., *Le vieillissement*, Presses Universitaires de France (puf), 1994, page 13

¹⁶ MISCHARA B. et RIEDEL R., *Le vieillissement*, Presses Universitaires de France (puf), 1994, page 17

B. Quand la démence « s'en mêle »

Mme G., âgée de 77 ans, est diagnostiquée comme ayant la maladie d'Alzheimer depuis 8 ans. Elle présente des troubles de la mémoire immédiate assez remarquables.

Alors qu'elle est en train de manger son dessert, elle pose la question suivante :

- C'est quoi la chantilly ?

- C'est de la crème fraîche fouettée.

- Ah bon d'accord. Je ne connais pas.

- C'est ce que vous êtes en train de manger.

- Ah !

Quelques secondes après...

- Qu'est-ce que c'est la chantilly ?

Mme G. peut ainsi poser la même question plusieurs fois.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la démence ou syndrome démentiel est « *un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive¹⁷* ».

Il y aurait en France plus de 850 000 personnes atteintes de démences, dont 70% de maladies d'Alzheimer¹⁸ dans la population de plus de 65 ans avec un ratio de trois femmes pour un homme¹⁹. Mondialement, le nombre de cas dépasse déjà les 24 millions. La démence est une maladie dont la prévalence augmente avec l'âge.

¹⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

¹⁸ http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_etude_Alzheimer_Gerontopole_2008-septembre.pdf

¹⁹ GIL R., *Vieillesse et Alzheimer*, L'Harmattan, 2012, page 43

1) Les différentes catégories de démence

Dans le DSM IV (classification psychiatrique Nord Américaine), trois catégories de démences sont décrites. La première catégorie correspond aux démences les plus fréquentes (environ 60% des cas de démence). Il s'agit d'un processus neuro-dégénératif engendré par la mort cellulaire progressive et irréversible des neurones. Ces démences regroupent la Démence de Type Alzheimer (DTA), la démence lobaire fronto-temporale (DLFT), la démence à corps de Lewy, la maladie de Parkinson et la Chorée de Huntington.

Dans la deuxième catégorie sont retrouvées les démences dites non dégénératives. Elles sont dues notamment à des atteintes vasculaires (AVC²⁰ répétés), infectieuses, virales (VIH), traumatiques, toxiques ou tumorales. La plus fréquente d'entre elles est la démence vasculaire. Les autres démences de cette catégorie sont les conséquences de maladies comme la sclérose en plaques, la maladie de Creutzfeldt-Jakob et le syndrome de Korsakoff (conséquence d'un alcoolisme chronique).

La démence mixte constitue la troisième catégorie. Il s'agit d'une atteinte neuro-générative couplée à une atteinte vasculaire.

2) Historique

Le terme de démence est issu du latin *dementia*, constitué du préfixe « de » et du substantif « mens » (âme, esprit).

Dans *Les Essais*, **MONTAIGNE** donne une explication de la démence : « *Tantôt c'est le corps qui se rend le premier à la vieillesse; parfois aussi c'est l'âme; et j'en ai assez vu qui ont eu la cervelle affaiblie avant l'estomac et les jambes* ».

Ce terme de démence est utilisé dès le 19^{ème} siècle pour désigner les personnes sans esprit c'est-à-dire celles qui ont perdu la raison. Décrits comme « possédés », ce sont des êtres sous l'emprise du diable, privés du contrôle d'eux-mêmes et de leurs actes.

Pour **PINEL**, médecin aliéniste, la démence prend comme signification l'existence d'une abolition de la pensée. En 1838, son élève **ESQUIROL**, définit la démence comme une affection cérébrale, ordinairement sans fièvre et chronique caractérisée par l'affaiblissement de la

²⁰ Accident Vasculaire Cérébral: obstruction de certains vaisseaux du cerveau qui entraîne un apport insuffisant de sang dans certaines zones du cerveau.

sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Les signes de cette infection sont l'incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et morale.

A partir de cette période, la démence devient un concept psychiatrique désignant une affection incurable, chronique et privant le sujet de ses capacités intellectuelles antérieures.

GEORGET, quelques années plus tard, insiste sur la notion d'irréversibilité de la démence, en la distinguant de la confusion et des mélancolies. L'hypothèse étiologique est donc l'usure de l'organe par effet de l'âge ou de la maladie mentale. L'origine de la démence sénile va rapidement être mise sur le compte des lésions vasculaires, on parle de démence arthritique.

A la fin du 19^{ème} siècle, les travaux d'**Aloïs ALZHEIMER** (psychiatre, neurologue et neuropathologiste) ont permis de mettre en évidence un syndrome démentiel en lien avec des lésions anatomiques caractéristiques chez des patients de moins de 65 ans : les plaques amyloïdes et les dégénérescences neurofibrillaires. Il a ainsi défini une maladie d'origine neurologique, ayant pour manifestations une altération de la mémoire, de l'attention, de l'orientation temporo-spatiale et du jugement. Cette forme de démence sera nommée dans un premier temps « maladie décrite par Alzheimer » et deviendra plus tard « maladie d'Alzheimer ». Dans les études qui ont suivi ces travaux, ont été révélées des lésions cérébrales similaires chez des sujets de plus de 65 ans, ce qui a donné naissance au concept de démence sénile de type Alzheimer (DSTA). Actuellement, la maladie d'Alzheimer et la démence sénile avec lésion de type Alzheimer sont considérées comme une seule et même maladie : il s'agit de la DTA (Démence de Type Alzheimer).

3) Les étiologies de la démence

Ces hypothèses étiologiques, élaborées depuis une vingtaine d'années, concernent essentiellement les Démences de Type Alzheimer (DTA).

a) Les théories organiques

a-1) Facteurs neurologiques lésionnels

Avant l'apparition des techniques de neuro-imagerie, le diagnostic de démence était posé après le décès du sujet dément, au moment de son autopsie. Au fur et à mesure de la sophistication des techniques telles que l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique), il a été mis en évidence la réalité des lésions cérébrales particulières dans les cas de démences de type Alzheimer, du vivant de la personne. Cet examen permet alors d'éliminer les diagnostics différentiels tels qu'une maladie vasculaire, un hématome sous-dural ou une tumeur.

Ainsi, au niveau neurologique, ces lésions prennent la forme d'une atrophie cérébrale, c'est-à-dire d'une perte d'épaisseur du cortex et d'un élargissement des ventricules. Les premières lésions apparaissent généralement au niveau de l'hippocampe, situé dans le lobe temporal et appartenant au système limbique. Cette structure joue un rôle central dans la mémoire et le repérage spatial. La dégénérescence neuronale s'étend progressivement vers les aires corticales adjacentes pour ensuite atteindre le cortex cérébral dans sa totalité.

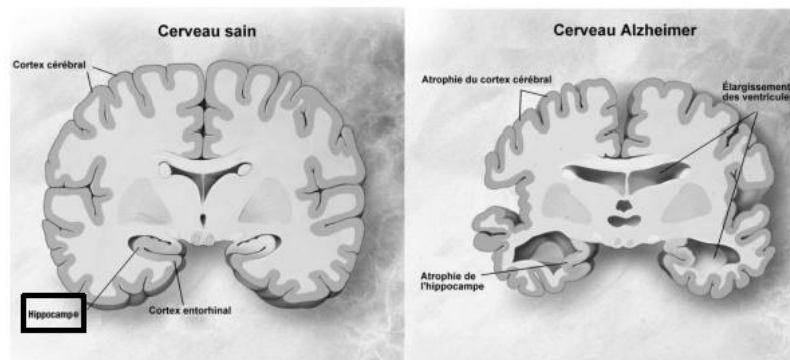


Figure 1 : Comparaison entre un cerveau sain et un cerveau Alzheimer

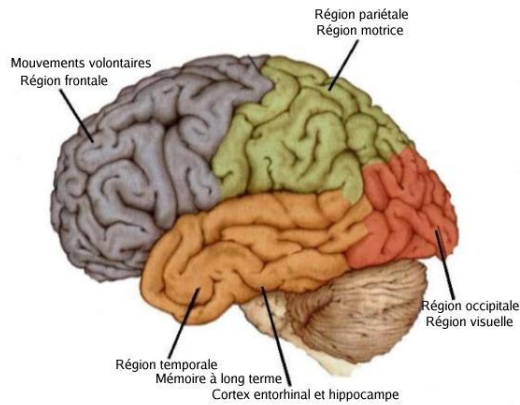


Figure 2: Vue latérale du cerveau sain

De plus, à l'échelle de la cellule, l'utilisation des biomarqueurs en biologie ont confirmé les descriptions d'**Aloïs ALZHEIMER** :

- Des dépôts plus ou moins généralisés de substance amyloïde constituée par la protéine Béta-amyloïde dans l'espace extracellulaire, constituant ainsi des « plaques séniles » responsables de la destruction des neurones. Il est important de préciser que ces plaques existent dans le cerveau du sujet âgé dit « normal » mais en moins grande quantité.
- Des amas de neurofibrilles, constitués de protéine « Tau », à l'intérieur même des cellules nerveuses, ayant pour conséquence d'entraîner leur mort.

Ces caractéristiques neurologiques particulières sont mises en évidence par une ponction lombaire chez le sujet dément, ce qui permet d'effectuer le dosage des deux protéines dans le liquide céphalo-rachidien. Tout d'abord, le peptide amyloïde chez un patient atteint de la maladie d'Alzheimer s'accumule dans les neurones donc sa proportion est très faible dans le liquide prélevé. La raison pour laquelle la seconde molécule est retrouvée en grand quantité chez le sujet malade est la suivante : lorsque les neurones meurent, elle est libérée dans le liquide céphalo-rachidien.

Au niveau neurologique, il y a également des dysfonctionnements au niveau des neurotransmetteurs dans la démence. Par exemple, il y a une destruction du noyau de Meynert sécrétant l'Acétylcholine qui joue un rôle important dans le système nerveux central. Elle est impliquée notamment dans le processus de mémorisation.

a-2) Facteurs encéphalitiques

Il s'agit d'une variante des lésions neurologiques précédentes. Les facteurs encéphalitiques peuvent être d'ordres très différents : virus, réaction immunitaire, impact de facteurs toxiques comme l'aluminium par exemple.

a-3) Facteurs neuro-sécrétoires

Il s'agit du modèle de la maladie de Parkinson qui met en évidence de multiples déficits en substances. Les fonctions neuromédiatrices présentent des perturbations qui engendrent des défauts au niveau des sécrétions de l'organisme.

a-4) Facteurs génétiques

Il y a aussi à prendre en compte les données génétiques du sujet. En effet, ont été mis en évidence des gènes prédisposant au développement excessif de la substance Amyloïde qui est responsable de l'apparition des plaques séniles et donc de la destruction des neurones. Ainsi, des études effectuées auprès des membres d'une même famille sur plusieurs générations, atteints de la maladie d'Alzheimer, ont permis d'isoler un gène qualifié « FAD » (Familial Alzheimer Disease), situé dans la plupart des cas sur le chromosome 21.

Cependant, il est important d'avoir à l'esprit que cette théorie génétique est à manier avec précaution car les recherches actuelles n'ont pas encore livré toutes les réponses. En effet, le lien de causalité entre la présence de la substance amyloïde et la clinique démentielle n'est pas établi. De plus, la localisation précise de gène n'est pas encore déterminée et l'expression ou non de ce gène n'est pas encore réellement expliquée. Une des hypothèses avancées serait la présence d'un même agent pathogène environnemental chez les membres d'une même famille.

Si la recherche s'est préférentiellement intéressée aux aspects biologiques de la démence, il apparaît plus en plus évident que les événements de vie difficile peuvent s'apparenter à des facteurs pathogènes, complexifiant l'adaptation du sujet au cours de sa vie.

b) Les théories psychodynamiques

Les théories psychodynamiques postulent que les facteurs émotionnels, psychoaffectifs et psychosociologiques ont un impact possible sur le fonctionnement cérébral et donc un rôle à jouer dans l'apparition de la démence.

b-1) Le modèle psychosomatique

Dans le modèle psychosomatique, prenant pour référence le modèle de l'ulcère gastrique, sont conjugués les facteurs neurologiques lésionnels et les facteurs de stress. En situation de stress, l'organisme sécrète des hormones corticoïdes qui favorisent la mémoire mais si celles-ci sont libérées en trop grande quantité, elles deviennent toxiques.

L'hypothèse qu'avance ce modèle est la suivante : chez les personnes stressées, l'excès d'hormones corticoïdes provoquerait une dégradation progressive de certaines structures comme l'hippocampe, susceptibles d'engendrer une démence de type Alzheimer. Il est cependant important de préciser qu'il n'a pas été encore affirmé si ce modèle concerne l'ensemble des « déments » ou seulement des sujets prédisposés.

b-2) Les autres théories psychodynamiques

Si la démence est réduite aux conséquences de l'atteinte cérébrale, le risque est de vider de tous sens les comportements et les symptômes du sujet, le privant ainsi de toute subjectivité et d'intentionnalité.

Certains auteurs se sont intéressés aux antécédents médicaux, sociaux, psychologiques, relationnels et familiaux des sujets déments. Ainsi, le rôle pathogène des événements que le sujet a pu rencontrer au cours de sa vie apparaît important à prendre en compte pour comprendre l'origine de la démence.

PERSON et **SKOOG** ont par exemple mis en évidence des « risques psychosociaux », inducteurs de vulnérabilité dans la maladie d'Alzheimer. Il s'agit de la perte d'un parent avant l'âge de 16 ans, un métier manuel très rude, une maladie physique chez le conjoint après l'âge de 65 ans et la survenue d'une maladie grave chez un enfant, après l'âge de 65 ans.

PLOTON et **HUGONOT**, eux, évoquent des relations intrafamiliales marquées par la rupture et l'isolement, certains événements de vie et un mode de réaction, de réponses

inadaptées face aux difficultés. Ainsi, l'environnement familial notamment au cours de l'enfance détermine le fonctionnement psychique du sujet. Chez les malades Alzheimer, une angoisse d'abandon est souvent retrouvée ainsi que des difficultés à gérer les situations de séparation. Selon **POILLOT**, ils ne peuvent pas rester seuls et ont besoin de la permanence de personnes réelles, équivalents d'objets extérieurs au Moi auxquels ils peuvent se raccrocher n'ayant pas une base interne suffisamment sûre, corrélatif d'une insuffisance d'objets internes.

La capacité verbale de Mme A., assise dans son fauteuil roulant, se réduit à cette expression « Aller, aller, aller » qu'elle accompagne d'un geste de la main et d'un regard adressé pour attirer l'attention des soignants qui passent devant elle.

Il y aurait aussi les situations de pertes et de deuil au cours de vieillissement qui pourraient expliquer l'entrée dans la démence, induisant une fragilisation de l'être dans son entier. En effet, le sujet doit faire face aux aléas de la vie qui peuvent constituer des traumatismes. **Jean MAISONDIEU** décrit le traumatisme comme étant « *un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathologiques durables qu'il provoque dans l'organisation psychique*²¹ ».

« La jeunesse, c'est la perte de ma maman. » Mme F.

Ainsi, la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés pourraient témoigner de difficultés d'élaboration des pertes et des deuils. Ceux-ci dépassent les capacités restantes du sujet, déjà limitées par des lésions cérébrales.

De plus, le sujet ferait le choix inconscient d'une bascule vers un fonctionnement mental de secours, une forme de défense paradoxale qui permettrait d'éviter de penser à la mort à venir. **MAISONDIEU** insiste particulièrement sur ce point et évoque l'angoisse de mort qui peut avoir un effet délétère sur le développement de la maladie. La démence apparaîtrait alors comme une défense ultime de l'autoconservation, une forme de « présentation déficitaire de soi », remplissant une fonction de compromis entre les nécessités de l'économie psychique du sujet (vivre) et celle contradictoire de l'économie groupale (demande faite à la personne

²¹ POILLOT A., « Approche psychodynamique de la démence de type Alzheimer », AFDG – Lettres de Psychogériatrie

vieillissante de quitter la scène des vivants). Il y aurait donc le choix inconscient d'un lâcher prise, une préférence pour l'oubli.

Ce terme d'économie psychique est également retrouvé chez **Louis PLOTON**. Pour lui, la démence serait une réaction d'adaptation de l'organisme et les patients âgés déments seraient initialement plus fragiles que la moyenne.

Donc selon cette perspective psychodynamique, il paraît évident que la démence ne peut pas être expliquée seulement par l'aspect neurologique : il s'agit donc de prendre en compte toute la sphère du fonctionnement psychique du sujet pour arriver à comprendre ses troubles.

La diversité des étiologies de la démence permet d'en aborder sa complexité. Le modèle qui apparaît donc être le plus adapté pour envisager la démence est le modèle bio-psycho-social. Il s'agit maintenant de décrire la réalité de la démence c'est-à-dire les signes cliniques que présente le sujet atteint de démence.

4) Les signes cliniques de la démence

La démence, et plus particulièrement la démence neurodégénérative, représente une altération des capacités mentales du sujet retentissant dans ses activités de la vie quotidienne et entraînant une rupture avec l'état antérieur. Se caractérisant par une perte d'autonomie progressive, elle présente des conséquences à la fois physiques, psychologiques, sociales et économiques, pour les sujets eux-mêmes, leurs familles, les personnes chargées des soins et la société.

Les signes cliniques de la démence (annexe 1, 2 et 3) apparaissent de manière progressive et sont variables selon le sujet dans leur nature, leur intensité et leur évolution.

Cependant, des symptômes caractérisent chaque stade d'évolution. Ainsi, l'OMS a défini trois stades de démence :

- *Le stade initial* : les symptômes passent souvent inaperçus puisqu'ils n'ont pas de retentissement fonctionnel dans la vie quotidienne du sujet. Il s'agit des troubles mnésiques c'est-à-dire des troubles au niveau de la mémoire à court terme ou épisodique ainsi qu'un début de désorientation spatio-temporelle. Le sujet présente des difficultés pour évoquer des souvenirs récents et pour mémoriser de nouvelles informations.
- *Le stade intermédiaire ou modéré* : les troubles de la mémoire s'accroissent et donc deviennent plus visibles. En effet, il y a une atteinte de la mémoire sémantique et procédurale. Les troubles deviennent de plus en plus invalidants, entraînant un retentissement sur l'orientation spatio-temporelle. Des signes d'aphasie, d'apraxie et d'agnosie peuvent commencer à émerger. A ce stade, l'autonomie quotidienne est restreinte.
- *Le stade évolué* : les difficultés deviennent plus nombreuses et plus sévères. Le sujet peut présenter un syndrome Aphaso-Apraxo-Agnosique : son langage, son organisation gestuelle ainsi que ses capacités de reconnaissance des objets ou des personnes sont atteints. Ce stade de démence est caractérisé par une dépendance dans tous les actes du quotidien et par l'existence de troubles qualifiés de symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD).

Pour le cas particulier de la démence de type Alzheimer, son évolution a été définie sur 7 stades. Les stades « aucune déficience » et « déficit cognitif très léger » et « léger » pourraient correspondre au *stade initial*. Les stades « déficit cognitif modéré » et « modérément sévère » rejoindraient les caractéristiques du *stade intermédiaire* tandis que les stades « déficit cognitif sévère » et « très sévère » seraient rapprochés du *stade évolué*.

Ces stades reposent sur l'évaluation des fonctions cognitives et du niveau de dépendance dans les activités quotidiennes du sujet âgé.

a) L'évaluation cognitive

En ce qui concerne le dépistage des troubles cognitifs chez le sujet, il a été considérablement amélioré par l'utilisation d'un instrument standardisé, le Mini-Mental State (MMS) ou Mini-Mental State Examination (MMSE), publié par **FOLSTEIN** en 1975 (Annexe 4). La passation de ce test ne nécessite que quelques minutes et fournit au neuropsychologue une quantification des déficits qui permet une comparaison entre le sujet et la norme.

Ce test est composé d'une série de questions qui portent sur l'orientation dans le temps et l'espace, l'attention, la mémoire, le langage et les praxies constructives. Le score maximum est donc de 30 points.

Il est important de préciser que le MMSE ne permet, en aucun cas, d'affirmer à lui seul le diagnostic de démence ni d'en préciser le type. Cependant, il est légitime pour apprécier la sévérité de la démence après un diagnostic de maladie d'Alzheimer par exemple. En effet, plusieurs travaux ont montré que le score au MMSE était corrélé à la perte d'autonomie ainsi qu'à l'atteinte neurologique. Le MMSE est également utilisé pour suivre l'évolution de la maladie chez le sujet.

b) L'évaluation de l'autonomie

La grille d'évaluation AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources) (Annexe 5) détermine le GIR²² (Groupe Iso-Ressources). Dans cette grille, dix activités sont évaluées afin de déterminer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement de ses actes quotidiens: cohérence, orientation, toilette habillage, alimentation, hygiène de l'élimination, transferts (capacité à changer de position : assise, debout, couchée), déplacements à l'intérieur du logement ou de l'institution, déplacements à l'extérieur, communication à distance.

Cette grille permet de distinguer six groupes, du plus autonome (GIR 6) au plus dépendant (GIR 1).

Le GIR 1 correspond aux personnes dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. Elles sont confinées au lit ou au fauteuil. La présence constante d'intervenants auprès de ces personnes est indispensable.

²² Support également utilisé pour déterminer le montant de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) qui sera versé par le département à la personne âgée (seuls les GIR 1 à 4 ouvrent le droit à l'APA).

Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes dont les fonctions intellectuelles sont préservées, nécessitant un accompagnement dans la plupart des activités de la vie quotidienne : celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil et celles qui sont autonomes dans leur déplacement.

Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices et qui ont besoin d'être assistées au quotidien.

Le GIR 4 regroupe les personnes n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer de manière autonome. Elles peuvent avoir besoin d'être aidées ponctuellement, notamment pour la toilette et l'habillage.

Le GIR 5 comprend des personnes âgées assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette.

Le GIR 6 correspond aux personnes autonomes au quotidien.

Dans cette première partie, les étiologies et les signes cliniques de la démence ont été abordées. Devant la priorité clinique de symptômes cognitifs pour l'établissement du diagnostic de démence, les symptômes psychologiques et comportementaux, évoqués seulement au niveau du stade évolué de la démence, apparaissent comme secondaires. Or, dans la clinique, ceux-ci sont retrouvés chez le sujet atteint de démence bien avant ce dernier stade. Il me semble donc essentiel de m'y attarder dans la prochaine partie de mon mémoire pour ensuite me consacrer plus particulièrement à l'un de ces symptômes : l'anxiété.

CHAPITRE II : L'ANXIETE CHEZ LA PERSONNE AGEE DEMENTE, UN SYMPTOME PARMIS D'AUTRES

A. Les symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD)

1) Définition

Si la démence se caractérise par une altération des fonctions cognitives dont l'un des signes cliniques majeurs est le trouble de la mémoire, des modifications comportementales, invalidantes pour le patient et son entourage, sont également observées. Communément appelés troubles du comportement ou symptômes psychiatriques, ils se regroupent sous le terme de symptômes psychologiques et comportementaux des démences ou SPCD depuis 1996, date à laquelle l'International Psychogeriatric Association (IPA) établit un consensus sur ces troubles associés à la démence. Pour **FRENKEL**, il s'agit de « *symptômes de perturbations de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur et du comportement apparaissant fréquemment chez les sujets atteints de démence* ».

Leur survenue est souvent imprévisible, ils sont variables dans le temps, et sont fréquemment associés entre eux.

Dans son ouvrage *Alzheimer et états comportementaux*, **Renaud DAVID** évoque le fait que les SPCD suscitent un intérêt croissant parce qu'ils occasionnent une part importante de la souffrance des patients et des aidants, et conditionnent fortement le mode de vie du patient et son parcours de soins.

Ainsi, selon l'IPA, le terme de symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) fait référence à deux catégories de symptômes :

- Les symptômes psychologiques, tels que les symptômes anxieux et dépressifs, les hallucinations et le délire.
- Les symptômes comportementaux, tels que les comportements agressifs, les cris, l'errance, l'opposition et les conduites sexuelles inappropriées.

Selon **BURNS**, la frontière entre ces deux catégories n'est pas absolue. En effet, un symptôme observé chez un sujet peut relever des deux catégories. J'étudierai en particulier l'anxiété dont les manifestations sont autant comportementales que psychologiques.

2) Etiologies

Il faut souligner que les modifications biologiques spécifiques de la démence sont nécessaires mais non suffisantes pour produire de tels symptômes. En effet, des facteurs additionnels très importants comme l'environnement et la personnalité du sujet contribuent aussi à déterminer l'existence de modifications psychologiques et comportementales. Ainsi, leur origine est plurifactorielle.

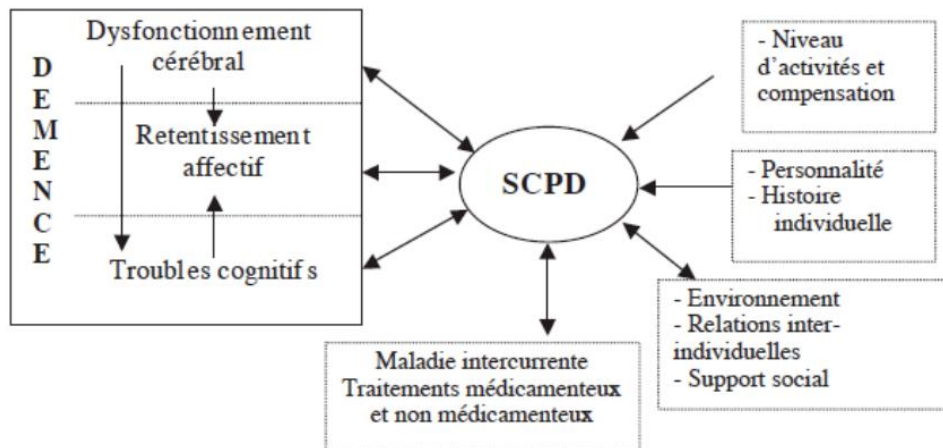


Figure 3 : Facteurs étiologiques des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD)

Ces symptômes, pouvant être présents avant même le diagnostic de démence, sont habituellement identifiés au cours de l'évolution de celle-ci, et ont tendance à se majorer entre eux et avec l'aggravation du déclin cognitif (BENOIT *et coll.*, 2003). ESQUIROL évoquait déjà l'existence de ces symptômes en parlant de manifestations émotionnelles accompagnant la démence tandis qu'ALZHEIMER soulignait la présence d'un délire de jalousie, d'hallucinations auditives, d'explosions verbales, d'accès de colère, de cris répétés et de comportements de dissimulation d'objets.

3) Identification et évaluation des SPCD chez le sujet institutionnalisé

Les manifestations non cognitives des démences ont retenu l'intérêt des cliniciens et des chercheurs à partir des années 1980. Les premiers travaux ont montré qu'elles ne sont pas liées à la gravité du syndrome démentiel et qu'elles peuvent en représenter les premiers symptômes. D'après **BECK et coll.**, les SPCD sont largement répandus dans les milieux de soins où leur prévalence varie de 22,6 à 91%. Il apparaît donc évident qu'ils font parties de la réalité quotidienne des soignants et des proches.

Leur identification repose principalement sur l'observation du sujet dans sa vie quotidienne. Pour évaluer les patients vivant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), le support utilisé pour leur identification est l'Inventaire Neuropsychiatrique Version pour l'équipe soignante (NPI-ES) (Annexe 6). Cet inventaire a été conçu par **CUMMINGS** et traduit en français par **ROBERT**. Il se base sur les informations recueillies par les membres de l'équipe soignante impliqués dans la prise en soin du patient.

Les 10 domaines comportementaux qui sont évalués sont les suivants : idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression/dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur/euphorie, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur et comportement moteur aberrant. Il y a aussi deux variables neurovégétatives qui sont pris en compte : le sommeil et l'appétit.

Pour chaque item, il s'agit d'évaluer le symptôme en fonction de sa fréquence (cotée de 1 à 4) et sa gravité (cotée de 1 à 3) ainsi que son retentissement au quotidien (coté de 1 à 5).

4) La réalité des SPCD chez du sujet âgé dément en institution

Dans le travail de réflexion qui a été mené par le Gérontopôle de Toulouse sous la direction du Professeur **Bruno VELLAS**, certains aspects des symptômes psycho-comportementaux des démences ont été constatés.

Tout d'abord, les symptômes psycho-comportementaux représenteraient probablement la première difficulté à laquelle sont confrontés les professionnels en institution. En effet, ces symptômes sont fréquents et concerneraient près de 80% des patients au cours de l'évolution de la maladie. De plus, leur prévalence augmente avec la sévérité du déclin cognitif.

De plus, certains de ces symptômes seraient particulièrement gênants en institution : l'agressivité, qui concerne, selon les études, 30 à 55% des patients, est ainsi le symptôme le plus fréquemment observé. On note aussi des comportements moteurs aberrants et la déambulation qui sont les symptômes les plus « perturbateurs ».

Ces derniers peuvent être à l'origine d'une souffrance chez le patient et augmenteraient considérablement le fardeau des soignants professionnels et de la famille en raison de la difficulté à les gérer.

Madame R., âgée de 92 ans, réside depuis près de 4 ans dans l'unité Alzheimer de l'EHPAD. Son dossier indique un diagnostic de syndrome démentiel et d'état anxio-dépressif. Ses fonctions cognitives sont profondément détériorées comme le démontre un résultat de 9 sur 30 au MMSE. Les membres du personnel soignant rapportent qu'elle manifeste sur une base régulière des troubles des conduites d'orientation majeurs. Elle exprime de manière exclusive et répétée son désir d'aller prendre un train ou un bus puis s'agite et déambule à la recherche d'une sortie.

B. L'anxiété

1) Définition

Le mot « anxiété » dérive du latin *anxietas* qui signifie disposition à l'inquiétude. L'anxiété est une émotion qui peut être décrite comme étant une peur anticipée. Contrairement à la peur qui survient face à un danger réel, l'anxiété se déclenche face à un danger potentiel, incertain. Elle peut donc exister en l'absence d'événements menaçants et sa cause n'est pas forcément consciente. L'anxiété apparaît aussi comme étant l'une des réponses au stress, comme la dépression.

L'anxiété est une réaction émotionnelle normale qui permet à un individu de faire face à une menace éventuelle, c'est-à-dire de s'en protéger. Elle possède donc une valeur adaptative.

Dans certains cas, l'anxiété peut devenir chronique et excessive par rapport aux situations auxquelles l'individu est confronté. On parle alors de pathologies anxieuses ou de troubles anxieux.

a) Anxiété et angoisse

Pierre PICHOT (1998) compare les deux termes angoisse et anxiété du point de vue de leur étymologie. Il évoque leur origine commune qui prend sa source dans le sanskrit²³ *amhas* (l'étroitesse). Cette racine donne naissance en latin à deux séries de mots : la première avec les verbes *ango*, *angusto*, *angustio* et la deuxième avec le verbe *anxio*.

C'est d'ailleurs sur cette distinction que la psychiatrie française a longtemps fondé la différence entre les deux termes : l'anxiété étant réservée au versant psychologique, l'angoisse au versant somatique, avec une idée d'oppression physique.

Pour **BRISSAUD** (1890), l'angoisse est décrite comme étant une crise où n'interviennent que des sensations physiques, les « *réactions anxieuses qui peuvent s'y rajouter n'étant que contingentes* ». Sa théorie est la suivante : « *L'angoisse est un trouble physique qui se traduit*

²³ Langue indo-européenne de la famille indo-aryenne, autrefois parlée dans le sous-continent indien. Le sanskrit est notamment la langue des textes religieux hindous ainsi que des textes littéraires ou scientifiques. Il continue d'être utilisé à la manière du latin en Occident.

par une sensation de constriction, d'étouffement ; l'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable ».

Cette conception est reprise par d'autres auteurs tels que **CLAUDE** et **LEVY-VALENSI** (1938) qui définissent l'angoisse comme étant « *l'ensemble des sensations et des réactions somatiques qui accompagnent à l'ordinaire l'anxiété* ». Ces auteurs évoquent l'idée que l'angoisse est une sensation physique et l'anxiété un état d'âme.

Chez certains auteurs classiques, le même mot a été utilisé mais avec des sens différents : *ango* signifie chez **VIRGILE** (40 avant J.-C.) serrer, étrangler et chez **CICERON** (55 avant J.-C.), tourmenter, inquiéter. Ce dernier oppose d'ailleurs ces deux termes : *anxietas* représente une inquiétude permanente et *angor*, un tourment passager.

Cette notion d'étroitesse dans l'origine des mots ferait référence au rétrécissement du monde de l'individu anxieux : seuls les thèmes de souci et d'inquiétude ponctuent sa vie quotidienne.

En raison de leur origine commune, l'angoisse et l'anxiété ont été amenées à être rapprochées. Par exemple, **J. BOUTONIER**, dans son ouvrage sur l'angoisse en 1945, n'explique pas celle-ci comme la « *participation physique* » de l'anxiété. Au travers de sa question : « *Est-il vraisemblable que cette sensation (l'angoisse pure) n'ait aucun critère affectif ?* », il semble poser le fait qu'il n'y aurait pas de distinction possible entre les deux termes.

Dans son ouvrage, *L'anxiété*, **Pierre BONNIER** (1913) confond, lui aussi, les deux concepts : « *L'anxiété, le vertige, la nausée sont des états bulbaires ; ce qui est cérébral, c'est la conscience de cette anxiété, de ce vertige, de cette nausée.* »

La distinction qui pourrait être faite entre les deux termes serait d'ordre quantitatif. En effet, ce qui aiderait à les différencier serait le critère de durée du phénomène : l'angoisse serait davantage un phénomène aigu et l'anxiété plus durable.

Pour le psychanalyste **MOREY** (1998), l'angoisse est une constance de l'existence humaine. Considérée comme normale, elle peut éventuellement être stimulante. Cet auteur envisage une distinction entre les deux termes : « *Dans l'anxiété, existent une attente, une anticipation de quelque évènement ou série d'évènements inquiétants. L'incertitude est présente. L'anxiété fait donc penser aussi au doute et à l'inquiétude. Il n'est pas pareil de se dire anxieux sur son avenir ou angossé à ce sujet. Il semblerait que l'angoisse se réfère à des choses*

plus fondamentales et qu'elle soit jugée beaucoup plus sérieuse, au sens de dangereuse et menaçante, que l'anxiété ». Une différence de nature est évoquée entre les deux termes, l'angoisse trouvant une place plus métaphysique.

b) Stress et anxiété

Le stress est un mot anglais sans équivalent en français qui apparaît au 17^{ème} siècle dans la littérature anglaise. Il désigne un état de détresse en rapport avec la dureté de la vie et l'adversité. Dans le domaine de la physique, il correspond à la contrainte excessive subie par un matériau. Le concept médical s'est développé dans la première moitié du 20^{ème} siècle suite aux travaux physiologiques sur l'effet du stress sur l'organisme.

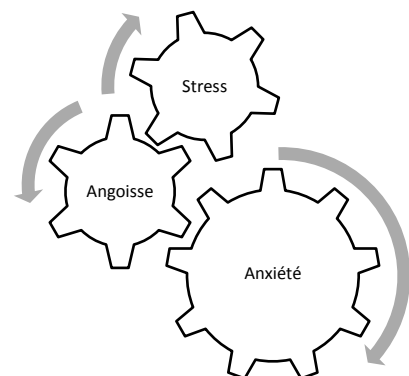
Pour **SERVANT**, le rôle du stress ou des évènements stressants de la vie est supposé depuis longtemps dans l'anxiété. L'influence du stress dépendrait à la fois de la vulnérabilité du sujet et de l'intervention d'autres facteurs de l'environnement comme le support social et l'éducation.

c) Anxiété d'état et anxiété de trait

L'anxiété d'état est suscitée ponctuellement en réponse à un contexte ou à une situation donnée. Elle est de nature immédiate et de courte durée.

L'anxiété de trait, quand à elle, correspond à une caractéristique permanente, stable d'un sujet. Un sujet ayant une anxiété de trait aura une disposition importante à manifester de l'anxiété même en dehors de tout événement stressant. L'anxiété de trait est considérée comme un facteur prédisposant au développement des troubles anxieux.

Si tout ce qui est stress et angoisse génèrent chez la personne de l'anxiété, cette dernière peut à son tour induire stress et angoisse : c'est un cercle vicieux.



2) Bases neurobiologiques de l'anxiété normale et pathologique

L'étude des comportements de patients ayant des lésions de l'amygdale, ou plus largement des lobes temporaux ont permis les premiers travaux portant sur les bases neurobiologiques de l'anxiété chez l'homme. Il a été observé chez ces patients une indifférence émotionnelle, c'est-à-dire une incapacité à attribuer une signification affective aux informations extérieures. La stimulation de l'amygdale chez des patients souffrants d'épilepsie sévère a confirmé l'implication de cette région dans les émotions : elle provoque des sentiments de peur et d'anxiété ainsi qu'une activation du système nerveux autonome.

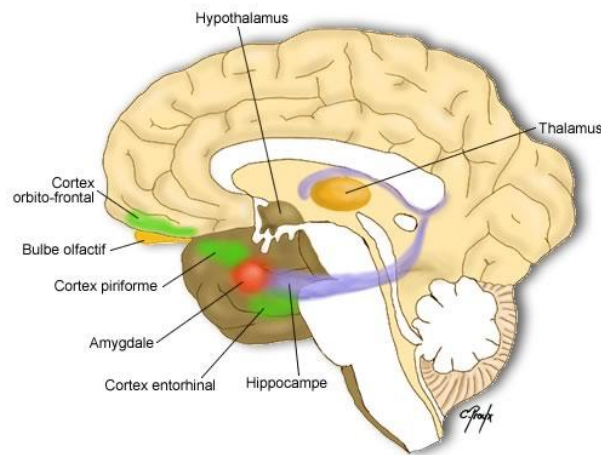


Figure 4 : Coupe sagittale d'un cerveau sain

Ensuite, le développement de la neuro-imagerie fonctionnelle (IRM, EEG, ...) a permis de repérer les structures cérébrales engagées dans le contrôle des émotions et notamment de l'anxiété. Une cartographie des circuits cérébraux impliqués dans l'anxiété chez le sujet sain (ne souffrant pas de pathologies anxieuses) a pu être établie afin de déterminer à quels niveaux de ce réseau de structures se situent les dysfonctionnements associés à une pathologie anxieuse spécifique.

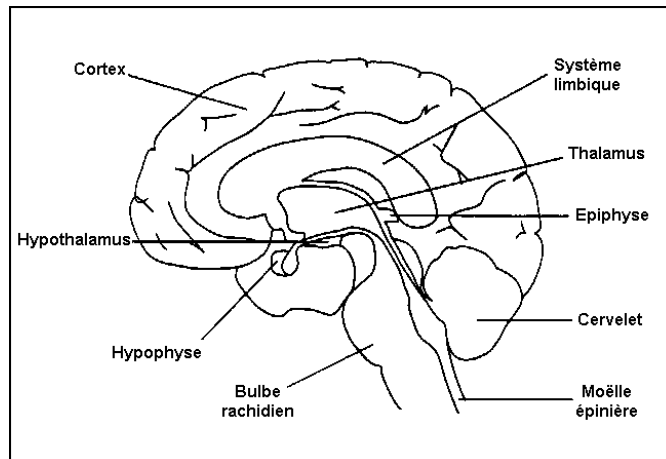


Figure 5 : Les structures cérébrales impliquées dans l'anxiété

Ainsi, le réseau cérébral impliqué dans l'état anxieux est constitué du système limbique qui identifie les stimuli menaçants et qui est responsable de la génération de l'état anxieux, et d'une partie corticale intervenant dans leur évaluation et leur régulation pour une réponse émotionnelle plus adaptée. Or, dans les processus démentiels et plus particulièrement dans la maladie d'Alzheimer, la structure qui est atteinte en premier est l'hippocampe, situé dans le lobe temporal et appartenant au système limbique.

En conclusion, les aspects neurologiques de la démence peuvent expliquer l'anxiété observée chez le sujet.

Dans cet écrit, j'ai choisi de ne pas aborder la psychopathologie du sujet se basant sur les critères diagnostiques de l'anxiété des classifications internationales (comme le DSM-IV par exemple) pour ne pas limiter les illustrations cliniques. Ainsi, les personnes âgées démentes dont je vais parler ne sont pas obligatoirement diagnostiquées anxieuses. Il s'agit plutôt de comprendre l'origine et l'impact de leur vécu anxieux.

3) L'anxiété comme symptôme de la démence chez le sujet dément institutionnalisé

Marie, âgée de 97 ans, réside depuis janvier 2013 en EHPAD. Les motifs de son entrée en institution sont une perte d'autonomie signifiante et une anxiété se traduisant par une hyperactivité. Dans le questionnaire qu'elle a rempli au début de sa prise en soin, elle a écrit « être dans l'action pour ne pas être morte ».

Son dossier indique des troubles cognitifs : son score au MMSE effectué en mai 2013 est de 12/30, ce qui correspond à une démence modérée (score entre 10 et 18).

Marie est petite et elle se tient courbée du fait de sa scoliose. Elle semble frêle au niveau de son ossature mais cela dénote avec son apparente tonicité corporelle. Elle se déplace à l'aide de son déambulateur à roulettes.

Lors des activités manuelles comme la confection des bouquets de fleurs, Marie est particulièrement habile de ses mains. On peut noter dans ses gestes un certain automatisme reflétant une mémoire procédurale intacte. Cependant, le champ de la cognition et des souvenirs personnels, ceux qu'elle n'aborde pas d'elle-même, semble lui poser problème. Si on la sollicite à ce niveau, elle peut alors commencer à agiter rapidement ses doigts en pianotant sur la table et à chanter plusieurs fois le refrain de Maurice Chevalier qu'elle connaît par cœur comme pour éluder les questions posées : « Dans la vie faut pas s'en faire, moi je m'en fais pas, ces petites misères seront passagères, tout ça s'arrangera. Je n'ai pas un caractère à me faire du trac, croyez-moi sur terre, faut jamais s'en faire, moi je m'en fais pas. »

Je me suis posée la question de savoir si cela était une sorte de réassurance ou une stratégie de compensation pour contourner ses difficultés. Il semblerait qu'elle agisse de cette manière comme pour montrer son impatience, son envie de passer à autre chose.

Selon **MINTZER et coll.**, l'anxiété, souvent décrite en association avec l'agitation ou la dépression, peut apparaître de façon isolée. Sa prévalence n'est pas encore clairement établie. En effet, selon **SADAVOY et LECLAIR**, les seules études qui se sont intéressées à cet aspect font état de manifestations anxieuses chez 17 à 71% des sujets déments.

L'anxiété se présente sous trois registres : un registre somatique, un registre comportemental et un registre psychique. Pour l'identifier et l'évaluer chez le sujet, les soignants sont amenés à utiliser le NPI-ES, décrit précédemment, qui comprend une partie réservée à ce symptôme (Annexe 7).

a) Registre somatique

Les signes somatiques généraux qui pourraient témoigner d'une dysrégulation neurovégétative dans l'anxiété sont les suivants :

- Une tachycardie
- Une dyspnée, une respiration particulière (encombrée, saccadée, coupée...)
- Une raideur musculaire, un tonus musculaire élevé
- Des tremblements
- Des sensations d'oppression thoracique, d'étouffement
- Des nausées
- Des pleurs

b) Registre comportemental

Au niveau comportemental, les modes d'expression de l'anxiété sont variables et dépendent des capacités fonctionnelles résiduelles de la personne. En effet, les sujets qui sont autonomes dans leur déplacement peuvent déambuler. Certains peuvent être agités alors que d'autres se montrent agressifs envers eux-mêmes ou envers autrui.

On parle aussi de conduites stéréotypées ou compulsions comme la manipulation incessante d'objets, des troubles du sommeil et une perturbation du langage (logorrhée compréhensible ou non...).

Madame M., âgée de 90 ans, est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Au moment du coucher, elle vérifie plusieurs fois que la porte de sa chambre est bien fermée.

Madame S., âgée de 90 ans, présente des troubles cognitifs importants. Son score au MMSE est de 9 sur 30. Alors qu'elle est seule dans sa chambre, elle peut parler. Son discours, dont le débit est continu et accéléré, est sans suite ni liaison (illustration concrète de l'expression « passer du coq à l'âne »).

c) Registre psychologique

Mme P., âgée de 92 ans, réside depuis deux ans et demi en EHPAD. Son dossier indique un diagnostic de maladie à corps de Lewy, à l'origine d'une démence. Elle se dit abandonnée par sa famille et en particulier par son mari (celui-ci est décédé il y a quelques années). En fin d'après-midi, elle demande plusieurs fois si un couvert a été réservé pour elle pour le dîner ainsi qu'une chambre.

Il est décrit souvent chez la personne âgée démente anxieuse un état subjectif de détresse dans lequel se mêlent des sentiments de malaise, d'insécurité et de vulnérabilité. Ce qui semble être à l'origine de son mal-être est sa difficulté à comprendre ce qui lui arrive.

Faisant preuve d'une grande dépendance affective, elle est souvent en proie à un vécu d'abandon angoissant qui se traduit par une redondance des demandes (explicites ou implicites) ou des conduites destinées à attirer l'attention.

« Ma mère m'attend, je dois aller la retrouver²⁴ ».

La personne est à la recherche d'une présence maternelle. **Stéphanie PIN LE CORRE et coll.** parlent à ce propos d'hallucinations mnésiques ou de plongeurs rétrogrades ou encore de télescopage des évocations. En effet, un fractionnement dans la désintégration de ces processus mnémoniques a été mis en évidence dans la maladie d'Alzheimer ou dans les syndromes apparentés. Les différents « types » de mémoire ne se détériorent pas de la même manière ni au même rythme. Alors que le sujet atteint de démence souffre prématurément d'un déficit de la mémoire épisodique antérograde, sa mémoire rétrograde associée aux souvenirs plus anciens semble bénéficier d'une relative préservation jusqu'à des stades avancés de la maladie. Ainsi, il y a un glissement lent et progressif « vers le passé ». Le sujet vit sa réalité quotidienne de plus en plus à travers des souvenirs anciens, comme s'il s'agissait du présent.

Cette particularité amène les professionnels à jouer un rôle maternel, de réassurance et de sécurité affective, auprès de ces sujets pour les accompagner au quotidien.

²⁴ La prise en charge de la maladie d'Alzheimer, Gérontologie et société, n°128/129, page 98

HYPOTHESE DE TRAVAIL

Nous avons vu que la démence, en plus d'être à l'origine de troubles cognitifs, a des répercussions sur l'autonomie du sujet qui en est atteint. Elle vient ainsi se greffer à son identité de sujet vieillissant. Cette démence, et il ne faut pas s'arrêter seulement à la très célèbre maladie d'Alzheimer, peut être expliquée par de nombreuses formes de dysfonctionnements. Si les études scientifiques révèlent leurs aspects organiques, elles sont complétées par des théories psychodynamiques.

La situation de vulnérabilité dans laquelle la démence plonge le sujet engendre chez lui des comportements dits « productifs » ou « perturbateurs ». Ils sont regroupés sous le terme de symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) et sont considérés comme la conséquence d'une situation d'inconfort physique, somatique ou psychologique, souvent difficilement verbalisable pour le sujet.

Au cours de cette année de stage, je me suis particulièrement intéressée à l'anxiété chez la personne âgée démente et à son approche en psychomotricité. Dans la situation où le sujet se montre anxieux, il semblerait qu'un accompagnement contenant et personnalisé par le professionnel ait des effets positifs sur son comportement.

L'hypothèse qui découle de mes questionnements et réflexions est la suivante : **le bain et le toucher thérapeutiques constituent deux médiations par lesquelles le psychomotricien vise à diminuer le vécu anxieux de la personne âgée démente.**

Dans cette partie, nous aborderons le cadre de ma pratique pour ensuite nous intéresser à ces prises en soin spécifiques reposant sur des concepts fondamentaux de la psychomotricité.

Des études de cas viendront ensuite mettre en pratique les théories avancées.

CHAPITRE III : LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRES DE LA PERSONNE AGÉE DEMENTE ANXIEUSE

A. Mes lieux de stage

1) Présentation générale

Pour cette troisième année de formation en psychomotricité, j'ai choisi de concentrer mon expérience professionnelle auprès de la personne âgée. Ainsi, j'ai eu la possibilité d'effectuer deux stages dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'un des deux stages étant expérimental.

Il s'agit de deux résidences collectives mixtes destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes.

Le premier établissement est une structure privée associative. Il dispose d'une capacité d'accueil de 101 places : 83 places pour l'hébergement permanent dit classique, 13 places dans une unité protégée, 4 places pour l'accueil temporaire et 1 place pour l'hébergement d'urgence.

Le second établissement est une structure médico-sociale gérée par le Centre Communal d'Action Sociale de la ville (CCAS). Il compte 80 lits en hébergement permanent dont une unité protégée de 20 lits ainsi que 7 lits pour l'accueil temporaire et 2 lits pour l'hébergement d'urgence. Chaque jour de la semaine, 5 personnes âgées viennent en accueil de jour au sein de l'unité protégée.

2) Missions

Les missions des deux établissements se définissent selon trois grands axes :

- Créer pour le résident un « chez soi » qui favorise l'épanouissement et l'autonomie.
- Offrir un accompagnement adapté et personnalisé (projet de vie et de soin personnalisé)
- Favoriser les échanges internes et ouvrir l'établissement sur l'extérieur.

L'objectif visé qui découle de ces différentes missions est l'accompagnement dans le respect de la personne âgée, en la considérant dans sa singularité c'est-à-dire en prenant en compte son histoire et ses capacités physiques et psychiques.

a) Projet d'accompagnement personnalisé

L'accompagnement du résident nécessite la mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé qui formalise les besoins et souhaits du résident, et permet de personnaliser la prise en soin proposée au sein de l'établissement.

La finalité première de ce projet est le bien-être de la personne résidente. Cependant, ce projet aura également une incidence d'une part sur l'organisation du travail des professionnels qui accompagnent au quotidien les résidents, et d'autre part sur l'institution qui est engagée dans une démarche d'amélioration continue de qualité. Les objectifs du projet d'accompagnement personnalisé sont triples :

- Objectif 1 : Assurer une continuité de vie et de bien-être au résident malgré le cadre de vie différent : en considérant ses besoins qui justifient son institutionnalisation, en respectant ses habitudes et ses préférences quotidiennes, et en lui proposant les différents dispositifs mis en place par l'établissement (animations...).
- Objectif 2 : Impliquer autrement et valoriser le personnel dans l'accompagnement des personnes résidentes. Ceci en prenant en compte leurs observations et impressions auprès des résidents, en les sollicitant et les inscrivant dans l'élaboration et le suivi des objectifs personnalisés.
- Objectif 3 : Exercer, évaluer et faire progresser une démarche de qualité interdisciplinaire au service de chaque résident. Ceci en mettant en place dans le cadre du projet d'accompagnement personnalisé : une collaboration des différents services de l'établissement, un suivi et une évaluation de cette collaboration en fonction des objectifs personnalisés préalablement définis.

b) Projet de soin et projet d'animation

Le projet de soin des deux structures s'articule autour des objectifs suivants : respecter la dignité du résident quelque soit sa dépendance et ce jusqu'au dernier jour de sa vie et préserver, stimuler et maintenir l'autonomie (physique, mentale et sociale) du résident.

Dans ce but, les deux institutions s'engagent à veiller, au quotidien, à ce que tout concourt au bien être du résident (alimentation suffisante et de qualité, hydratation suffisante et adaptée, prévention des chutes,...) ainsi qu'à faire appel aux professionnels compétents (médicaux et paramédicaux) en cas de besoin.

Le projet d'animation est de favoriser le maintien de la vie sociale des résidents en leur proposant des activités de loisirs adaptées. Pour cela, les professionnels s'engagent à proposer des activités pour le maintien de l'autonomie physique, mentale et sociale (revue de presse, gymnastique, chorale...), à développer des actions de divertissement et de pratique des loisirs socioculturels (séance de cinéma, organisation de sorties, loto...) et à favoriser les actions intergénérationnelles et interculturelles avec les différents acteurs de la vie locale (lien avec les structures voisines comme les écoles).

Cette articulation entre les deux projets est rendu possible par le lien permanent entre les équipes soignantes et les équipes d'animation. Cette libre circulation des informations concernant les résidents se réalise au travers des transmissions orales et écrites.

3) Ma place de stagiaire dans ces deux institutions

Suivant l'établissement, je n'avais pas le même cadre d'intervention. En effet, sur mon premier terrain de stage (expérimental), j'évoluais de manière autonome auprès des résidents tandis que sur mon second lieu de stage, j'intervenais sur l'unité protégée, encadrée par la psychomotricienne.

Cette situation m'a permis de faire des liens entre mes deux pratiques et cela a contribué à enrichir mon expérience professionnalisante auprès de ce type de population.

a) Lieu de stage n°1

a-1) Organisation

La psychomotricienne intervenant sur la structure n'étant pas présente le jeudi, jour de mon stage, j'ai été guidée dans ma pratique par l'infirmière coordinatrice.

Les personnes âgées que j'ai été amenée à suivre sont plus particulièrement les résidents de l'EHPAD dit classique. Dans le cadre du PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés), j'ai également rencontré certaines résidentes de l'unité protégée.

Le PASA permet d'accueillir, dans la journée, une dizaine de résidents de l'EHPAD des unités d'hébergement classique et protégée, atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et présentant des troubles psycho-comportementaux modérés tels que décrits dans l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) (apathie, anxiété, instabilité de l'humeur...). Il s'agit pour les professionnels de leur proposer des activités thérapeutiques (atelier corporel, musique, cuisine...), afin de maintenir leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux. Les résidents sont orientés vers le PASA après l'accord du médecin traitant, du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante. Ces activités particulières adaptées au résident s'intègrent donc à son projet d'accompagnement personnalisé (projet de vie et de soins).

En raison des travaux de la structure pour la création des locaux du PASA pendant l'année de mon stage, seule l'après-midi était réservée à cette organisation.

Je décrirai plus bas le fonctionnement particulier de l'unité protégée propre aux deux structures.

a-2) Place de la psychomotricité

Jusqu'en septembre 2010, un psychomotricien libéral intervenait sur la structure. Il y a eu ensuite la création d'un poste pour un atelier sensoriel auprès de personnes très dépendantes. L'augmentation du temps de présence du psychomotricien s'est fait de manière progressive au cours des années. Aujourd'hui, la psychomotricienne intervient au sein du PASA (aux côtés de professionnels soignants), participe au repas thérapeutique du midi et fait des prises en soin individuelles, notamment en bain thérapeutique.

b) Lieu de stage n°2

b-1) Organisation

Au cours de ce stage, j'ai été amenée à évoluer au sein de l'unité protégée de l'EHPAD. Celle-ci accueille des sujets âgés souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés compliqué de symptômes psycho-comportementaux dits « productifs », « gênants », ou perturbateurs ».

Il s'agit d'un environnement architectural adapté et indépendant du reste de la structure, au sein duquel le personnel est qualifié et volontaire. Pour la sécurité des résidents, l'accès à cette unité est protégé par un code.

Le projet de l'unité protégée tient compte à la fois des difficultés de gestion des troubles du comportement (agitation, déambulation, agressivité...) et de la nécessité d'exploiter les capacités cognitives restantes par un accompagnement adapté et par diverses sollicitations. Selon **FERREIRA**, dans cette «*bulle protectrice*», tout est mis en œuvre afin de préserver « *l'être social* » dans son identité et sa singularité. Si nous faisons référence à **BION** évoquant la fonction alpha dans un groupe, celui que forme les professionnels auprès des résidents de l'unité protégée permet de contenir les pensées, les angoisses, et doit pouvoir apaiser, délimiter, ajuster, lier... Il reçoit des « vécus bruts » (éléments bêta) et va essayer d'y remettre du sens (fonction alpha). L'équipe pluridisciplinaire de l'unité, à travers ses « capacités d'accueil » (dans le sens de recevoir, métaboliser...), occupe une place « *d'appareil psychique groupal* ». Celui-ci permettrait alors de penser les « *non-pensées* ».

De manière spécifique, même si cette unité a un fonctionnement indépendant du reste de la structure, diverses occasions amènent les résidents, accompagnés des soignants, à quitter leur lieu de vie pour rejoindre les résidents de l'hébergement dit classique. Il s'agit notamment des événements organisés par l'équipe animation comme par exemple des projections de films, des rencontres musicales (spectacle, chorale...).

b-2) Place de la psychomotricité

Le soin en psychomotricité est présent depuis l'ouverture de l'EHPAD en 2007. Il s'adresse principalement aux personnes atteintes de démences afin de favoriser les fonctions

psychomotrices (motricité, mémoire, cognitions, affects...) de la personne âgée dans leurs dimensions relationnelles.

Les prises en soin peuvent être collectives ou individuelles. Des ateliers de groupe mis en place répondent à des objectifs posés comme l'expression corporelle, les exercices de mémoire ou les coordinations fines et globales. Dans les prises en soin individuelles, les médiations utilisées sont le bain thérapeutique ou le toucher thérapeutique. La psychomotricienne est également amenée à assister à des toilettes pour apporter son regard clinique spécifique aux soignants.

La professionnelle participe également aux repas thérapeutiques du midi, le mardi et le vendredi, sur l'unité protégée. A ces occasions, l'équipe déjeune avec les résidents, tout en essayant d'ouvrir la discussion sur divers sujets. Le repas constitue pour la psychomotricienne un temps d'observation clinique riche.

Les objectifs généraux de la prise en soin en psychomotricité au sein de l'unité sont :

- Maintenir et/ou réactiver des capacités attentionnelles tout en respectant les limites de la personne ;
- Favoriser une prise de conscience du corps comme lieu de plaisir ;
- Proposer un ressenti permettant au sujet de retrouver une certaine unité corporelle ;
- Accéder à des moyens de communication et d'expression non verbales ;
- Vivre son corps et maintenir un contact avec son image ;
- Favoriser une certaine dynamique corporelle, et ainsi une prise de conscience corporelle.

La présentation de mes lieux de stage m'a permis de poser le cadre de ma pratique. Je vais maintenant pouvoir aborder la spécificité de l'accompagnement psychomoteur de la personne âgée démente en bain et en toucher thérapeutiques.

B. Le bain et le toucher thérapeutiques comme supports de l'accompagnement en psychomotricité

1) Présentation du cadre

a) Le bain thérapeutique

a-1) Définition

Le bain thérapeutique est un exemple d'utilisation de la médiation « eau » en psychomotricité auprès de la personne âgée démentée anxieuse. De manière générale, la médiation, qu'elle soit corporelle ou autre, propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet étant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe²⁵.

« Depuis fort longtemps, l'eau est utilisée à des fins thérapeutiques. Celui qui choisit d'utiliser l'eau comme élément ou lieu de soin s'inscrit donc dans une continuité de temps, de culture, de tradition²⁶ ».

Le terme de bain est issu du latin *balneum* désignant l'action de plonger le corps ou une partie du corps dans l'eau.

Le bain est une pratique millénaire qui s'est développée dès l'Antiquité chez les Grecs puis les Romains, au sein des thermes. Puis, en raison de la condamnation par l'Église des soins corporels jugés indécents et de la peur de l'eau vecteur d'épidémies comme la peste, il s'instaure une nouvelle pratique qui est la toilette sèche. Il faut attendre la fin du 17^{ème} siècle pour voir réapparaître des bains publics, concurrencés ensuite par les bains privés. Dès la fin du 19^{ème} siècle, les équipements sanitaires se développent, avec l'apport de l'eau courante et la production domestique d'eau chaude. La salle de bain fait son apparition dans les maisons.

²⁵ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/mediations1/POLY.Mini.5.html>

²⁶ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/TDvivreEau/POLY.Mini.html>

a-2) Le bain en pratique psychomotrice

Le bain thérapeutique s'envisage dans le cadre d'une séance individuelle. La baignoire (Annexe 8) est à taille humaine donc contenante de par sa taille et son volume. Pour **Eric PIREYRE**, au cours de la séance, le psychomotricien accompagne le sujet sur le chemin de la prise de conscience de ses sensations corporelles (tension/détente) et de sa capacité à lâcher prise et d'être présent à lui-même. Etre présent à soi-même signifie porter une attention fine à ses éprouvés corporels, ses affects. De ce fait, le psychomotricien mobilise le patient aux niveaux sensoriel, affectif et relationnel. La séance vise à un apaisement, à une détente corporelle et psychique, dans un contexte d'interaction.

L'accompagnement en bain thérapeutique demande ainsi, de la part du psychomotricien, de grandes qualités de disponibilité, d'engagement et d'écoute. Je décrirai plus bas l'approche spécifique de la psychomotricité dans ce type de séance.

Ainsi, l'accompagnement se déroule en plusieurs « étapes » que je vais évoquer brièvement puisque la partie C de ce chapitre sera consacrée à l'accompagnement en bain thérapeutique de Madame C. :

- La préparation de la salle de bain (mise en route du chauffage...)
- La rencontre avec le résident sur son lieu de vie
- L'accompagnement dans la salle de bain
- Le temps de déshabillage avec en parallèle la préparation du bain
- Le temps de bain, de toilette
- Le temps de séchage et de rhabillage
- Le retour sur le lieu de vie
- Le rangement de la salle.

Tout au long de la séance, des contacts corporels s'établissent entre la personne âgée et le professionnel. Ainsi, leur relation ne s'établit pas seulement à partir de l'échange verbal. La communication corporelle apparaît aussi comme le support de l'interaction. Or cette communication spécifique passe par l'un des cinq sens essentiel de l'organisme qui est le toucher et donc la peau. Nous verrons aussi que le toucher est également utilisé en tant que médiation à part entière en psychomotricité.

b) Le toucher

b-1) Le sens du toucher

Par le toucher, le sujet reçoit des informations sur l'objet touché par contact de sa peau avec celui-ci. Cette stimulation de la peau se fait par l'intermédiaire de stimuli thermiques, mécaniques, chimiques ou électriques. En tant qu'organe du toucher, la peau véhicule les sensations les plus infimes ou les plus intenses comme l'effleurement, le contact, la pression, le chaud, le froid, l'humidité, la sécheresse, la douleur.

Le toucher est le premier sens, la première fonction à se développer chez l'homme. En effet, après 8 semaines de gestation, la peau de l'embryon humain est déjà constituée. Pour cette raison, le toucher est appelé « le père de tous les sens ». Or, « *il existe une loi générale en embryologie, qui veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu'elle sera fondamentale*²⁷ ».

Le toucher est aussi le sens le plus important par son étendue puisque la peau recouvre presque la totalité de l'organisme, reliant ainsi toutes les parties du corps entre elles. Cet organe du toucher, correspondant à environ six mètres carrés de surface, représente le quart du poids corporel et constitue 18% du corps.

b-2) Les caractéristiques de la peau

La peau est constituée de trois couches : l'épiderme, le derme et l'hypoderme dont chacune possède sa structure et ses fonctions propres. La première couche, la plus superficielle donc la partie visible, est composée d'environ 90% de cellules épidermiques appelées kératinocytes, d'un système de pigmentation et d'un système immunitaire. Le derme est un tissu conjonctif fortement vascularisé pauvre en cellules et constitué de collagène et d'élastine, à l'origine de la tonicité et de l'élasticité de la peau. La troisième couche correspond à l'hypoderme, appelé communément la graisse. Il est constitué d'adipocytes et sert d'isolant thermique. Le derme et l'hypoderme sont parcourus par un dense réseau de vaisseaux sanguins et lymphatiques. Des cellules nerveuses et immunitaires sont présentes dans les trois couches.

²⁷ RUPIED A., *Il était une fois, le toucher. Comment l'histoire se raconte au fil de la rencontre tactile avec l'enfant*, Mémoire de psychomotricité, Paris, 2006, page 2

Il est important de remarquer qu'il existe des formes particulières de peau comme par exemple les phanères (cheveux et ongles) et les lèvres entourant la bouche.

Les caractéristiques de la peau d'un être humain sont variables en fonction de l'âge, du sexe, de l'ethnie et de l'histoire personnelle. Les différences observées au niveau de ce tissu concernent la couleur (c'est-à-dire la pigmentation), le grain de peau mais aussi la présence de poils, de sillons, de rides et de grains de beauté. La peau du sujet est plus ou moins visible à cause des vêtements qu'il porte. Ainsi, les zones de la peau les plus accessibles sont celle du visage et celle des mains. La peau est donc un des supports de l'identité, de l'individualité et également un moyen d'identification.

b-3) Les fonctions de la peau

Dans son livre *La peau et le toucher*, **MONTAGU** définit quatre fonctions physiologiques de la peau. La peau est avant tout un organe sensoriel. En effet, elle est très sensible et réagit à tout changement provenant de l'environnement externe. Par ses récepteurs sensoriels, la peau « *perçoit trois formes de sensations : la sensation tactile (sensibilité à la pression, la vibration et la vitesse), la sensation thermique informant de la température ambiante et la sensation douloureuse*²⁸ (...). ». La peau est un organe de protection. Ainsi, elle est une véritable barrière qui « *protège les parties qu'elle recouvre contre les agressions mécaniques et les radiations et évite l'intrusion de substances et de corps étrangers*²⁹ ». En outre, la peau est un organe métabolique et un régulateur thermique. Elle est également un organe d'échange en étant une membrane semi-perméable, frontière entre l'intérieur et l'extérieur du corps, assurant les échanges respiratoires et thermiques.

²⁸ CHARPENTIER E., *Toucher thérapeutique et psychomotricité : soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*, Mémoire de psychomotricité, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 2013, page 32

²⁹ MONTAGU A., *La peau et le toucher, un premier langage*, Editions du Seuil, 1979, page 11

b-4) La peau comme enveloppe contenante

La peau constitue une enveloppe qui contient, délimite le corps, dessinant ainsi les contours de l'organisme. Elle assure un rôle de réelle frontière physique entre le dedans et le dehors, entre l'intérieur et l'extérieur.

Il s'agit d'une enveloppe extrêmement sensible qui met en contact avec l'extérieur. Elle correspond donc à un organe de communication essentiel pour le sujet. Selon **Tiffany FIELD**, « *la peau n'ayant pas de système de fermeture, comme l'œil ou l'oreille, elle est toujours prête à recevoir des messages – elle est branchée en permanence³⁰* ».

Si on peut voir sans être vu, entendre sans être entendu, on ne peut pas toucher sans être touché. Ceci évoque la réciprocité du toucher, sa caractéristique fondamentale. Le toucher est donc notre sens le plus social, il implique une interaction avec autrui. **FREUD** évoque à ce propos la structure réflexive du toucher.

A cette notion de contenance physique de la peau, **ANZIEU** associe la notion de contenance psychique, évoquée au travers du Moi-peau. Selon lui, la peau physique a aussi valeur de peau psychique. Il reprend l'idée de **FREUD** selon laquelle « *toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique³¹* » et annonce que « *par sa structure et par ses fonctions, la peau est plus qu'un organe, c'est un ensemble d'organes différents. Sa complexité anatomique, physiologique et culturelle anticipe sur le plan de l'organisme la complexité du Moi sur le plan psychique³²* ».

³⁰ FIELD T., *Les bienfaits du toucher*, Payot, 2006, page 28

³¹ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Dunod, 1995 (2^{ème} édition), page 61

³² Ibid. page 35

Parmi les huit fonctions de la peau qui ont été développées par **ANZIEU**, celles qui permettent d'illustrer mes propos sont les suivantes :

- La fonction de *maintenance* : « *de même que la peau remplit une fonction de soutien du squelette et des muscles, de même le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme*³³ ».

- La fonction de *contenance* : la peau recouvrant toute la surface du corps contient tous les organes des sens externes, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique.

- La fonction de *pare-excitation* : tout comme l'épiderme qui protège l'organisme des agressions physiques extérieures, « *le Moi hérite de la double possibilité d'établir des barrières (qui deviennent des mécanismes de défense psychiques) et de filtrer les échanges (avec le Ça, le surmoi et le monde extérieur)*³⁴ ».

- La fonction d'*individuation* : de même que la peau présente des caractéristiques propres (couleur, texture...), le Moi-peau assure une fonction d'individuation du soi qui apporte à chacun le sentiment d'être unique.

- La fonction d'*intersensorialité* : La peau est une surface porteuse de surfaces, de cavités où sont logés les organes des sens, y compris le toucher. De la même manière, le Moi-peau est « *une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originnaire qu'est l'enveloppe tactile* ». Cela aboutit à la constitution d'un « sens commun », dont la référence de base se fait toujours au toucher.

- La peau, avec les organes des sens tactiles qu'elle contient (toucher, douleur, chaud-froid, sensibilité dermatoptique), fournit des informations directes sur le monde extérieur qui sont ensuite recoupées par le « sens commun » avec les informations sonores, visuelles... Le Moi-peau remplit une fonction d'*inscription des traces* sensorielles tactiles.

b-5) Le toucher thérapeutique en pratique psychomotrice

Il me semble important de rappeler que ce terme « toucher thérapeutique » a été créé afin de différencier les propositions du psychomotricien et les massages réalisés par les masseurs kinésithérapeutes diplômés, dans un but essentiellement de rééducation.

³³ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Dunod, 1995 (2^{ème} édition), page 121

³⁴ Ibid. page 62

« On peut être sourd, muet, aveugle, mais on sent jusqu'au dernier moment³⁵ ».

Joël SAVATOKSKI

La médiation toucher thérapeutique constitue un moyen de relation essentiel, permettant d'établir une communication corporelle entre le psychomotricien et le patient. Il vise principalement à induire des sensations corporelles structurantes et agréables. Cette communication s'accompagne également du regard et de la parole du professionnel. En effet, « le psychomotricien utilise les enveloppes tactile, visuelle et sonore afin d' «envelopper» et de contenir lui-même la personne pour qu'elle renoue l'expérience d'être contenue physiquement et psychiquement³⁶ ».

En psychomotricité, le toucher thérapeutique s'effectue dans un contexte de détente, de disponibilité de la part des deux partenaires. La personne âgée peut être assise sur un fauteuil ou allongée dans son lit. Il est possible également de proposer à la personne un temps de toucher pendant la séance de bain thérapeutique, si la situation le permet (chaleur de la pièce, bien-être de la personne). Dans cette situation, le haut du corps est la partie la plus accessible (bras, épaules, dos, tête, visage).

De manière générale, le toucher thérapeutique s'effectue au travers de mobilisations passives des membres, de techniques de massages relaxants visant à une détente musculaire, dans un contexte de relation et de détente psychique.

Au travers de cet accompagnement spécifique, le psychomotricien fait référence à des concepts qui fondent l'identité de la profession. Dans la partie suivante, il me semble important d'évoquer les concepts de la psychomotricité que j'ai pu dégager de ma pratique au cours de l'année.

³⁵ BONNETON-TABARIES F. et LAMBERT-LIBERT A., *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, Med-Line Editions, 2013, page 43

³⁶ CHARPENTIER E., *Toucher thérapeutique et psychomotricité : soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*, Mémoire de psychomotricité, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 2013, page 36

2) Les concepts fondamentaux psychomoteurs abordés au travers de cet accompagnement

La question qui m'intéresse ici est la suivante : quelle est la spécificité de l'approche du psychomotricien dans l'utilisation de médiations particulières que sont le bain et le toucher thérapeutiques ?

a) Le tonus musculaire

Le tonus est un concept clé en psychomotricité. Point d'articulation entre le physiologique et l'affectif, c'est la toile de fond du fonctionnement musculaire tant dans la motricité et dans le maintien de la posture, que dans l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective d'un sujet.

Le tonus se décline sous trois formes différentes :

- Le tonus de fond (ou de base): c'est l'état de légère tension des muscles, d'origine réflexe. Cet état est sous tendu par le réflexe myotatique. Il est involontaire, permanent, subsistant même au repos, en dehors de toute activité.
 - L'objectif des séances de bain et de toucher thérapeutique est de faire diminuer progressivement le tonus de fond du sujet c'est-à-dire de lui faire accéder à une certaine détente corporelle dont je décrirai les effets au niveau psychique dans la suite de ce mémoire.
- Le tonus postural : il représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des mises en forme corporelles, des équilibres statiques en différentes positions (particulièrement station debout). Il permet aussi la gestion des équilibres dynamiques.
- Le tonus d'action : c'est la contraction musculaire, dite phasique, permettant l'action et le mouvement dans l'espace. Il est utilisé le plus souvent pour un acte intentionnel, sous commande volontaire, mais peut également être sollicité dans une action réflexe ou automatique.
 - Ce type de tonus est prédominant dans le temps de bain, de toilette quand le sujet est amené à l'utiliser de manière adaptée pour se laver.

Le tonus musculaire assure donc la préparation et l'harmonie du mouvement, le maintien de la posture mais également l'expression corporelle de notre vie émotionnelle. En effet, après qu'**Henri WALLON** (1942) ait parlé du dialogue tonico-émotionnel pour décrire le rôle de l'émotion sur les états internes de l'organisme, **Julian DE AJURIAGUERRA** propose en 1974 une extension du concept, il parle de dialogue tonique. Il ajoute que « *les modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature ; la variation gagnant d'un muscle à l'autre, il en résulte, pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui le caractérise*³⁷. »

Le psychomotricien est sensible à l'état tonique du sujet, reflet de son état interne, de son vécu anxieux mais également au sien, à son propre vécu. En fonction de la manière dont chacun se présente, il adapte ses propositions. Il apparaît évident que cette notion de dialogue tonico-émotionnel est au centre de sa pratique.

Comme le dit **ROUSTANG**, « *la communication humaine ne se fait pas d'abord par le langage... les mots servent de voile à cette investigation silencieuse qui scrute les moindres mouvements du corps*³⁸ ».

Nous avons vu que l'anxiété chez le sujet âgé dément a notamment pour modalité d'expression le tonus musculaire. Ainsi, il constitue une des bases du travail effectué en psychomotricité. Les médiations bain et toucher thérapeutiques permettent au sujet une prise de conscience du corps et de ses limites, ce qui rejoint la notion de schéma corporel et d'image du corps.

³⁷ PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Dunod, 2011, p104

³⁸ CONNEN de KERILLIS N., *Hypnose, relaxation et toucher thérapeutique : pour une pratique psychomotrice intégrative auprès de patients adultes*, Mémoire d'Hypnose Médicale et Clinique, Université de La Réunion, 2013, p9

b) Le schéma corporel et l'image du corps

Le schéma corporel est la conscience, la représentation que nous avons de notre corps ou de ses parties dans l'espace, en mouvement ou au repos. Il se construit par l'expérience, avec la combinaison des sensations à la fois extéroceptives (visuelles, tactiles et auditives) et proprioceptives (vestibulaires, musculaires, articulaires...).

En 1893, **BONNIER** (médecin français) introduit la notion de « schéma » suite à l'observation de cas cliniques rencontrant des difficultés à sentir les différents segments corporels dans l'espace. Il rend ainsi compte au travers de cas pathologiques de l'existence d'un schéma, d'une figuration topologique du corps.

PICK, au début du 20^{ème} siècle, s'appuie sur l'expérience du membre fantôme des personnes amputées pour proposer la notion « d'image spatiale du corps ». Celle-ci établit une relation entre les sensations corporelles perçues et les représentations visuelles.

Julian DE AJURIAGUERRA (1970) s'est également intéressé à ce concept. « *Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification... il devient alors le témoin d'une histoire émotionnelle du sujet avec son milieu* ».

Le schéma corporel serait donc au carrefour de notre connaissance de soi et de notre relation au monde. Il est une interface délimitée par nos limites corporelles, une entité conceptuelle dynamique.

Cette notion est au cœur de ma pratique, notamment au travers de la médiation bain thérapeutique. En effet, le sujet est amené à investir les différentes parties de son corps au moment de la toilette. Or, une non prise en compte de certaines zones corporelles peut s'observer chez la personne âgée démente. Une étude de cas viendra illustrer ce défaut de continuité de l'enveloppe corporelle.

Concernant le concept d'image du corps, il a été développé par **SCHILDER** en 1935. Selon lui, « *L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes*³⁹ ».

Pour **Françoise DOLTO**, l'image du corps est inconsciente, propre à chaque individu, liée au sujet et à son histoire. Elle la décrit comme « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles* ». Elle est « *à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et relationnelle*⁴⁰ ».

Au moment de la toilette, quand Monsieur T. passe le gant sur son visage, il évoque sa tumeur inopérable qui lui a fait perdre la vue. Il parle de ses yeux comme étant « inefficaces », sources de difficultés majeures au quotidien, le rendant ainsi dépendant d'autrui notamment pour se déplacer.

Avant de passer à la clinique, il y a deux notions qui fondent l'identité du psychomotricien que je souhaite aborder dans cet écrit. Il s'agit de la posture impliquée du professionnel et du cadre thérapeutique en psychomotricité.

3) De la proxémie à la posture impliquée du psychomotricien

L'anthropologue américain **Edward T. HALL** estime que la distance physique entre les individus est un facteur important de la séquence de communication. Il développe la notion de proxémie, définie comme étant l'étude des distances sociales dans les relations interpersonnelles.

³⁹ SHILDER P., *L'Image du corps*, Gallimard, 1968, page 35

⁴⁰ DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Editions du Seuil, 1984, page 22

Il détermine, en 1963, 4 zones (ou sphères) de distance qui sont autant de marqueurs de la relation :

- La zone publique : au-delà de 3 mètres. Elle convient pour une allocution publique (discours politique, conférence de presse,...) ou pour interpeller quelqu'un.
- La zone sociale : de 1,20 à 3 mètres qui correspond à la relation sociale courante avec des individus de connaissance.
- La zone personnelle : de 40 centimètres à 1,20 mètres. Elle « *s'étend jusqu'aux limites de la prise physique sur autrui* ». Elle correspond à la sphère amicale.
- La zone intime : de 0 à 40 centimètres. Elle est réservée aux relations intimes.

Ainsi, aux médiations bain et toucher thérapeutiques, correspond la distance intime et personnelle. Comme nous venons de le voir, cette distance permet une communication corporelle, non verbale et donc un engagement corporel et relationnel des deux partenaires (le sujet et le psychomotricien) via le dialogue tonico-émotionnel.

Le psychomotricien va à la rencontre du sujet. Pour **Denise LIOTARD**, l'accompagnement thérapeutique se fait au travers « *d'une écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mots. Ceci dans un climat sécurisant, bienveillant, respectueux, chaleureux...⁴¹* ».

Ainsi, nous pouvons dire que le psychomotricien se trouve dans une « posture impliquée »⁴². Il se dédouble entre deux versants : la posture qui lui confère la fonction d'être là, présent physiquement et psychiquement, dans l'ici et maintenant, prêt à accueillir ce qu'amène le sujet, dans une observation et une réflexion sur ce qui est en train de se jouer ; et à la fois, il s'implique corporellement, notamment dans le dialogue tonico-émotionnel. Nous percevons là une approche phénoménologique, du dédoublement de soi, avec un « moi-extérieur » qui porte un regard sur la situation, l'analyse, ce qui donne du recul à l'action qui se fait en simultanée. C'est cela qui confère aux séances leur aspect thérapeutique.

⁴¹ Sous la direction de POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, 2010 (3^{ème} édition), page 56

⁴² Terme emprunté à Anaïs DELACOTE, psychomotricienne.

4) Le cadre thérapeutique en psychomotricité, métaphore de l'enveloppe psychique

Le fait de considérer le bain et le toucher thérapeutiques comme des soins implique l'instauration d'un cadre formalisé. Ce cadre suppose une stabilité, une régularité et une constance. Cette définition du cadre est la condition même d'un accompagnement suffisamment sécurisé et contenant. Nous pouvons dire que le cadre matériel (lieu des séances), les horaires et la nature constante du travail proposé garantissent une certaine enveloppe spatiale et temporelle.

Selon **Didier HOUZEL**, la notion de cadre thérapeutique s'est trouvée enrichie et éclairée par la théorie de *l'enveloppe psychique*. Il avance une hypothèse selon laquelle la métaphore d'enveloppe, servant à décrire les structures limitantes de la psyché, « *est sous-tendue par un processus de stabilisation des motions pulsionnelles et des turbulences émotionnelles*⁴³ ».

Pour expliquer ses propos, il a besoin de reprendre la définition de l'enveloppe. L'enveloppe est une notion de limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est l'extérieur d'un espace donné.

Selon lui, tout fonctionnement psychique ne reste stable que s'il arrive à lutter contre la désorganisation. Or, la désorganisation serait la conséquence d'une souffrance qu'il décrit comme étant une menace de chaos. Il illustre cette menace de chaos par le spectacle d'un bébé saisi par la faim et rapidement en proie à une agitation. Ici, c'est d'abord à l'objet externe que revient la fonction d'apaiser les turbulences et de stabiliser le système que constitue le bébé affamé. Ensuite, l'enfant pourra par ses propres moyens remplir cette fonction, grâce justement au développement de son appareil psychique.

Je rapproche donc l'état de détresse du nouveau-né à la difficulté de la personne âgée démente anxieuse à parvenir à une stabilité de son fonctionnement psychique. Comme le bébé, elle a besoin qu'une personne externe – en l'occurrence le psychomotricien – lui offre une mise en sens, une verbalisation de ses ressentis pour lui garantir une contenance et une sécurité psychique.

Ainsi, le cadre thérapeutique en psychomotricité assure une fonction de « conteneur » pour reprendre les mots d'**Anne-Marie LATOUR**.

⁴³ HOUZEL D., Le concept d'enveloppe psychique, In Press, 2005, page 15

Pour illustrer mes propos par rapport à la spécificité de l'approche psychomotrice de la personne âgée démente anxieuse en institution, je vais présenter deux études de cas.

La première étude de cas concerne Mme C. et de son accompagnement en bain thérapeutique. Mme B. est ma seconde étude de cas. Je la rencontre dans le cadre d'un toucher thérapeutique.

C. Etudes de cas : Une fenêtre ouverte sur la personne âgée démente anxieuse en institution

1) Mme C.

Mme C. est une femme de 73 ans, de taille et de corpulence moyenne, qui porte des lunettes. Ses cheveux sont teints en bruns et coupés courts, ses yeux sont bleus clairs. Souriante et avenante, elle présente une bonne capacité de communication et d'échange avec autrui. Elle se déplace de manière autonome. Appréciant la compagnie, elle est souvent en demande d'attention auprès de l'équipe et des autres résidents.

Mme C. est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Nous avons vu que cette démence est caractérisée par une atteinte cérébrale neurodégénérative qui entraîne une altération progressive et irréversible des fonctions cognitives (mémoire, raisonnement, langage, humeur...). Mme C. présente des troubles psycho-comportementaux (développés plus bas) dont la sévérité et la persistance compromettent sa qualité de vie et sa sécurité.

Sa présentation clinique est la raison pour laquelle elle réside au sein de l'unité protégée, et ce depuis le 04 Août 2014, date de son entrée dans l'établissement.

a) Anamnèse

Mme C. est née le 16 Février 1942 à Bordeaux. Très jeunes, elle et sa sœur aînée ont été séparées et placées chacune chez une de leur grand-mère : Mme C. chez sa grand-mère maternelle et sa sœur chez sa grand-mère paternelle. En entretien avec le psychologue, Mme C. a pu évoquer cette période avec rancœur, elle dit l'avoir vécue comme un abandon. Suite au décès de sa grand-mère maternelle, Mme C. est retournée chez ses parents à l'âge de 12 ans. Il est important de noter qu'aujourd'hui cette relation affective précoce avec sa grand-mère joue un rôle très important pour elle.

Après avoir quitté l'école à 14 ans, elle a travaillé en tant que bachelière (bâcher les camions). Elle a rencontré son mari à l'âge de 17 ans (il était le frère du mari de sa sœur aînée et avait 10 ans de plus qu'elle). Ils se sont mariés en 1962, Mme C. avait alors 20 ans. De leur union, sont nées trois filles (en 1963, 1965 et 1967).

Elle a ensuite exercé diverses activités professionnelles dans le commerce ; elle peut évoquer notamment son travail dans la vente de grenouilles.

Son mari est décédé en Juin 2010 au cours d'une intervention cardiaque. Des premiers signes cognitifs de démence étaient présents avant 2010 chez Mme C, rapportés notamment par son mari et ses filles. Ils ont été plus évidents après cet évènement, ce qui a abouti au diagnostic de maladie d'Alzheimer en Juillet 2011. La sœur de Mme C., consciente de la détresse de sa sœur endeuillée, a alors contacté le psychologue de la RPA (Résidence de Personnes Agées) pour que Mme C. bénéficie d'un soutien psychologique à domicile. Très vite, cet accompagnement a révélé des troubles importants liés à l'évolution de sa maladie d'Alzheimer, ce qui a amené le psychologue à lui proposer de participer à son atelier mémoire organisé à la RPA.

Mme C. est placée sous protection juridique de type curatelle⁴⁴ en Juillet 2013. Travaillant à la RPA et à l'EHPAD, le psychologue est à l'origine de la décision de la venue de Mme C. en accueil de jour à l'EHPAD à partir d'Octobre 2013, à raison d'un jour par semaine, le vendredi. A ce moment-là, des infirmiers passaient matin et soir pour la prise des médicaments et une aide à domicile intervenait 13 heures par semaine. Les objectifs de l'accueil de jour étaient de lui permettre de conserver des relations sociales et de participer à des activités adaptées à ses troubles.

Aujourd'hui, Mme C. est proche de ses filles, notamment de l'aînée et de la seconde qui habitent à proximité. Celles-ci lui rendent souvent visite ou l'invitent chez elles pour le week-end. Elle reçoit aussi sa sœur et les autres membres de sa famille. Il est important de noter qu'il existe un conflit entre les filles de Mme C. et sa sœur. Elles lui reprocheraient d'avoir fait les démarches concernant leur mère sans leur demander leur avis, notamment d'avoir contacté le psychologue. Pour l'équipe de l'unité protégée, cette situation de conflit amenant à une absence de communication entre elles est à l'origine de difficultés dans la vie quotidienne de Mme C., notamment pour la prise de rendez-vous (coiffeur...).

⁴⁴ La curatelle est une mesure judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile.

b) Observations cliniques

Les activités favorites de Mme C. sont le coloriage, la couture, le chant et la lecture. Elle aime particulièrement les ouvrages sur les animaux et notamment les oiseaux. Elle se montre volontaire pour toutes les activités proposées par les soignants et l'équipe animation. Mme C. apprécie notamment rendre service et ainsi participer aux travaux ménagers de l'unité (plier les serviettes, confectionner une salade de fruit...). Ayant une assez bonne capacité d'orientation dans son lieu de vie, elle sait où se trouve sa chambre. De même, dans les cas où elle sort de l'unité protégée accompagnée des soignants pour participer à des activités, elle sait retrouver son chemin vers son unité.

Mme C. peut présenter à certains moments un comportement particulier : elle s'agite, sa respiration devient saccadée, encombrée comme si elle s'étouffait (en lien avec son asthme intermittent). Certaines fois, elle pleure. Son tonus musculaire augmente, ce qui explique sa posture raide et ses gestes brusques. Je note au niveau de sa sphère orale un mouvement assez difficile à décrire : il se rapprocherait un peu de la mastication sans qu'il y ait d'objet à mastiquer.

Après être allée chercher son manteau et son sac dans sa chambre, elle déambule à la recherche d'une sortie. Selon l'intensité de son agitation, j'observe plus ou moins de répercussions sur sa capacité à communiquer : elle peut ne pas finir ses phrases. Il pourrait s'agir d'un défaut d'élaboration du discours ou bien d'une difficulté à retrouver un mot dans son répertoire lexical (anomie). Certaines fois, elle peut arriver à exprimer verbalement ce qui se passe pour elle à ce moment-là : « *Je ne comprends plus rien. Je dois rentrer chez moi* ». A cette occasion, je constate une certaine désorientation temporo-spatiale. Par exemple, elle dit vouloir aller rendre visite à sa grand-mère ou s'inquiète à son propos. Elle semble se situer dans un contexte de vie qu'elle a connu dans le passé. Lorsque ses proches viennent lui rendre visite, il peut arriver aussi qu'elle les confonde : elle prend sa fille pour sa sœur par exemple...

Selon les observations de l'équipe, cette situation de désorientation se déclenche notamment en fin d'après-midi ou en début de soirée, et plus généralement dans les périodes de transitions entre les activités et les actes du quotidien (repas, toilette...). Je suppose que cela correspond à des temps de « flottement » au cours desquels son esprit n'est plus occupé à une tâche.

L'ensemble de ses symptômes semblent traduire l'anxiété que Mme C. éprouve à ce moment-là. Selon **Renaud DAVID**, bien qu'elles n'entrent pas dans les définitions cliniques de la maladie d'Alzheimer, des modifications comportementales sont fréquemment retrouvées dans les pathologies démentielles. J'ai abordé dans le chapitre II ces symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD). L'anxiété est l'un des symptômes identifiés par l'IPA (Association Internationale de Psychogériatrie).

Leur origine est plurifactorielle : environnement, personnalité et conséquence de la démence. En effet, les troubles démentiels de Mme C. ont pu être majorés par ses événements de vie, comme la perte de son mari et son entrée récente en EHPAD. Ces contextes particuliers de perte des repères seraient une des raisons expliquant l'émergence d'un sentiment de vulnérabilité se traduisant par un ébranlement identitaire plus ou moins grave. De plus, l'entourage de Mme C. a pu rapporter qu'elle a souvent eu, au cours de sa vie, des idées suicidaires et qu'elle les menaçait de passer à l'acte. Ainsi, de manière générale, la personnalité anxieuse de Mme C. a des répercussions sur son comportement.

L'équipe doit savoir réagir pour ne pas que Mme C. se mette en danger. Il est arrivé qu'elle passe à l'acte et qu'elle utilise des objets de son environnement pour tenter de se faire du mal : le fil de son sèche-cheveux, le lierre trouvé dans le jardin, son couteau lors des repas... J'ai moi-même assisté à une situation comme celles-ci : elle était bouleversée car elle se demandait si sa sœur allait venir la chercher. Avec mon stylo que j'avais posé sur la table, elle a essayé de se « taillader les veines ». Même si ce comportement-là n'est pas dangereux en soi (un stylo n'est pas un couteau), il illustre clairement le mal-être de Mme C. à cet instant qu'il est nécessaire de prendre en compte.

Dans ces cas-là, Mme C. est alors accueillie, rassurée, guidée verbalement mais surtout corporellement. Une proximité physique c'est-à-dire la présence contenante et sécurisante d'un professionnel semble lui être bénéfique car elle peut alors s'apaiser. Selon **FREUD**, l'enveloppe psychique dérive par étayage de l'enveloppe corporelle. **ANZIEU** a repris cette idée à travers le concept du *Moi-peau*. Ce processus permettrait de délimiter un espace, une frontière entre monde interne et externe, entre soi et l'autre, et qu'une fonction de maintien, de cohésion interne se développe chez la personne.

De plus, cette anxiété peut se manifester pendant la nuit. Ainsi sont souvent rapportés par l'équipe de nuit des troubles du sommeil chez Mme C. se caractérisant par une

déambulation, des troubles de l'orientation. Mme C. va par exemple utiliser des endroits inappropriés de sa chambre pour satisfaire ses besoins naturels.

Il faut savoir que pour moduler ses troubles du comportement, sont prescrits chez Mme C. un antidépresseur et un anxiolytique. Je décrirai plus loin la nécessité d'associer à ce traitement, des soins non médicamenteux – dont fait partie le soin en psychomotricité.

c) Projet d'accompagnement personnalisé

Un projet d'accompagnement personnalisé regroupant les projets de vie et de soins a été mis en place pour Mme C. lors de son entrée à l'EHPAD. Il reprend ses informations de vie (histoire personnelle) mais aussi celles concernant son évolution sur différents plans (prescription médicale, alimentation, hygiène, sommeil, motricité, cognition, communication, comportement, repérage spatio-temporel). Ce projet d'accompagnement personnalisé découle notamment de la grille d'évaluation AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources) (Annexe 5) déterminant le GIR (Groupe Iso-Ressources). Mme C. est classée GIR 2 par le médecin coordinateur de l'EHPAD. Ce niveau de classification caractérise une perte d'autonomie importante en raison d'une altération des fonctions mentales et la nécessité d'une surveillance permanente dans tous les actes du quotidien. Je rappelle qu'il correspond aux personnes âgées alitées, en fauteuil ou qui sont autonomes dans leurs transferts et leurs déplacements (ce qui est le cas pour Mme C). Il est nécessaire qu'elle soit aidée pour la toilette et l'habillage.

Le projet d'accompagnement personnalisé repose également sur des informations, concernant le comportement de Mme C., apportées par le NPI-ES (Inventaire neuropsychiatrique par l'équipe soignante) de Septembre 2014. Il a révélé chez Mme C. des idées délirantes, une agitation, une auto-agressivité, une dépression dont la fréquence et la gravité ont un retentissement majeur sur sa vie quotidienne.

Toutes ces investigations ont permis à l'équipe soignante de mettre en place le projet de vie et de soin de Mme C. Il a alors été décidé que son lieu de vie serait l'unité protégée.

Ce projet personnalisé peut être amené à être complété et donc enrichi de nouvelles observations faites par les professionnels. Par exemple, en Février 2015, un nouveau NPI-ES a été effectué : il caractérise chez Mme C. un niveau d'anxiété majeur, une désinhibition, une

irritabilité, une instabilité de l'humeur et un comportement moteur aberrant, s'additionnant aux symptômes déjà observés.

d) La rencontre

En Octobre 2014, je rencontre Mme C. lors de ma première visite dans l'unité protégée. Elle est présente sur la structure depuis deux mois. Puisque celle-ci est en train de lire son livre sur les animaux, je décide de m'appuyer sur ce support pour entrer en relation avec elle. Elle est tout de suite ouverte à la communication et avenante. Elle me sourit et se rend aussitôt disponible à la relation. Elle me désigne des animaux et fait des commentaires puis c'est à mon tour. Elle m'a semblé apprécier que je m'intéresse à ce qu'elle aime. Après m'être présentée, elle se montre curieuse et intéressée : elle me questionne pour en savoir davantage sur les raisons de ma présence ici.

e) Données psychomotrices

Afin d'éviter de mettre Mme C. en situation d'échec, je décide de ne pas effectuer une évaluation normée, mais plutôt de m'appuyer sur des situations au cours desquelles des observations psychomotrices sont possibles (atelier, temps de repas...).

Sur le plan de la communication, Mme C. est en capacité de tenir une conversation. Ainsi, elle a une bonne compréhension et une production du langage efficace (celle-ci est altérée dans les moments où elle présente une anxiété). Elle sait également user d'une certaine dose d'humour. Elle montre son envie de parler avec les gens qui l'entoure, une distance intime que je qualifierais d'amicale est vite instaurée par Mme C. avec autrui avec qui elle cherche la confiance, le partage. Ainsi, elle peut tutoyer les personnes qu'elle semble bien connaître et apprécier.

Mme C. présentant des troubles cognitifs de la démence de type Alzheimer, je note des troubles de la mémoire assez caractéristiques. Elle peut évoquer spontanément et sur demande certains épisodes de sa vie surtout en lien avec son enfance, son environnement de l'époque comme si c'était le présent. Par exemple, elle peut parler de sa grand-mère comme si celle-ci était encore en vie. Elle ne peut pas dire son propre âge ni celui de sa grand-mère mais elle a conscience de la différence des générations : elle dit « *elle est plus âgée que moi* ».

Pour **FERREIRA**, la démence modifie les liens avec soi-même, son histoire, son identité, son environnement, son entourage proche. Elle impacte également le monde qui entoure le malade. En effet, selon **CHARAZAC**, la maladie attaque tous les liens, même les liens familiaux intergénérationnels. Par exemple, quand je lui demande si elle a des enfants ou si elle s'est mariée, elle peut répondre par la négative. Cependant, dans la situation où elle montre elle-même des photos de sa famille, à ce moment-là, elle peut parler de ses filles et de son mari. Là encore, suivant les situations, elle peut ou non retrouver leurs noms. A certains moments, elle se situe de manière plus adaptée au niveau temporel puisqu'elle évoque les circonstances de la mort de son mari (Juin 2010), cette date se rapprochant de la réalité temporelle.

Concernant sa latéralité, elle est droitère. Elle sait reconnaître sa droite et sa gauche sur elle-même. Le fait de désigner la droite et la gauche sur autrui lui est plus difficile mais elle est capable de s'auto-corriger.

Sa mémoire procédurale reste préservée, ce qui lui permet d'être autonome dans ses activités (praxies usuelles). Mme C. peut se servir des différents couverts ainsi que d'autres ustensiles utilisés lors d'un atelier cuisine par exemple. Des troubles de la mémoire de travail ou mémoire immédiate sont observables, ce qui peut la mettre en difficulté dans certaines situations (contexte de jeu « cognitif » en groupe : mémoriser des cartes et dire laquelle a été supprimée).

Je note un certain dynamisme au niveau de ses membres supérieurs : elle peut attraper des balles et les lancer dans une direction choisie. Ses mouvements sont coordonnés et efficaces. Mme C. a un bon équilibre statique et dynamique, sans aide technique. Elle peut shooter dans un ballon, en position debout ou assise.

Lors d'exercices d'expression du visage, Mme C. présente une bonne capacité de mobilisation et de dissociation des parties de son visage, ce qui révèle une conscience fine de cette partie du corps.

Au niveau de la somatognosie, Mme C. sait montrer les parties du corps mais peut présenter des difficultés pour les nommer. Son dessin du bonhomme n'est pas structuré, des parties du corps sont dessinées mais il n'existe pas de lien entre elles ou leur articulation est mauvaise, et ce, même sur copie. Seule la tête du bonhomme apparaît assez représentative, cette partie du corps apparaît plus investie par Mme C. (Annexe 9).

Ses capacités visuo-constructives sont altérées par la démence. Mme C. a des difficultés pour reproduire des formes géométriques simples.

Ainsi, au vu de sa présentation clinique, il semblerait que Mme C. soit au stade sévère de la maladie d'Alzheimer.

f) Perspectives de soin en psychomotricité

Mme C. participe aux ateliers de groupe organisés sur l'unité par la psychomotricienne pendant la semaine. Ceux-ci ont pour objectif de stimuler ses facultés psychomotrices dans une expérience socialisante.

Présentant une anxiété majeure à certains moments de la journée, la psychomotricienne a décidé, en accord avec l'équipe pluridisciplinaire, de lui proposer une prise en soin individuelle en bain thérapeutique pour lui offrir un moment de détente corporelle et psychique. Celle-ci a débuté le 26 Août 2014.

Mme C. vient également, avec les personnes de l'accueil de jour, à l'atelier que j'ai mis en place le vendredi après-midi. Il s'agit pour moi de faire appel à la mémoire procédurale et à la mémoire immédiate des personnes âgées. Les données psychomotrices que je viens d'aborder découlent notamment de ce que j'ai pu observer chez Mme C. pendant cet atelier.

Après avoir assisté le premier mois de mon stage aux séances de bain thérapeutique de Mme C., la psychomotricienne m'a cédé sa place à partir du mois de Novembre 2014. Je vais maintenant décrire cette prise en soin en psychomotricité spécifique. La séance se déroule dans la salle de bain, en dehors de l'unité protégée, le vendredi matin, pendant une heure.

g) Séances de bain thérapeutique

Quand je viens chercher Mme C. sur son lieu de vie pour la séance, je peux percevoir si c'est « un matin avec ou un matin sans ». Sa manière de me répondre à la question « *comment allez-vous ?* » m'informe de son état, de sa disposition. Ces informations sont complétées par sa présentation corporelle c'est-à-dire son tonus, sa respiration et les émotions qui transparaissent sur son visage. Ainsi, il est arrivé à plusieurs reprises qu'elle soit anxieuse à ce moment-là et donc qu'elle présente les symptômes psycho-comportementaux décrits ci-dessus. Je veille donc à lui offrir une écoute attentive et un accompagnement contenant pour qu'elle arrive à s'apaiser et à être disponible à la relation. Ensuite, même si elle m'apparaît

encore perturbée, elle accepte de me suivre avec plaisir. Je suppose ici que Mme C. a la capacité de se souvenir d'expériences vécues comme agréables.

Par mes sollicitations verbales, elle est en capacité de se déshabiller toute seule. Elle peut dire qu'elle est déjà venue dans la salle de bain: « *ça fait deux fois que je viens ici* ». Même s'il y a un défaut de temporalité (elle est venue davantage de fois en séance), elle est en capacité de reconnaître le lieu en s'appuyant sur les données de l'environnement comme la baignoire, le bouquet de fleurs artificielles, le cadre accroché au mur... De plus, elle peut faire des compliments sur l'ingéniosité de la baignoire, sur son côté pratique.

La séance se décompose en trois temps : un temps de toilette, un temps de toucher thérapeutique et un temps de fin de séance.

Il me semble important de remarquer que la séance de bain thérapeutique et en particulier le temps de toilette n'est que le prétexte facilitateur de la réalisation du projet psychomoteur. Ainsi, selon **Jérôme BOUTINAUD**, « *L'eau en tant que telle ne possède donc pas un quelconque potentiel thérapeutique inné : c'est l'accompagnement assuré au cours des soins qui lui permet de l'acquérir*⁴⁵ ». Ainsi, cette situation de soin en psychomotricité ne peut être considérée comme telle qu'à partir du moment où elle est un contexte de relation privilégiée entre le patient et le thérapeute.

Mme C. est autonome pour se laver au niveau de la partie supérieure de son corps. Elle va même plusieurs fois passer sur les mêmes zones comme son visage et ses bras. J'observe que son tonus est adapté à l'activité : elle se montre assez énergique quand elle frotte le gant sur sa peau, révélant une mémoire du geste intacte.

Il est nécessaire cependant que je lui rappelle de s'occuper de ses membres inférieurs et de ses parties intimes. Cette situation vient illustrer chez Mme C. un défaut de continuité de l'enveloppe corporelle, un trouble du schéma corporel. Ainsi, pour lui faire percevoir son corps en entier, lui faire vivre son corps comme une unité, je veille à passer le gant sur l'ensemble du corps de Mme C. et notamment au niveau de son dos qui est une zone difficile à atteindre par soi-même.

Les fonctionnalités de la baignoire permettent, au moment choisi, de mettre en route les jets d'eau, ce qui va créer des mouvements d'eau, des bulles qui vont venir stimuler

⁴⁵ CORRE E., *L'eau, l'autre et moi : le milieu aquatique, médiation du dialogue corporel en psychomotricité*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux Segalen, 2013, page 32

l'ensemble du corps de la personne immergée. Ce temps de massage corporel est modulable et non obligatoire, il se fait sur demande du patient. Mme C. semble prendre plaisir à profiter de ce temps de stimulation corporelle.

Ensuite, je réserve un temps pour lui laver les cheveux, ce qui me permet de lui faire un massage du cuir chevelu et du cou. Ainsi, j'utilise les effets relaxants, contenant et apaisants de ce toucher massage pour commencer à faire diminuer les tensions corporelles et ainsi viser la détente psychique.

Comme nous pouvons le deviner, les propriétés de l'eau et du toucher ont des effets sur le corps mais aussi sur les émotions, les affects. Puisque le corps est vecteur d'expression, il véhicule nos affects, nos émotions, tout un langage infraverbal qui occupe une place importante dans la communication. Mon rôle est d'accueillir, d'écouter et de porter ce que Mme C. exprime par l'intermédiaire de sa parole et de son corps. Ce lien entre le corps et le psychisme de l'individu fait référence à la notion de dialogue tonico-émotionnel abordée par **AJURIAGUERRA**, à la base de la communication, de l'échange. Lors de certaines séances, ce temps de toilette évoque chez Mme C. des souvenirs. Elle me raconte par exemple qu'elle allait se laver avec sa sœur dans un lieu réservé à cette activité.

Mme C. est davantage passive dans la deuxième partie de la séance au cours de laquelle je lui fais un toucher thérapeutique des mains et des bras. La baignoire est remplie à son maximum, ce qui permet un enveloppement du corps de Mme C. par l'eau. D'après **Catherine POTEL**, « *l'eau entoure le corps, elle enveloppe, masse, caresse et dessine les limites du corps dans un contact sensoriel*⁴⁶ ». Puisque la peau est touchée par l'eau, ce qui est en premier plan dans cet *enveloppement de l'eau*, ce sont les sensations de peau et donc celles du corps. Or, comme nous avons vu, **ANZIEU** établit une correspondance étroite entre les fonctions du Moi et celles de la peau par l'intermédiaire de la notion de *Moi-peau*. Elle désigne un « espace contenant », défini comme une organisation du Moi qui s'appuie sur les fonctions physiologiques de la peau. Pour lui, « *considérer que le Moi, comme la peau, se structure en une interface permet d'enrichir les notions de "frontière", de "limite", de "contenant" »*.

Pendant ce temps de toucher thérapeutique, j'alterne entre des propositions de mobilisation passive et un toucher-massage des membres supérieurs. Elle a choisi de la

⁴⁶ POTEL C., *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Erès, 2014 (2^{ème} édition), page 52

musique classique, ce qui constitue ainsi une enveloppe sonore accompagnant l'enveloppement physique de l'eau et du toucher.

De manière générale, son côté droit est plus tonique, il accompagne le mouvement. Cependant, sur sollicitation verbale, Mme C. peut se détendre musculairement et ainsi se laisser guider par mes propositions. Dans ce moment-là, elle peut me répéter plusieurs fois « *vous avez les mains douces* » et « *on s'endormirait presque* ». Sa respiration m'apparaît calme et posée. Selon **Odile GAUCHER-HAMOUDI** et **Marc GUIOSE**, « *observer la respiration du patient reste un très bon indice de la qualité de son apaisement*⁴⁷ ». Quelques fois, elle fredonne les musiques qu'elle connaît ou bat la mesure avec ses bras.

Suivant ce que j'interprète de sa disponibilité, je peux être amenée à lui proposer un toucher-massage du visage. A ce moment-là, elle peut fermer les yeux et se rendre disponible à ses sensations.

Ainsi, le toucher est un support de communication entre le thérapeute et la personne âgée mais il est également selon **KEPNER** « *un outil qui permet au patient de développer sa conscience et de s'approprier son être corporel et sa manière d'entrer en contact avec son environnement* ». La qualité du toucher, dans son intention et sa disponibilité tonico-émotionnelle, permet au sujet de se sentir un être, un corps sujet et non un « corps objet ». Mobiliser la personne, via le toucher et la parole, l'aide à se sentir vivante.

Par l'instauration d'un climat de confiance et de sécurité, l'objectif général que je vise au cours de cette séance est de faire en sorte que Mme C. accepte de se « relâcher » corporellement par le biais de la communication verbale, para verbale et non verbale. En raison du lien somato-psychique, les effets de la détente corporelle amène à une certaine détente psychique.

Dans ce processus, le corps est resitué dans son environnement physique (ici, l'eau du bain et les effets du toucher), ce qui favorise la prise de conscience des limites corporelles, mais aussi dans son environnement social, puisque cette situation constitue un moment privilégié, inscrit dans une relation particulièrement contenante.

A la fin de la séance, je peux être amenée à aider Mme C. pour qu'elle se sèche et se rhabille. A notre retour sur l'unité protégée, dans sa salle de bain, un temps est réservé à la fin

⁴⁷ GAUCHER-HAMOUDI O. et GUIOSE M., *Soins palliatifs & psychomotricité*, Heures de France, 2007, page 116

de la prise en soin (je lui sèche les cheveux, elle se coiffe...). Cela constitue une forme de rituel qui prépare notre séparation.

h) Synthèse de la prise en soin

Après sept mois de prise en soin en bain thérapeutique, Mme C. peut aujourd'hui sur sollicitation verbale et corporelle se relâcher musculairement, notamment au niveau du haut du corps. Le dos et la tête reposant sur la paroi de la baignoire, ses jambes sont souvent croisées, révélant notamment un tonus élevé au niveau de la jambe droite. Elle accepte les temps de silence. Ainsi, elle me semble se rendre davantage disponible à ses sensations et à ses émotions et affects qui en découlent.

Ce que je note aussi c'est sa capacité à fermer les yeux pendant quelques instants. Le regard étant comme une forme de contrôle sur l'environnement, c'est-à-dire permettant d'en avoir une connaissance fine et ainsi se sentir en sécurité, j'en conclus que Mme C. peut en quelque sorte « se déconnecter » de ce qui se passe autour d'elle pour se rendre encore plus disponible à ce qu'elle vit à ce moment-là.

Comme avec les soignants qu'elle semble bien connaître et apprécier, elle peut me tutoyer et me désigner comme sa « collègue » au moment où elle évoque sa prise en soin en bain thérapeutique.

i) Conclusions

Ces séances de bain thérapeutique permettent à Mme C. de vivre des expériences de détente dans « l'ici et maintenant ». Il s'agit d'un temps personnalisé, privilégié, plaisant et contenant pour elle au cours duquel elle peut se livrer, déverser son anxiété, ses angoisses.

Mme C. est amenée à retrouver des sensations corporelles structurantes et agréables ainsi qu'à prendre conscience de son unité corporelle, ce qui vient favoriser le réinvestissement corporel source de revalorisation et de bien-être. Selon **Jacqueline SARDA**, touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement: émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées. Le psychomotricien par sa disponibilité psychocorporelle va créer un véritable « holding moteur ». **CALZA** et **CONTANT** l'explique ainsi : « *Cette présence corporelle du thérapeute va être présence physique, enveloppe contenant, support. C'est toucher, maintenir, contenir, porter, parler, sans forcément le faire dans le concret. Attitude*

fondamentale d'attention et d'écoute où le regard joue un rôle primordial : le regard est « le cordon » qui lie, et signifie, et maintient le sujet, lui prodiguant l'énergie du thérapeute ».

Il est nécessaire d'avoir à l'esprit le fait que les séances de bain thérapeutique n'ont pas le « pouvoir » de faire disparaître les troubles du comportement de Mme C. La maladie d'Alzheimer étant un processus dégénératif, aucun traitement médicamenteux ou non ne peut aujourd'hui contrer ce phénomène.

Ainsi, l'équipe pluridisciplinaire se confronte souvent à la difficulté de la prise en soin de Mme C. Il a été évoqué la possibilité qu'elle soit hospitalisée pour un temps court dans une unité cognitivo-comportementale pour essayer d'adapter son traitement au regard de sa présentation clinique. Cependant, l'équipe a décidé que cette adaptation du traitement se fasse d'abord en interne (à l'EHPAD) avant d'orienter Mme C. vers cette unité spécifique.

2) Mme B.

Mme B. est une femme de 89 ans, de corpulence moyenne. Son visage est assez pâle, ses cheveux sont gris et coupés au carré et ses yeux sont bleus clairs. Elle présente une bonne capacité de communication et dépend d'autrui pour ses déplacements et ses transferts. En effet, en raison de ses difficultés motrices, Mme B. est alitée dans sa chambre, en dehors des moments où elle est assise dans son fauteuil roulant pour les repas en salle à manger. Elle ne participe donc pas aux activités proposées par la structure.

Son caractère dépressif et anxieux s'observe dans ses attitudes et son discours. En effet, elle se montre assez méfiante et nerveuse par rapport au personnel soignant, ce qui est à l'origine de relations assez conflictuelles au quotidien. Elle évoque également son vécu de souffrance et son désir de mourir.

a) Anamnèse

Mme B. est née le 1^{er} Février 1926 à Bordeaux. Avant dernier enfant et seule fille d'une fratrie de cinq, elle évoque le fait d'avoir été élevée très sévèrement : « *il fallait être impeccable du matin jusqu'au soir, être très poli, avenant avec les autres* ». Son père dirigeait un atelier de fabrication d'instruments de chirurgie et sa mère s'occupait des enfants.

A l'âge de 6 ans, Mme B. présente une ostéomyélite de la hanche droite. En raison de cette inflammation de la moelle osseuse et du tissu osseux adjacent, causée par une infection, elle subit plus d'une vingtaine d'opérations chirurgicales au cours de sa jeunesse. Elle est restée notamment deux ans et demi dans le plâtre et a marché avec des béquilles. Par la suite, un accident de voiture a nécessité d'autres modifications orthopédiques. Il en a résulté un blocage complet de l'articulation de sa hanche droite, à l'origine de grandes difficultés motrices.

Mme B. a vécu avec ses parents jusqu'à leur décès. Elle ne s'est jamais mariée et n'a pas eu d'enfant. Pendant 43 ans, elle a travaillé dans l'atelier de son père.

Dans son dossier, il est noté qu'elle a fait plusieurs épisodes dépressifs et anorexiques dont l'un, dans sa jeunesse, qui a nécessité un séjour prolongé en maison de repos en Suisse. A propos de cette période, elle dit avoir fait une « *psychanalyse didactique* » pour « *essayer de comprendre* » ses problèmes d'anorexie. En effet, elle peut évoquer que depuis l'enfance, elle n'apprécie pas la nourriture : « *dans mon esprit, cela me paraît inutile* ».

Après sa retraite, elle fait du bénévolat qu'elle justifie de la manière suivante : « *mon temps ne m'appartient pas* ».

En 2002, un infarctus du myocarde (cardiopathie ischémique) l'amène à subir une angioplastie⁴⁸ et une pose de stents⁴⁹. Cette maladie coronarienne familiale présente comme facteurs associés une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie. En plus de ces symptômes, Mme B. présente des valvulopathies mitrale et aortique.

Son incapacité à vivre seule est le motif pour lequel elle entre en EHPAD en Décembre 2011. Ensuite, en raison d'un rapprochement par rapport au domicile de son frère, Mme B. intègre un nouvel EHPAD en Octobre 2012, où elle réside actuellement.

En Avril 2012, elle est hospitalisée dans un service de médecine gériatrique pour un syndrome confusionnel dans un contexte de chutes avec traumatisme crânien et participation médicamenteuse. A ce moment-là, il a été mis en évidence des troubles cognitifs. En effet, le score du MMSE était à 18 sur 30 puis a été réévalué à 12 sur 30 en janvier 2013, ce qui correspond à une démence modérée (score entre 10 et 18).

Aujourd'hui, tous les frères de Mme B. sont décédés sauf le plus jeune. Les visites qu'elle reçoit à l'EHPAD sont notamment celles de son frère et de sa femme et celles d'une amie d'enfance. A propos de ses belles-sœurs, Mme B. dit n'avoir jamais pas été proche d'elles alors qu'elle entretenait de bonnes relations avec ses frères.

N'aimant pas parler de « *bêtises* », elle se décrit comme n'étant pas quelqu'un de futile : « *on n'a pas le temps de ça dans la vie* ».

Mme B. est très proche d'une autre résidente de la structure, Mme P, âgée de 92 ans. Leurs chambres étant mitoyennes, Mme P. vient souvent s'asseoir près du lit de Mme B. Elles peuvent converser ou simplement se tenir compagnie. Elles se retrouvent également dans la salle à manger pour les repas. Mme B. se montre très protectrice envers sa voisine de chambre et s'inquiète souvent à son sujet, surtout quand elle est absente.

⁴⁸ Technique chirurgicale permettant de dilater l'artère à l'endroit du rétrécissement.

⁴⁹ Le stent ou endoprothèse est une prothèse métallique qui ressemble à un ressort. Celui-ci est placé à l'endroit de l'obstruction de l'artère coronaire, face à l'obstacle puis appliquée contre les parois de l'artère.

b) Projet d'accompagnement personnalisé

Son projet d'accompagnement personnalisé comprend ses projets de vie et de soins ainsi que son histoire personnelle. Il découle notamment de la grille d'évaluation AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources) (Annexe 5) déterminant le GIR (Groupe Iso-Ressources). Depuis Février 2014, Mme B. est classée GIR 2 par le médecin coordinateur de l'EHPAD. Ce niveau correspond à une perte d'autonomie importante en raison d'une altération des fonctions mentales et de la nécessité d'une aide dans tous les actes du quotidien.

c) La rencontre

En Décembre 2014, je rencontre Mme B. dans le cadre de mon stage expérimental. Celle-ci m'interpelle alors que je passe devant sa chambre. Ne pouvant pas se déplacer, elle a besoin que j'attrape sa sonnette d'alarme pour l'avoir à disposition si elle doit appeler les soignants. Comme je ne porte pas de blouse comme les autres soignants, elle m'interroge sur mon rôle dans la structure. Quand je lui parle de mes activités et notamment du toucher thérapeutique, elle se montre intéressée et demande s'il aurait des effets sur les déformations de ses doigts (décrites plus bas). Pour satisfaire sa curiosité et la mienne par la même occasion, je décide donc de me mettre à l'œuvre.

Dans la suite de cet écrit, j'évoquerai les raisons pour lesquelles une prise en soin en toucher thérapeutique a été décidée pour Mme B.

d) Données psychomotrices

Mme B. présente un discours cohérent mais dont les thèmes sont assez limités. En effet, elle parle de sa maladie et de la souffrance qui en a découlé tout au long de sa vie, de ses relations difficiles avec le personnel de l'EHPAD, de son désir de mourir ainsi que de Mme P.

Je note quelques troubles de la mémoire quand elle évoque ses parents comme s'ils étaient encore en vie.

Mme B. est droitrière et connaît la droite et la gauche sur elle-même et sur autrui. Au niveau de ses doigts de la main gauche (index, majeur, annulaire), elle a des déformations en col de cygne qui ne sont pas douloureuses. Il s'agit d'une hyperextension de l'articulation digitale proximale



et d'une flexion de l'articulation distale. L'origine de ses déformations n'est pas évoquée dans son dossier médical.

Malgré une mémoire procédurale préservée, Mme B. présente des difficultés dans la préhension fine et dans la manipulation d'objets au quotidien à cause des déformations de ses doigts. Cependant, elle est autonome pour les repas.

Je note chez Mme B. une bonne capacité de mobilisation et de dissociation des parties de son visage ainsi qu'une bonne connaissance des parties de son corps. Le dessin du bonhomme est limité en raison de ses troubles visuels (Annexe 10). Pour cela, il m'est difficile d'accéder à sa représentation du corps.

Les capacités de mobilisation de ses membres inférieurs sont très limitées en raison de douleur au genou droit notamment et de la pathologie de sa hanche.

e) Perspective de soin en psychomotricité

Ayant rencontré Mme B. « par hasard », l'indication pour des séances de toucher thérapeutique au niveau des mains n'a été posée qu'après la séance « d'essai » au vu des effets bénéfiques apportés par cette médiation, tant au niveau relationnel que corporel. Ainsi, j'ai décidé, avec l'accord de l'infirmière coordinatrice, de proposer à Mme B. une prise en soin en psychomotricité tous les jeudi après-midi, après le goûter de 16h.

f) Séances de toucher thérapeutique

Consciente que le fait d'être alitée est à l'origine d'un certain isolement, j'ai décidé de proposer à Mme B. un toucher thérapeutique au niveau de ses mains. **Françoise GIROMINI** parle de la médiation thérapeutique comme du support, du moyen « *qui est utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui*⁵⁰ ».

Quand je rentre dans sa chambre, il est important que je ne demande pas « si elle va bien » car je sais, de par mon expérience auprès de cette résidente, que sa réponse sera négative. En effet, étant à la base une question induisant un échange de civilités, elle lui faisait évoquer son mal-être et sa souffrance, ce qui influençait de manière importante notre

⁵⁰ GIROMINI F., « La médiation en psychomotricité », in Benoît Lesage, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Erès, 2012 p. 253-264. DOI : 10.3917/eres.lesag.2012.01.0253, page 255

rencontre. J'ai donc décidé de ne plus la formuler et de prendre l'habitude de lui laisser plutôt la parole.

Dès les premières séances, Mme B. exprime son plaisir de me voir et semble apprécier le fait que je me rende disponible pour passer du temps avec elle.

D'après **Benoît LESAGE**, « *La main qui se pose doit se faire antenne, comme d'ailleurs tout le corps du thérapeute. L'écoute est le fondement d'un toucher digne et organisateur. Dans ces techniques, la conscience du thérapeute est déterminante, et nombre d'expériences cliniques nous indiquent que le patient est très sensible aux qualités du toucher*⁵¹ ». Mme B., tout en se montrant attentive aux gestes que j'effectue, se questionne sur les déformations de ses doigts dont elle remarque l'atténuation progressive. De cette manière, elle prend conscience des effets du toucher thérapeutique au niveau de ses mains.

L'objectif visé dans ces séances est la détente musculaire et plus particulièrement au niveau des membres supérieurs. Par mes sollicitations, je l'amène à investir ses mains du côté du plaisir, de l'agréable. Progressivement, Mme B. pose sa tête sur l'oreiller et la surface d'appui de son buste sur le lit augmente, ce qui est induit par l'abaissement de son tonus musculaire. Je note cependant plus de tonicité au niveau de son côté droit, côté de sa latéralité. Elle peut également être silencieuse quelques minutes, se rendant ainsi attentive à ses éprouvés. Nous avons vu le rapport très étroit qu'il existe entre le vécu corporel et le vécu psychique avec **ANZIEU** et sa notion du Moi-peau.

La médiation toucher thérapeutique semble avoir ici des effets positifs sur l'anxiété de Mme B. En effet, j'observe une atténuation de son vécu anxieux pendant quelques instants.

Mme B. se montre plus ou moins anxieuse selon les séances, ce qui s'observe dans son état tonique et son discours. Elle peut par exemple évoquer plusieurs fois sa déception par rapport au personnel soignant de la structure ou parler de Mme P. A ce moment-là, je la sens moins disponible au toucher. Son tonus musculaire reste élevé, ce qui limite la mobilisation de ses mains.

Il m'est arrivé d'être présente au moment où les soignants lui apportent le goûter dans sa chambre. A cette occasion, j'ai pu remarquer à quel point son attitude et la manière dont

⁵¹ LESAGE B., « Toucher : du tabou au cadre », in Benoît Lesage, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Erès, 2012 p. 243-252. DOI : 10.3917/eres.lesag.2012.01.0243, page 248

elle s'adressait à eux dénotaient complètement avec la gentillesse qu'elle pouvait faire preuve à mon égard. Il semblerait que Mme B. ait investi de manière positive notre relation, ce qui signifierait qu'une alliance thérapeutique se soit établie entre nous. L'alliance thérapeutique signe la collaboration active des deux partenaires dans la prise en soin. A ce propos, **ROGERS** a défini l'engagement comme essentiel à la thérapie en y englobant la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité, avec des buts communs pour le patient et le soignant.

A la fin de la séance, quand je lui annonce la prochaine séance, elle peut dire « *vous trouverez peut-être un cercueil* ». A ce moment-là, il s'agit pour moi de trouver les bons mots pour lui répondre.

g) Synthèse de la prise en soin

Après 15 séances de toucher thérapeutique, sur un intervalle de temps assez court, Mme B. se montre disponible à mes propositions. Elle peut sur sollicitation verbale et corporelle se relâcher musculairement. Des effets au niveau des déformations de ses doigts sont appréciables, celles-ci s'atténuent au fur et à mesure des massages. A ce propos, elle peut me féliciter pour ma technique et évoquer les effets bénéfiques qu'apporte ce toucher. En effet, elle se dit davantage habile dans ses manipulations d'objets au quotidien et évoque ainsi la nécessité de profiter de ce temps de massage.

h) Conclusions

Ce temps personnalisé permet à Mme B. de vivre des expériences de détente, d'apaisement dans « l'ici et maintenant ». Les sensations corporelles que provoque le toucher viennent favoriser le réinvestissement corporel source de revalorisation et de bien-être.

Selon certains auteurs, ce toucher « *a d'abord pour but de nouer ou renouer un lien fort avec la personne souffrante en lui montrant sa présence*⁵² ». Ainsi, il faut considérer le toucher comme moyen privilégié de rencontre. En rapprochant le soignant du soigné, le toucher-massage permet une meilleure perception et connaissance de l'autre et une meilleure écoute.

⁵² BONNETON-TABARIES F. et LAMBERT-LIBERT A., *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, Med-Line Editions, 2013, page 105

Ces deux études de cas m'ont permis de répondre à la question que je m'étais posée au début de ce mémoire, à savoir : comment l'accompagnement psychomoteur au travers du bain et du toucher thérapeutiques peut-il viser à diminuer le vécu anxieux de la personne âgée démente en institution et ainsi lui permettre d'être davantage disponible à la relation ?

Nous avons vu que ces médiations, outre leur fonction de contenance au niveau physique et psychique, contribuent à offrir à la personne âgée un temps personnalisé, privilégié et plaisant dans un contexte de relation. Elle est amenée à vivre des expériences de détente dans « l'ici et maintenant ». Le psychomotricien, de par sa posture impliquée, est sensible aux effets de la prise en soin en bain et en toucher thérapeutique tant au niveau du tonus que des affects et des émotions du sujet.

DISCUSSION

Pour terminer, il me semble important de partager les faits qui ont contribué à l'écriture de ce mémoire ainsi que mon vécu de stagiaire et mes questionnements.

Mes lieux de stage

Au moment de la recherche de stages pour cette troisième d'étude, alors que j'avais déjà en vue un stage en EHPAD avec une psychomotricienne, on m'a proposé un stage expérimental dans le même type de structure. Il m'a alors semblé pertinent de me lancer dans l'expérience. En effet, grâce à mon autre lieu de stage, j'allais avoir à disposition des ressources concernant l'approche du sujet âgé institutionnalisé en psychomotricité.

Ces deux lieux de stage m'ont donc offert un champ d'observation clinique riche ainsi que des possibilités de liens entre mes deux expériences. Les questionnements qui en ont découlé m'ont amenée à m'interroger plus spécifiquement sur le vécu de la personne âgée présentant une démence c'est-à-dire un trouble affectant notamment sa perception de la réalité. Il m'a semblé que les symptômes les plus prégnants que présentaient ces personnes relevaient d'une manifestation d'anxiété. En effet, dans une situation donnée, je retrouvais chez elles des expressions comportementales semblables à savoir une agitation motrice, une tension corporelle, des troubles dans le discours et des déambulations...

J'ai donc choisi d'orienter mon travail de réflexion clinique sur ces manifestations psycho-comportementales chez la personne âgée atteinte de démence.

Ma position de stagiaire en psychomotricité

Dès mes premiers jours de stage, j'ai été amenée à adapter la manière dont j'allais prendre ma place en tant que stagiaire psychomotricienne au sein de la dynamique de l'institution. N'étant présente qu'un jour par semaine, mon insertion dans cette dynamique s'est faite de manière progressive, au fur et à mesure de mes rencontres avec les différents professionnels et les résidents. Pour le stage expérimental en particulier, j'ai pu partager ma pratique avec les équipes au travers de traces écrites (affiches) et de transmissions grâce au

logiciel de la structure. En effet, la prise en charge des personnes dépendantes est difficile et nécessite une communication et une cohésion de l'équipe pluridisciplinaire.

J'ai mis en œuvre ma pratique psychomotrice à travers de l'observation clinique mais aussi avec des prises en soin régulières de plusieurs résidents (toucher, bain et repas thérapeutiques, balnéothérapie). A chaque rencontre, il fallait prendre le temps de s'adapter et s'ajuster mutuellement dans la relation.

De manière générale, il s'agissait pour moi de trouver les mots justes pour expliquer mon rôle aussi bien aux résidents qu'aux professionnels. Cette démarche m'a permis de faire le point sur ce que je sais de ma future profession. Il en est ressorti la place spécifique de la pratique psychomotrice dans la prise en soin de la personne âgée. En effet, étant une profession paramédicale, la psychomotricité se trouve au deuxième plan. Elle est ainsi considérée comme un soin de confort par rapport à l'urgence médicale. Cette notion de priorité dans le soin rejoint la pratique psychomotrice à laquelle j'ai pu me former au cours de mon stage de deuxième année auprès d'enfants atteints de polyhandicap.

Entre théorie et pratique : mes questionnements

Au début de ce travail, je me suis rendue compte que l'anxiété est un sujet extrêmement vaste qui est très difficile à définir, d'autant plus qu'elle est souvent assimilée à d'autres concepts comme le trouble anxieux, l'angoisse ou le stress.

Je me suis aussi questionnée à propos de la situation de dépendance de la personne âgée. En effet, la réalité des difficultés du sujet l'amène à avoir besoin de l'autre pour tous les actes de la vie quotidienne.

Au cours de cette année de stage, mes questionnements se sont précisés. Ils concernent notamment la toilette du sujet en institution. Ce que je souhaite évoquer à ce propos, c'est la notion d'intimité. L'intimité est « *du domaine de la vie personnelle, de la vie privée*⁵³ ». Elle est le « *caractère de ce qui appartient à la nature profonde, intime de l'être*⁵⁴ ». Dans les séances de bain thérapeutique, la personne âgée est amenée à se déshabiller. J'ai été surprise par la facilité avec laquelle les sujets se « mettent nus » devant moi. Ils semblent ainsi ne pas être dérangés pour exposer leur nudité à mon regard. Si je leur propose une serviette pour se

⁵³ Ancienne définition du mot « intimité » par l'Académie Française (édition de 1835).

⁵⁴ Signification du terme « intimité » par l'Académie Française (édition de 1986).

couvrir, ils semblent ne pas en voir l'utilité. Ce constat dénote avec ce que j'ai observé au cours de la toilette au lit de personnes âgées très dépendantes. Les soignants sont sensibles au fait de toujours garantir leur intimité par l'utilisation de draps de bain.

La personne âgée en institution renoncerait-elle à son intimité ? Ce choix dépend t-il plutôt de sa personnalité ? Ces questions révèlent la complexité de cet aspect de la vie en institution qui nécessiterait une approche plus approfondie.

CONCLUSION

L'allongement de la durée de vie et le progrès médical sont à l'origine de l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population générale. Il paraît donc important de se questionner sur cette population afin de continuer à améliorer l'accompagnement des personnes âgées.

La multiplication des termes pour désigner la tranche de vie qui vient après l'âge adulte témoigne de la diversification des représentations concernant cette période. Il semblerait que ce ne soit pas une question d'âge mais plutôt d'autonomie du sujet. Quand la démence vient se greffer aux conséquences du processus normal que constitue le vieillissement, elle complique l'adaptation du sujet et accélère sa dépendance à autrui. Elle vient faire émerger chez le sujet des conduites dont il est souvent difficile de comprendre le sens. Derrière des regards inquiets, des discours incohérents, des errances le long des couloirs..., peuvent surgir des souvenirs très clairs, des sourires, une présence attentive...

L'approche psychomotrice se base sur la relation qui s'établit entre la personne âgée et le professionnel et sur la disponibilité de chacun. La notion d'adhésion du sujet au soin me paraît ici primordiale. Si les deux partenaires acceptent de s'investir et de s'engager mutuellement pour évoluer ensemble, l'alliance thérapeutique ou lien de confiance réciproque peut alors se créer et s'entretenir en permanence au cours de la prise en soin.

De part leurs dimensions relationnelles et leurs fonctions de contenance corporelle et psychique, le toucher et le bain thérapeutique sont deux médiateurs intéressants pour l'accompagnement psychomoteur de la personne âgée démente anxieuse.

De manière générale, le psychomotricien est amené à rencontrer des personnes d'âges différents présentant des pathologies diverses en fonction du contexte de son intervention. Sa capacité d'ajustement m'apparaît comme étant une qualité essentielle.

Psychomotricienne, c'est ce que je veux devenir.

ANNEXES

ANNEXE 1

Critères diagnostiques de la démence selon le DSM-IV :

- A. Apparition de déficits cognitifs multiples comme en témoignent à la fois
- (A1) Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement.)
- (A2) Une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes :
- Aphasie (perturbation du langage) ;
 - Apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes) ;
 - Agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes) ;
 - Perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).
- B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- C. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'une confusion mentale.

ANNEXE 2

Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer selon le DSM IV :

- A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
 - 1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises ultérieurement) ;
 - 2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a) aphasie (perturbations du langage),
 - b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré les fonctions motrices intactes),
 - c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),
 - d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite) ;
- B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur,
- C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu,
- D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :
 - 1) à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (p.ex. maladies cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale),
 - 2) à des affections générales pouvant entraîner une démence (p.ex. hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH),
 - 3) à des affections induites par une substance ;
- E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un délirium,

- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif : si le début se situe après 65 ans.

ANNEXE 3

Les principales démences

(Source : http://www.francealzheimer.org/sites/default/files/RapportFMA-FA_Maladies-neurodegeneratives_0.pdf)

❖ Maladie d'Alzheimer

Données épidémiologiques

Incidence : 8,8 / 1 000 / an en Europe de l'Ouest (Ferri et Al. Consensus Delphi. Lancet 2005), soit l'extrapolation à la France : 90 160 nouveaux cas par an

Prévalence : 850 000 personnes selon l'étude PAQUID (Plan Alzheimer 2006-2008)

Principaux signes cliniques

La maladie se manifeste par la détérioration durable et progressive des fonctions cognitives : un trouble de la mémoire, une altération de la pensée abstraite (interprétation de proverbes, définition de mots et de concepts), des troubles du jugement, mais aussi des troubles du langage, une incapacité à réaliser une activité motrice malgré une compréhension et des fonctions motrices intactes, une impossibilité d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes. Des troubles psycho-comportementaux (changements de la personnalité, une perturbation de l'humeur et des signes psychotiques...) sont très fréquents.

Evolution

Alors que pendant plusieurs années la personne atteinte de la maladie ne présentait aucun signe clinique, vont apparaître progressivement (sur une vingtaine d'années) des signes tels que troubles de mémoire épisodique, fatigue profonde avec une indifférence générale, désintérêt, mais sans gêner de manière significative la vie de la personne dans un premier temps. Dans la phase dite démentielle de la maladie survient la perte d'autonomie qui mène le malade à l'état de dépendance.

Traitement

Il n'existe pas de traitement curatif. L'efficacité et l'intérêt d'un traitement médicamenteux symptomatique sont actuellement débattus.

Mécanisme neuropathologique

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative primaire caractérisée par la présence de plaques amyloïdes (cascade amyloïde) et de dépôts de protéines Tau (tauopathies).

❖ La démence parkinsonnienne

La démence parkinsonnienne et la démence à corps de Lewy (DCL) peuvent être considérées comme deux expressions cliniques d'un même processus pathologique. En raison de nombreux points communs entre la démence parkinsonnienne, stade très évolué de la maladie de Parkinson, et la démence à corps de Lewy, de nombreux auteurs ont suggéré de fusionner ces deux entités. Cependant, il est utile de distinguer la démence parkinsonnienne de la démence à corps de Lewy en réservant le terme de démence à corps de Lewy aux personnes chez lesquelles les troubles cognitifs sont apparus précocement au cours de leur maladie.

Epidémiologie

La maladie de Parkinson (deuxième maladie neurodégénérative après la maladie d'Alzheimer) touche 150 000 personnes en France, mais seulement 82 711 personnes sont en ALD 16 (avec un âge moyen à 76 ans). La prévalence de la démence parkinsonnienne chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson est de 25 à 30 %, soit une extrapolation à 45 000 personnes en France.

Principaux signes cliniques

La perte de la mémoire, du langage, du raisonnement et d'autres fonctions intellectuelles supérieures telles le calcul, est courante et progressive. Les performances cognitives fluctuent avec des variations franches de la vigilance et de l'attention. La personne peut être somnolente pendant le jour, mais tout à fait réveillée pendant la nuit, incapable de dormir. Parfois, la personne donne l'impression que rien ne l'intéresse (apathie).

Les hallucinations visuelles sont récidivantes, typiquement très précises et détaillées. Le syndrome parkinsonien (ralentissement de la vitesse d'exécution des gestes, diminution de la mobilité spontanée et raideur musculaire (rigidité)) est primaire en dehors de tout effet secondaire d'un traitement.

Evolution

L'évolution est marquée par une aggravation progressive des symptômes (aggravation des troubles intellectuels, aggravation ou apparition des hallucinations ou des désordres moteurs) habituellement lente sur une dizaine d'années.

Traitement

Le traitement médicamenteux est symptomatique. La prise en charge non pharmacologique de la personne malade et de son entourage est semblable à celle proposée dans la maladie d'Alzheimer.

Mécanisme neuropathologique

C'est une maladie neurodégénérative primaire caractérisée par l'atteinte du locus niger (noyau de substance grise du cerveau) entraînant une insuffisance de sécrétion de dopamine (neuromédiateur) intervenant dans la régulation des mouvements.

A noter que des plaques amyloïdes sont retrouvées dans 55 à 80 % des cas.

❖ La démence à corps de Lewy

La démence parkinsonienne et la démence à corps de Lewy (DCL) peuvent être considérées comme deux expressions cliniques d'un processus pathologique perturbant le métabolisme de l'alpha-synucléine et aboutissant à l'apparition de corps de Lewy dans différentes structures cérébrales (système limbique et cortex).

En raison de nombreux points communs entre la démence parkinsonienne, stade très évolué de la maladie de Parkinson, et la démence à corps de Lewy, de nombreux auteurs ont suggéré de fusionner ces deux entités. En pratique clinique, il reste utile de distinguer la démence parkinsonienne de la démence à corps de Lewy en réservant le terme de démence à corps de Lewy aux personnes chez lesquelles les troubles cognitifs sont apparus précocement au cours de leur maladie⁷.

Epidémiologie

La démence à corps de Lewy est la deuxième cause de démence du sujet âgé, après la maladie d'Alzheimer.

La prévalence est de 6-9 personnes atteintes / 10 000 (Orphanet).

Principaux signes cliniques

La perte de la mémoire, du langage, du raisonnement et d'autres fonctions intellectuelles supérieures telles le calcul, est courante et progressive. Les performances cognitives fluctuent avec des variations franches de la vigilance et de l'attention. La personne peut être somnolente pendant le jour, mais tout à fait réveillée pendant la nuit, incapable de dormir. Parfois, la personne donne l'impression que rien ne l'intéresse (apathie).

Les hallucinations visuelles sont récidivantes, typiquement très précises et détaillées. Le syndrome parkinsonien (ralentissement de la vitesse d'exécution des gestes, diminution de la mobilité spontanée et raideur musculaire (rigidité)) est primaire en dehors de tout effet secondaire d'un traitement. Le syndrome parkinsonien est plus modéré que dans la maladie de Parkinson, avec notamment l'absence de tremblement au repos.

Evolution

L'évolution est marquée par une aggravation progressive des symptômes (aggravation des troubles intellectuels, aggravation ou apparition des hallucinations ou des désordres moteurs) habituellement lente sur une dizaine d'années.

Traitement

Le traitement médicamenteux de la démence à corps de Lewy est symptomatique. La prise en charge non pharmacologique de la personne malade et de son entourage est semblable à celle proposée dans la maladie d'Alzheimer.

Mécanisme neuropathologique

C'est une maladie neurodégénérative primaire caractérisée par des dépôts de corps de Lewy (synucléine). A noter que des plaques amyloïdes sont retrouvées dans 55 à 80 % des cas.

❖ Démence lobaire fronto-temporale (maladie de Pick)

Contrairement à la maladie d'Alzheimer, les « dégénérescences fronto-temporales » sont un terme générique désignant un groupe de maladies touchant principalement le lobe frontal et le lobe temporal du cerveau, qui sont associés à la personnalité et au comportement.

Dans certains cas, les cellules de ces parties du cerveau s'atrophient ou meurent, et dans d'autres cas, s'hypertrophient et renferment des « corps de Pick » sphériques et argyrophiles (colorables par les sels d'argent).

Le terme « maladie de Pick » ou maladie lysosomale désigne le sous-type des dégénérescences fronto-temporales qui présente ces anomalies particulières. Cette maladie est liée à l'accumulation dans les organites cellulaires (les lysosomes) de déchets métaboliques lipidiques non assimilés.

Epidémiologie

Prévalence : 10-15 / 100 000 personnes, chez les 35 à 75 ans ; 80 à 100 000 personnes en France.

Deuxième cause de démence débutant avant 65 ans (10-20 % des cas) et forme héréditaire dans 20 à 40 % des cas.

Principaux signes cliniques

La maladie débute vers 55/60 ans. Trois formes cliniques sont décrites :

- Variante comportementale de la démence lobaire fronto-temporale (maladie de Pick) : avec des troubles du comportement, de la personnalité et des fonctions exécutives.
- Aphasie non fluente progressive (aphasie primaire progressive ou forme langagière) : caractérisée par un discours réduit et haché, avec un manque de mots et des erreurs phonémiques et syntaxiques alors que la compréhension des mots est préservée.
- Démence sémantique : associe une aphasie sémantique à une agnosie associative donnant un discours fluent avec une perte du sens des mots et des concepts non verbaux.

Par ailleurs, les changements de comportement sont notamment l'isolement ou la désinhibition (c'est-à-dire la perte de la capacité de contrôler ses comportements ou ses gestes). La personne peut négliger son hygiène personnelle, être facilement distraite ou répéter continuellement les mêmes gestes. Elle peut également être portée à trop manger ou à mettre de façon compulsive des objets dans sa bouche. L'incontinence est parfois un symptôme précoce de la maladie.

Evolution

L'évolution est marquée par une aggravation progressive des symptômes habituellement sur 7 à 10 années (survie moyenne à 8 ans).

Traitement

Il n'existe pas de traitement curatif et le traitement symptomatique a une efficacité très variable selon les personnes et les signes cliniques.

Mécanisme neuropathologique

C'est une maladie neurodégénérative primaire, caractérisée par de dépôts de protéine Tau et d'accumulation anormale de protéines d'ubiquitine (corps de Pick).

❖ Démences vasculaires

Elles surviennent lorsque les cellules du cerveau sont privées d'oxygène du fait d'un blocage des vaisseaux cérébraux (caillot) ou du fait d'une chute de la pression artérielle (hémorragie). Cela entraîne la mort des cellules et provoque les symptômes de troubles cognitifs. Après la maladie d'Alzheimer, la maladie cérébro-vasculaire est la deuxième forme de trouble cognitif la plus répandue, constituant jusqu'à 30 % de tous les cas.

Ce groupe comprend plusieurs maladies hétérogènes par leur cause, leur symptomatologie et leur traitement.

Epidémiologie

Les démences vasculaires représentent 15 à 30 % des cas de démence.

Des microhémorragies cérébrales sont présentes dans 23 % des démences.

En France, selon les données de l'ALD 1 (accident vasculaire cérébral invalidant), 243 918 personnes sont atteintes d'une démence vasculaire début 2009 avec un âge moyen de survenue à 68 ans

Principaux signes cliniques

Tous les signes cliniques sont possibles : crises soudaines de rire ou de larmes, perte soudaine de la mémoire, symptômes d'accident vasculaire cérébral (ex. : paralysie de type hémiparésie/ hémiparésie par exemple, troubles du langage et perte de l'acuité visuelle) voire mêmes symptômes que la maladie d'Alzheimer.

Evolution

L'évolution est variable avec des lésions constituées invalidantes définitives malgré la rééducation, des lésions réversibles soit spontanément soit avec la rééducation. Le risque majeur est la récurrence.

Traitement

Le traitement curatif n'existe pas. Il s'agit de traitements préventifs (éviter la récurrence, les complications).

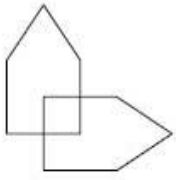
Mécanisme neuropathologique

La neurodégénérescence est secondaire à une hypoxie (faible oxygénation) cérébrale par ischémie (chute du débit sanguin du fait d'un caillot), suite à une compression intracérébrale (hémorragie), par diminution du débit sanguin cérébral (hémorragie).

ANNEXE 4

Mini Mental State Examination (MMSE) :

MINI-MENTAL TEST DE FOLSTEIN

Score maximal	Score	
5	ORIENTATION (1 point par réponse juste) - En quelle année sommes-nous ? - Quelle saison ? - Quel mois ? - Quelle est la date ? - Quel est le jour ?
5	- Dans quelle pays sommes-nous ? - Quelle ville ? - Quel département ? - Quel est le nom de l'hôpital ? (ou adresse du médecin) - Quelle salle ? (ou endroit, cabinet, etc,...)
3	APPRENTISSAGE Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex : cigare, fleur, porte) ; à la répétition immédiate compter 1 par réponses correctes. Répéter jusqu'à ce que les 3 mots soient appris. Compter le nombre d'essais (ne pas coter).
5	ATTENTION ET CALCUL Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions. Noter le nombre de réponses correctes.
3	RAPPEL Demander les 3 noms d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct)
9	LANGAGE - Dénommer un stylo, une montre (2 points) - Répéter : "Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et" (1 point) - Exécuter un ordre triple : "Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher" (1 point par item correct) - Copier le dessin suivant (1 point) : Tous les angles doivent être présents  - Ecrire une phrase spontanée (au moins 1 sujet et 1 verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe son indifférentes (1 point)
TOTAL (30)	
Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum : Vigile Obnubilé Stupeur Coma		

Détérioration intellectuelle légère entre 21 et 15 points ; modérée entre 5 et 15 ; sévère au-dessous de 5

Score supérieur à 24 : démence très légère

Score entre 19 et 24 : démence légère

Score entre 10 et 18 : démence modérée

Score inférieur à 10 : démence sévère.

ANNEXE 5

Grille AGGIR :

Nom et prénom M Sec.Soc. Adresse Né(e)le Âge	Date de l'évaluation	Fiche récapitulative AGGIR
Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON) S T C H	S = Spontanément H = Habituellement T = Totalemnt C = Correctement
	Code	Code final
1. Transferts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Toilette	haut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Elimination	urinaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fécale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Habillage	haut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuisine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alimentation	se servir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> manger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ménage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alerter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Transports	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Achats	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gestion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Orientation	dans le temps <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dans l'espace <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cohérence	communication <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> comportement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codage intermédiaire

Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).

Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.

- Si aucun adverbe n'est coché codez **A**.
- (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)
- Si tous les adverbes sont cochés codez **C** (ne fait pas)
- Si une partie des adverbes seulement est cochée codez **B**.

Codefinal si sous-variables

- Cohérence :
 - AA = **A** ;
 - CC, CB, BC, CA, AC = **C** ;
 - AB, BA, BB = **B**
- Orientation :
 - AA = **A** ;
 - CC, CB, BC, CA, AC = **C** ;
 - AB, BA, BB = **B**
- Toilette :
 - AA = **A** ;
 - CC = **C** ;
 - Autres = **B**
- Habillage :
 - AAA = **A** ;
 - CCC = **C** ;
 - Autres = **B**.
- Alimentation :
 - AA = **A** ;
 - CC, BC, CB = **C** ;
 - Autres = **B**
- Élimination :
 - AA = **A** ;
 - CC, BC, CB, AC, CA = **C** ;
 - Autres = **B**

Groupe iso-ressources

Défini par le système informatique

ANNEXE 6

Inventaire Neuropsychiatrique pour l'équipe soignante :

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

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

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

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

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

ANNEXE 7

Questionnaire relatif à l'item « anxiété » du NPI-ES :

E. ANXIETE

(NA)

“ Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou est-t-il/elle incapables de se détendre? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Y a t il des période pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le coeur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété

FREQUENCE

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

GRAVITE

Léger : l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant.	1
Moyen : l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la et difficile à soulager.	2
Important : l'état d'anxiété est très stressant et perturbant et difficile voire impossible à soulager.	3

RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

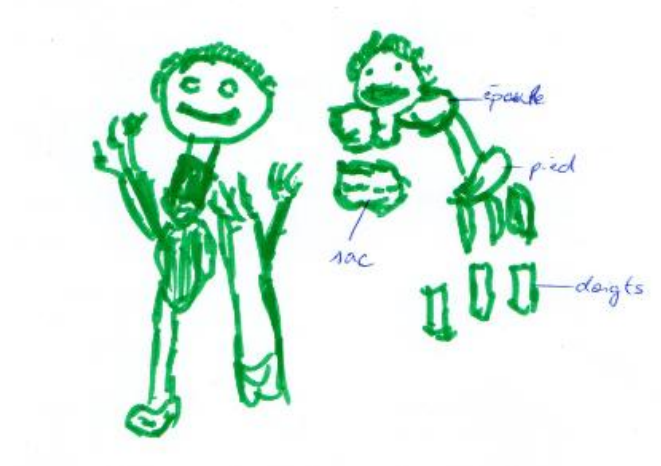
ANNEXE 8

Modèle de baignoire inclinable :



ANNEXE 9

Dessin du bonhomme de Mme C. :



Sur copie :



ANNEXE 10

Dessin du bonhomme de Mme B. :



BIBLIOGRAPHIE

Sous la direction de ALBARET J.-M. et AUBERT E., *Vieillesse et Psychomotricité*, Solal Editeurs, 2003

AMIEVA H. et coll., *Les démences. Aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutique*, De Boeck Université, 2014

Sous la direction de ANCET P., *Le corps vécu chez la personne âgée et handicapée*, Dunod, 2010

ANKRI J. et coll., *Gérontologie et société, La prise en charge de la Maladie d'Alzheimer*, Fondation nationale de gérontologie, N°128/129, 2009

ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Dunod, 1995 (2^{ème} édition)

BILLE M., GALLOPIN C. et POLARD J., *Manifeste pour l'âge et la vie : réenchanter la vieillesse*, Erès, 2012

BONNETON-TABARIES F. et LAMBERT-LIBERT A., *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, Med-Line Editions, 2013

BROUILLET D. et SYSSAU A., *La maladie d'Alzheimer, Que-sais-je ?*, Presses Universitaires de France (puf), 1998

CHARPENTIER E., *Toucher thérapeutique et psychomotricité : soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*, Mémoire de psychomotricité, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 2013

CONNEN de KERILLIS N., *Hypnose, relaxation et toucher thérapeutique : pour une pratique psychomotrice intégrative auprès de patients adultes*, Mémoire d'Hypnose Médicale et Clinique, Université de La Réunion, 2013

CORRE E., *L'eau, l'autre et moi : le milieu aquatique, médiation du dialogue corporel en psychomotricité*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux Segalen, 2013

CUISINIER B., *Accroître le soin relationnel avec des personnes désignées démentes séniles de type Alzheimer*, Chronique Sociale, 2008 (2^{ème} édition)

Sous la direction de DAVID R., *Alzheimer et états comportementaux, Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences*, Dunod, 2014

DELAMARRE C., *Démence et projet de vie, Accompagner les personnes atteintes de ma maladie d'Alzheimer*, Dunod, 2007

DESCAMPS M.-A., *Le langage du corps et la communication corporelle*, Presses Universitaires de France (puf), 1992

- DUQUENOY SPYCHALA K., *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*, Pratiques gérontologiques, Erès, 2002
- EL HAGE C., *Thèse : L'anxiété liée au sevrage à la cocaïne : Etude comportementale et neuroanatomique*. Neurosciences. Université Claude Bernard – Lyon, 2012.
- FERREIRA E., « Démence et fonction de contenance dans les unités protégées », *Cliniques* 1/2011 (N° 1), p. 110-124
- FIELD T., *Les bienfaits du toucher*, Payot, 2006
- GAUCHER-HAMOUDI O. et GUIOSE M., *Soins palliatifs & psychomotricité*, Heures de France, 2007
- GIL R., *Vieillesse et Alzheimer*, L'Harmattan, 2012
- HOUZEL D., Le concept d'enveloppe psychique, In Press, 2005
- LANDREVILLE P. et coll., *Symptômes comportementaux et psychologique de la démence*, Maloine, 2005
- LEMAIRE P., *Le vieillissement cognitif, Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France (puf), 1999
- MESSY J., *La personne âgée n'existe pas*, Payot et Rivages, 2002
- L. MISCHARA B. et G. RIEDEL R., *Le vieillissement*, Presses Universitaires de France (puf), 1994
- MONTAGU A., *La peau et le toucher, un premier langage*, Editions du Seuil, 1979
- NETTO E., *"Un homme seul, ça n'existe pas" : étayer la conscience corporelle des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*. Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux, 2014
- PAILLAT P., *Vieillesse et vieillesse, Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France (puf), 1996
- PERSONNE M., *Les chaos du vieillissement*, Erès, 2003
- Sous la direction de PERSONNE P., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Psychologie et psychomotricité des accompagnements, Erès, 2011
- PIGNOL S., *Aqua sert le psychomotricien : expérience auprès de patients adultes avec autisme déficitaires à travers la médiation eau*, Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux, 2014
- PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Dunod, 2011
- PLOTON L., *A l'écoute d'un langage*, Chronique Sociale, 2004

PLOTON L., *La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Chronique Sociale, 2003 (6^{ème} édition)

POILLOT A., « Approche psychodynamique de la démence de type Alzheimer », AFDG – Lettres de Psychogériatrie

Sous la direction de POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, 2010 (3^{ème} édition)

POTEL C., *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Erès, 2014 (2^{ème} édition)

RUPIED A., *Il était une fois, le toucher. Comment l'histoire se raconte au fil de la rencontre tactile avec l'enfant*, Mémoire de psychomotricité, Paris, 2006

SARDA J., « Le toucher en thérapie psychomotrice », *Enfances & Psy* 4/2002 (n°20), p. 86-95

SERVANT D., *Gestion du stress et de l'anxiété*, Elsevier Masson, 2012 (3^{ème} édition)

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
AVANT-PROPOS.....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I : DU VIEILLISSEMENT NORMAL A LA DEMENCE.....	8
A. Le vieillissement : un concept multifactoriel	8
1) La réalité biologique du vieillissement	9
a) Du vieillissement du cerveau à la réalité cognitive	10
b) Du vieillissement organique à la réalité morphologique et fonctionnelle	11
2) La réalité psycho-sociale du vieillissement	12
B. Quand la démence « s'en mêle »	14
1) Les différentes catégories de démence	15
2) Historique	15
3) Les étiologies de la démence	16
a) Les théories organiques	17
a-1) Facteurs neurologiques lésionnels.....	17
a-2) Facteurs encéphalitiques	19
a-3) Facteurs neuro-sécrétoires	19
a-4) Facteurs génétiques.....	19
b) Les théories psychodynamiques	20
b-1) Le modèle psychosomatique	20
b-2) Les autres théories psychodynamiques.....	20
4) Les signes cliniques de la démence	22
a) L'évaluation cognitive	24
b) L'évaluation de l'autonomie.....	24
CHAPITRE II : L'ANXIETE CHEZ LA PERSONNE AGEE DEMENTE, UN SYMPTOME PARMIS	
D'AUTRES	26
A. Les symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD).....	26
1) Définition.....	26
2) Etiologies	27
3) Identification et évaluation des SPCD chez le sujet institutionnalisé	28
4) La réalité des SPCD chez du sujet âgé dément en institution	28
B. L'anxiété	30
1) Définition.....	30
a) Anxiété et angoisse	30
b) Stress et anxiété	32
c) Anxiété d'état et anxiété de trait	32
2) Bases neurobiologiques de l'anxiété normale et pathologique.....	33
3) L'anxiété comme symptôme de la démence chez le sujet dément institutionnalisé	35
a) Registre somatique	36
b) Registre comportemental	36

c) Registre psychologique	37
HYPOTHESE DE TRAVAIL	38
CHAPITRE III : LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRES DE LA PERSONNE AGÉE DÉMENTE	
ANXIEUSE	39
A. Mes lieux de stage.....	39
1) Présentation générale	39
2) Missions.....	39
a) Projet d'accompagnement personnalisé	40
b) Projet de soin et projet d'animation	41
3) Ma place de stagiaire dans ces deux institutions.....	41
a) Lieu de stage n°1	42
a-1) Organisation	42
a-2) Place de la psychomotricité	42
b) Lieu de stage n°2	43
b-1) Organisation	43
b-2) Place de la psychomotricité	43
B. Le bain et le toucher thérapeutiques comme supports de l'accompagnement en psychomotricité.....	45
1) Présentation du cadre	45
a) Le bain thérapeutique	45
a-1) Définition	45
a-2) Le bain en pratique psychomotrice	46
b) Le toucher	47
b-1) Le sens du toucher.....	47
b-2) Les caractéristiques de la peau	47
b-3) Les fonctions de la peau	48
b-4) La peau comme enveloppe contenante	49
b-5) Le toucher thérapeutique en pratique psychomotrice.....	50
2) Les concepts fondamentaux psychomoteurs abordés au travers de cet accompagnement.....	52
a) Le tonus musculaire	52
b) Le schéma corporel et l'image du corps.....	54
3) De la proxémie à la posture impliquée du psychomotricien	55
4) Le cadre thérapeutique en psychomotricité, métaphore de l'enveloppe psychique.....	57
C. Etudes de cas : Une fenêtre ouverte sur la personne âgée démente anxieuse en institution	59
1) Mme C.	59
a) Anamnèse.....	59
b) Observations cliniques	61
c) Projet d'accompagnement personnalisé	63
d) La rencontre	64
e) Données psychomotrices	64
f) Perspectives de soin en psychomotricité.....	66
g) Séances de bain thérapeutique.....	66
h) Synthèse de la prise en soin	70
i) Conclusions	70
2) Mme B.	72
a) Anamnèse.....	72
b) Projet d'accompagnement personnalisé	74

c) La rencontre	74
d) Données psychomotrices	74
e) Perspective de soin en psychomotricité	75
f) Séances de toucher thérapeutique	75
g) Synthèse de la prise en soin	77
h) Conclusions	77
DISCUSSION	79
CONCLUSION	82
ANNEXES	83
BIBLIOGRAPHIE	100