

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié Salpêtrière
Institut de Formation en psychomotricité
91, Boulevard de l'Hôpital
PARIS



**Unité d'Hébergement Renforcée et
psychomotricité : comment prévenir et agir sur les
troubles du comportement chez des personnes
atteintes de la maladie d'Alzheimer ?**

Mémoire présenté par Marjolaine Duarte Areia
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien

Référent de mémoire :

Marc Guiose

Session Juin 2015

Remerciements

L'histoire psychomot', nous change, nous fait grandir, c'est avant tout une expérience humaine durant laquelle on apprend à se découvrir et à découvrir les autres. Je ressors grandie de cette expérience et emporte avec moi des tas de souvenirs pour ma vie de jeune femme active.

Je remercie mes parents, qui m'ont permis de devenir qui je suis aujourd'hui. Sans eux, cette aventure n'aurait pu se réaliser. Merci à toute ma famille qui a su supporter mes sauts d'humeur pendant ces neuf mois.

Un grand merci à ma maitre de stage pour cette année, pour sa patience, pour tout ce qu'elle m'a apportée durant cette année cruciale comme conseils, comme temps, comme aide, une année durant laquelle elle a dû doubler sa dose de café pour lire et relire mon mémoire.

Merci à l'équipe et aux résidents de m'avoir accueillie les bras ouverts, c'était une expérience inoubliable et riche.

Un énorme merci à mes amis, en particulier à ma claudine, à ma sudiste, à nénise et à nono grâce à qui ces trois années ont été exceptionnelles. Merci d'avoir été là dans les bons comme dans les mauvais moments et je suis ravie d'avoir pu partager le développement de « notre bébé psychomot » respectif toutes ensemble.

Merci à mon maitre de mémoire.

Je dédie ce travail à mes grands-parents et à mon papa, qui n'a pas pu être à mes côtés pour ce long travail.

Sommaire

INTRODUCTION	6
---------------------------	----------

THEORIE

LA DEMENCE DE TYPE ALZHEIMER	9
---	----------

1 LA DEMENCE	9
---------------------------	----------

2 LA MALADIE D'ALZHEIMER	9
---------------------------------------	----------

2.1 D'UN POINT DE VUE HISTORIQUE	9
---	----------

2.2 D'UN POINT DE VUE NEUROLOGIQUE	10
---	-----------

2.2.1 Les plaques séniles	10
---------------------------------	----

2.2.2 La dégénérescence neurofibrillaire	11
--	----

2.3 DEFINITION	11
-----------------------------	-----------

2.4 LA MEMOIRE	12
-----------------------------	-----------

2.5 LES QUATRE A	14
-------------------------------	-----------

2.6 LES AUTRES TROUBLES	16
--------------------------------------	-----------

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT	17
---	-----------

3 DEFINITION	18
---------------------------	-----------

4 ETIOLOGIE	19
--------------------------	-----------

4.1 LES DIFFERENTS TROUBLES DU COMPORTEMENT OBSERVABLES DANS L'UHR	20
--	-----------

4.1.1 Déambulation	20
--------------------------	----

4.1.2 Hallucinations	21
----------------------------	----

4.1.3 Idées délirantes	22
------------------------------	----

4.1.4 Agitation	22
-----------------------	----

4.1.5 Anxiété	22
---------------------	----

4.1.6 Instabilité de l'humeur	23
-------------------------------------	----

4.2 EVALUATION DES TROUBLES : NPI-ES	23
---	-----------

LA SEMIOLOGIE PSYCHOMOTRICE A UN STADE SEVERE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER	24
1 LES TROUBLES TONIQUES.....	24
2 LES TROUBLES TEMPORO-SPATIAUX	25
3« DESINSTRUMENTALISATION » DE LA VIE RELATIONNELLE.....	26
4 TROUBLE IDENTITAIRE ET NOTION DE GROUPE	27
5 LA PREVENTION EN PSYCHOMOTRICITE.....	30

CLINIQUE

1 PRESENTATION DU LIEU DE STAGE.....	33
2 L'UHR.....	33
2.1 POPULATION ACCUEILLIE	33
2.2 L'EQUIPE	34
2.3 L'ENVIRONNEMENT	34
2.4 LA PSYCHOMOTRICITE DANS L'UHR	35
2.5 MA PLACE DE STAGIAIRE DANS L'UHR.....	36
3 PRESENTATION DES CAS CLINIQUES.....	37
3.1 MME R	37
3.1.1 Anamnèse	37
3.1.2 Bilan psychomoteur	38
3.1.3 Prise en charge.....	39
3.2 MME V	42
3.2.1 Anamnèse	42
3.2.2 Entretien.....	43
3.2.3 Bilan psychomoteur	44
3.2.4 Prise en charge.....	49
3.3 MR B.....	51
3.3.1 Anamnèse	51
3.3.2 Bilan psychomoteur	51
3.3.3 Prise en charge.....	52

DISCUSSION

1	LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DES PATIENTS.....	56
1.1	LE TOUCHER THERAPEUTIQUE	56
1.1.1	Fonction de maintenance.....	57
1.1.2	Fonction de pare-excitation.....	57
1.1.3	Fonction de différenciation	58
1.1.4	Fonction d'intersensorialité.....	58
1.2	LA RELAXATION.....	58
1.2.1	Fonction de contenance	59
1.2.2	Inscription des traces sensorielles.....	59
1.2.3	Le transfert.....	60
1.2.4	Régression et mémoire corporelle	61
1.2.5	Mise en éveil des différents sens	62
2	LE TRAVAIL RELATIONNEL AU SEIN DE L'EQUIPE.....	63
2.1	APPORT DU TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE.....	63
2.2	LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LES MOMENTS DE VIE QUOTIDIENNE.....	64
3	L'IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT	66
4	QUELQUES PISTES DE PREVENTION.....	67
	CONCLUSION	69
	BIBLIOGRAPHIE.....	71
	ANNEXE.....	I

Introduction

La psychomotricité est arrivée depuis seulement quelques années dans le monde de la gériatrie. Le nombre de personnes âgées augmente grâce aux différents progrès de la médecine, les Hommes vivent de plus en plus longtemps. La gériatrie est un domaine en devenir d'un point de vue de la psychomotricité.

En arrivant dans l'unité d'hébergement renforcée, je n'avais aucune connaissance du monde de la gériatrie. Je me suis aperçue que la problématique principale de cette structure était les troubles du comportement. Ces derniers impactent sur différents plans la vie de l'individu. Mais à quoi correspondent les troubles du comportement ? Peut-on réellement les prévenir ?

Je me suis par la suite demandée quelle était la place de la psychomotricité auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, quelle relation tisser avec des patients ayant des troubles mnésiques ?

Au cours de cette année de stage riche en connaissance et en expériences d'autres problématiques m'interrogeaient : Quelles médiations sont les plus adaptés avec cette pathologie ? Quel effet la relaxation peut-elle apporter à des individus atteints de la maladie d'Alzheimer ? Comment agir sur la dépendance, sans affecter le respect et la dignité de la personne afin que son identité et son intégrité persistent ?

Un ensemble de questions auxquelles, grâce au développement que je vais partager avec vous entre théorie et clinique, je vais tenter de répondre.

Afin d'amener progressivement les réponses à ces problématiques je vais dans un premier temps, développer des éléments théoriques en lien avec la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement.

Nous arriverons par la suite à un aspect plus concret, la clinique, partie où je présenterai trois résidents, quelques séances de psychomotricité à leurs côtés ainsi que leurs évolutions.

Pour terminer, nous discuterons de la place de la psychomotricité auprès du patient par le biais de certaines médiations comme la relaxation ou le toucher thérapeutique. J'essayerai de montrer que la place de la psychomotricité n'est pas limitée aux contacts avec les résidents mais qu'elle va bien au-delà. Elle a également son rôle à jouer auprès des soignants mais aussi sur l'environnement.

THEORIE

La démence de type Alzheimer

1 La démence

Elle constitue la première cause de handicap et de dépendance chez la personne âgée. La démence est considérée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme une priorité de santé publique.

D'après l'OMS, la démence se définirait comme :

« Un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive [...] plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive. »¹

Parmi les démences, la maladie d'Alzheimer est la plus répandue dans le monde.

2 La maladie d'Alzheimer

2.1 D'un point de vue historique

La maladie D'Alzheimer fut identifiée en 1906 par un psychiatre allemand du nom d'Aloïs Alzheimer ainsi que deux confrères Oskar Fisher, psychiatre et Gaetano Perusini, médecin. A la suite de leurs recherches, ils réussirent à mettre en évidence deux types de lésions du cerveau amenant à la maladie d'Alzheimer.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

Dans les années 1980, fut découvert les constituants biologiques de ces lésions : la protéine bêta-amyloïde et la protéine PAU.

Les travaux de Braak en 1991 ont montré qu'il y avait une corrélation entre l'évolution des lésions et celle des symptômes.

En France, en 1998, la Haute Autorité de Santé (HAS) considère la maladie d'Alzheimer comme un problème de santé publique. Quelques années plus tard des plans Alzheimer ont été mis en place.

Depuis 2014 jusqu'en 2019, le plan « maladies neurodégénératives » est mis en place afin d'agir sur un ensemble plus large de maladies. Il « concerne l'ensemble des malades atteints d'Alzheimer, de Parkinson, de sclérose en plaques et est élargi à l'ensemble des maladies neuro-dégénératives. »² Trois grands axes en émanent : l'amélioration du diagnostic et la prise en charge des malades, assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants, développer et coordonner la recherche.

2.2 D'un point de vue neurologique

2.2.1 Les plaques séniles

A la surface de chaque neurone sont présentes des protéines appelées APP. Ces dernières sont coupées et libèrent une protéine appelée bêta-amyloïde. Une fois détachée du neurone, elle est censée se dissoudre dans l'organisme. Cependant, dans la maladie d'Alzheimer, cette protéine se retrouve en trop grande quantité dans le cerveau. Elle ne se dégrade pas. L'amas de plusieurs protéines de ce type forme alors les plaques séniles.

Les plaques séniles se développent dans un premier temps au niveau du cortex, puis, vont progressivement atteindre l'hippocampe, essentiel à la mémoire et aux apprentissages. On parle d'atrophie corticale.

² <http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>

2.2.2 La dégénérescence neurofibrillaire

Pour cette lésion, l'anomalie se trouve un peu plus en profondeur dans la composition même du neurone. Le squelette du neurone est constitué de microtubules et de la protéine TAU. Dans la maladie d'Alzheimer cette protéine se détache. Le squelette du neurone n'est alors plus unifié. Ces protéines TAU s'agrègent entre elles et forment des neurofibrilles. Cette lésion touche directement l'échange d'informations d'un neurone à un autre. S'il n'y a plus de connexions, les neurones meurent.

La dégénérescence neurofibrillaire se développe en premier lieu au niveau de l'hippocampe et se propage dans le reste du cortex. Un dysfonctionnement général du cerveau est dû à une atrophie de ce dernier. Son évolution, d'abord centrale pour arriver progressivement à une atteinte fronto-temporal, est à mettre en parallèle avec les différentes étapes de la maladie.

Pour développer la maladie d'Alzheimer, il faut présenter ces deux lésions. Des recherches sont en cours afin de savoir laquelle de ces deux lésions apparaîtrait la première. Selon la topographie et l'étendue de la lésion les symptômes varient.

2.3 Définition

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neuro-dégénérative. Cette maladie amène à une altération des capacités intellectuelles et comportementales. Elle se caractérise par l'atteinte progressive de plusieurs zones du cerveau, chacune liées à des fonctions caractéristiques de l'homme, dont le trajet est prévisible. Ce sera en premier lieu la mémoire qui sera touchée, puis le langage, les gnosies et les praxies. Ce processus peut durer quelques mois à plusieurs années.

Selon l'évolution des symptômes, il existe trois phases dans la maladie d'Alzheimer :

La première phase est celle de *la démence légère*.

Nous constatons des troubles de la mémoire à court terme en particulier la mémoire épisodique, des manifestations anxieuses et/ou dépressives, des troubles des fonctions exécutives, des troubles phasiques tels que la perte du mot et le début de la désorientation temporo-spatiale pouvant générer de l'angoisse. Cela engendre un retentissement sur la vie quotidienne.

La deuxième phase correspond à *la démence modérée*.

Nous pouvons remarquer des troubles mnésiques sévères, une aphasie globale, des troubles praxiques et gnosiques importants. Des troubles du comportement apparaissent. L'altération des fonctions exécutives et du jugement est également visible. La désorientation temporo-spatiale s'amplifie. Le retentissement sur la vie quotidienne devient majeur.

La troisième phase se caractérise par *la démence sévère*.

Nous remarquons que les facultés cognitives sont extrêmement perturbées. Les troubles du comportement s'amplifient. La désorientation temporo-spatiale et les troubles de la communication sont majeurs. Des manifestations somatiques apparaissent chez le patient comme la dénutrition, des troubles du sommeil ou des escarres. Une anosognosie se développe. Une perte totale de l'autonomie est observée chez le patient.

2.4 La mémoire

Elle est la première fonction à être touchée dans la maladie d'Alzheimer. La mémoire de travail et la mémoire à court terme sont les premières affectées. Elle peut se définir comme la capacité d'apprendre, de conserver et de récupérer des informations lorsque nous en avons besoin.

J'ai fais le choix dans cette partie de m'intéresser uniquement à trois types de mémoires me paraissant primordiales dans la maladie d'Alzheimer à un stade avancé.

La mémoire procédurale ou mémoire des habiletés motrices, constitue la mémoire à long terme. Elle est implicite, non déclarative, inconsciente. Elle reste longtemps dans la maladie d'Alzheimer une source de réassurance et d'apprentissage, il faut la solliciter davantage dans les stades modéré et avancé de la maladie. La mémoire procédurale est présente dans beaucoup d'activités du quotidien. Son activation produit un sentiment de familiarité et d'apaisement.

La mémoire corporelle conserve en mémoire toutes les blessures, postures, tout ce que le corps a vécu depuis son développement intra-utérin. Notre corps est le miroir de notre histoire personnelle, étayé par le tonus, support des émotions et de la communication infra-verbale. La mémoire corporelle prend en compte la sensorialité mais aussi l'investissement des différentes parties du corps qui deviennent le lieu d'inscription des expériences de plaisir ou de déplaisir. D'après Jean-Claude Coste, cité par Cécile Pavot³, psychomotricienne et professeur à la l'IFP de la Pitié Salpêtrière « des zones du corps peuvent être surinvesties [...] ou laissées dans l'ombre [...] certaines de ses parties seront plus significativement mises en relief et joueront un grand rôle dans la vie de l'adulte (et sa pathologie), sans aucun rapport avec l'anatomie. »

L'image du corps joue un rôle important dans la mémoire corporelle. D'après Françoise Dolto « l'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnelle et en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle »⁴.

La mémoire émotionnelle est préservée jusqu'à la fin de notre vie. Dans *l'Humanitude*, Jérôme Pellissier et Yves Gineste expliquent que

³ Cécile Pavot, Cours de deuxième année en psychomotricité

⁴ Françoise Dolto, 1984, p.23

la mémoire émotionnelle est « riche de nos affects, de nos sentiments et de nos émotions, riche également des empreintes qu'y ont laissé et y laissent des lieux, des personnes, des pensées, etc. ⁵ »

Cette mémoire se retranscrit corporellement : « les personnes atteintes de syndromes cognitivo-mnésiques signifient souvent par leur regard, leurs gestes, leurs expressions, leur attitude, leur détente musculaire même, qu'elles reconnaissent et ressentent émotionnellement celui qui est à leur côté. »⁶ Comme le décrit Jérôme Pellissier⁷, cette mémoire fait que nous restons un être, un Homme qui continue de sentir, ressentir, désirer des choses.

2.5 Les quatre A

Cette maladie se caractérise par la présence de quatre symptômes appelés les « quatre A » qui sont l'amnésie, l'aphasie, l'apraxie et l'agnosie. Ils correspondent à une perte des capacités spécifiques chez l'individu atteint de la maladie d'Alzheimer. Ces quatre A touchent la personne dans sa vie familiale, sociale, professionnelle. Ils affectent l'identité du sujet. La présence de ces quatre symptômes simultanément caractérise le stade sévère de la maladie. Ils arrivent de manière progressive. Le sujet se rend compte qu'il perd certaines capacités cognitives.

L'*amnésie* est caractéristique de la mémoire. C'est la première fonction touchée. Elle s'explique par une atteinte des régions temporales internes du cerveau dont l'hippocampe.

« C'est un trouble plus ou moins profond de la mémoire. Il existe plusieurs sortes d'amnésie :

- Le sujet est incapable de se souvenir des événements au fur et à mesure qu'ils se présentent [...]
- Le sujet oublie des événements antérieurs à sa maladie ;

⁵ Yves Gineste et Jérôme Pellissier, 2014, p.141

⁶ Ibid., p.142

⁷ Jérôme Pellissier, 2014, p68-69

- Certains événements semblent avoir été oubliés. En fait la trace des événements existe ; on peut croire que l'oubli total n'existe pas. Ces expériences oubliées remontent parfois à la surface de la conscience, à la suite de certaines circonstances »⁸

L'amnésie affecte dans un premier temps la mémoire antérograde qui constitue la mémoire à court terme, des éléments du présent. Puis, ce sera la mémoire rétrograde. Elle se caractérise par la perte des souvenirs fixés avant l'arrivée de la maladie.

Ce phénomène ne touche pas toutes les mémoires de la même manière. La mémoire procédurale est celle qui perdurera le plus longtemps avec la mémoire émotionnelle et corporelle.

L'aphasie se caractérise par une atteinte du langage touchant la compréhension et l'expression verbale. L'aphasie est en lien avec une atteinte cérébrale correspondant aux aires de Broca spécifique dans l'expression verbale et de Wernicke caractéristique de la compréhension orale et écrite. La personne cherche ses mots, son répertoire lexical diminue progressivement. On appelle ça le manque du mot. A un stade avancé de la maladie, avant une aphasie « totale », il peut y avoir une période de jargonphasie. Lors du stade modérée, « Le discours est peu informatif, pauvre, voire déjà partiellement incohérent. Les troubles de la compréhension deviennent évidents et s'aggravent régulièrement. »⁹

Selon Pierre André, *l'agnosie* serait une « trouble de la représentation des objets, qui ne s'explique pas par un déficit des organes des sens mais par l'impossibilité intellectuelle à se les représenter. »¹⁰ Il existe dans l'agnosie deux catégories de troubles spécifiques : l'anosognosie qui se caractérise par la non conscience de ses troubles et la prosopagnosie se traduisant par des difficultés à reconnaître les visages. A partir du stade modéré de la maladie d'Alzheimer, « l'agnosie est fréquente et se traduit par des difficultés

⁸ J-C. Carric, 2001, p. 11

⁹ Marie-Pierre Pancrazi, 2004, p.7

¹⁰ Pierre André, 2013, p. 243

à reconnaître les images d'objets, puis les objets eux-mêmes en l'absence de tout déficit visuel.»¹¹

L'*apraxie* désigne un trouble de la réalisation de geste volontaire adapté à un but en l'absence de déficit sensitivo-moteur, de trouble de la coordination, de trouble de la compréhension ou de la reconnaissance et de déficit intellectuel important. L'apraxie constructive, l'apraxie idéo-motrice, l'apraxie idéatoire puis progressivement une apraxie de l'habillage feront leur apparition. L'apraxie est en relation avec une atteinte cérébrale de la région pariétale. L'écriture, l'habillage, l'utilisation d'une fourchette deviennent alors compliquée, voire impossibles. Lors de la phase modérée, « les troubles praxiques sont constants rendant compte des difficultés dans la réalisation des moindres gestes quotidiens. »¹²

2.6 Les autres troubles

Nous pouvons également observer en plus des quatre A, divers symptômes tels que :

La désorientation temporo-spatiale est consécutive aux troubles mnésiques. Elle prend en considération la perception, l'orientation et la notion de structuration. L'orientation et la structuration spatiale sont déficitaires mais la perception semble conservée. On observe une déstructuration des repères temporels dans l'évolution de la maladie (trouble du sommeil dans la maladie d'Alzheimer, trouble du cycle circadien).

La perception se caractérise par l'implication coordonnée de différents systèmes sensoriels. Elle consiste en une véritable simulation interne de l'action, elle recouvre une anticipation des conséquences de l'action et à ce titre intervient dans la prise de décision.

¹¹ Marie-Pierre Pancrazi, 2004, p.8

¹² Ibid., p.7

L'orientation c'est la possibilité de reconnaître, de situer dans l'espace, un lieu et de se situer soi-même dans cet espace. Elle va dépendre de la latéralité correspondant à la capacité de se situer par rapport à son propre axe corporel. C'est le socle de l'organisation spatiale.

La structuration spatiale se caractérise par la capacité mentale de diviser l'espace en différentes parties.

Les troubles des fonctions exécutives en lien avec la mémoire et l'attention font parties des fonctions cognitives dites frontales. « Les fonctions exécutives correspondent à un ensemble de processus responsables de la régulation et du contrôle de l'activité cognitive motrice ou émotionnelle. »¹³ D'après Marie-Pierre Pancrazi, « l'atteinte de certaines structures cérébrales impliquées dans les affects joue un rôle dans la genèse de ces troubles. »¹⁴

Les troubles du comportement, font également partis des troubles associés aux quatre A. Une description plus approfondie sera faite ultérieurement.

Les troubles du comportement

Depuis notre prime enfance, nous interagissons avec notre environnement. Ces échanges permanents nous permettent de nous forger, de nous construire.

Suite à l'évolution de la maladie d'Alzheimer, la personne a perdu beaucoup de ses capacités cognitives acquises durant son développement comme les praxies, le langage. Tous ces outils qui lui permettaient d'interagir avec l'environnement de façon adaptée sont lésés. L'individu n'ayant vécu qu'avec ses fonctions, une fois dissoutes, il ne sait plus comment interagir avec l'environnement. La maladie d'Alzheimer est une maladie de la relation. Cette situation

¹³ Martine Roussel, 2011, citée par Mehdi Aoun Sebati, neuropsychologue, professeur à l'institut de formation de psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière

¹⁴ Marie-Pierre Pancrazi, 2004, p.9

dans laquelle se retrouve le sujet de ne pouvoir s'exprimer, amène un sentiment de frustration et d'énervement. Comme l'explique Jacinthe Grisé « ces déficits cognitifs entraînent une colère refoulée ou plusieurs réactions de frustration [...]. Ainsi, un malade qui ne peut plus formuler ses besoins et ses désirs, ou qui est devant sa propre incompréhension, réagit en adoptant des comportements agressifs, physiques ou verbaux, envers le proche aidant ou le personnel soignant.»¹⁵

Les patients atteints de démence ne comprennent pas les tensions psychiques qui les envahissent. Ce non-sens se traduit par des manifestations corporelles telles que la déambulation ou l'agitation.

3 Définition

Les troubles du comportement sont caractéristiques d'une lésion du lobe frontal. Ce dernier traite le raisonnement, les comportements sociaux, le langage et les fonctions motrices. Les troubles du comportement fluctuent d'un individu à un autre selon l'atteinte, la personnalité de chacun, le mode de vie, l'environnement.

Les troubles du comportement apparaissent lorsque la maladie est à un stade modéré et s'amplifient avec l'avancée de la maladie.

Les troubles du comportement constituent la raison principale d'entrée dans l'unité d'hébergement renforcée. La plainte vient principalement des proches qui se plaignent de l'agressivité des sujets. La famille ne supporte plus ces troubles qui deviennent de plus en plus envahissants, invivables et incontrôlables. Les plaintes peuvent également provenir des soignants.

Finkel a organisé les troubles du comportement selon 3 catégories : «

1. les troubles comportementaux : l'errance, l'opposition, la négation, l'intrusion, l'apathie, l'indifférence, l'agitation, les

¹⁵ Jacinthe Grisé, 2014, p.86

conduites alimentaires inappropriées et sexuelles inadéquates, les troubles du sommeil ainsi que les comportements stéréotypés.

2. Les troubles anxieux et de l'humeur : l'anxiété, la dépression et l'exaltation de l'humeur, l'irritabilité et les conduites agressives, la labilité, l'instabilité émotionnelle et les réactions catastrophiques.

3. Les signes 'psychotiques' : les idées délirantes, les hallucinations et les illusions. »¹⁶

4 Etiologie

L'apparition des troubles du comportement est multifactorielle.

La première cause mise en évidence est la *cause somatique*. La douleur, les troubles sphinctériens, les démangeaisons ou la faim par exemple peuvent être l'évènement déclencheur des troubles du comportement. La confusion aiguë représente la cause brutale la plus fréquente d'agitation. Elle se caractérise par un changement rapide du comportement habituel ou une inversion du rythme nyctéméral (veille-sommeil).

La seconde cause plausible est celle de *troubles psychiatriques*. Une décompensation, un épisode dépressif et/ou anxieux peuvent être à l'origine de l'apparition des troubles psycho-comportementaux. Selon Marie-Pierre Pancrazi, « ces réactions dépressives sont souvent associées à des manifestations anxieuses de divers types [...]. La thématique anxieuse la plus habituelle est le vécu d'abandon »¹⁷.

L'environnement a également une grande part à jouer dans l'étiologie : « il est important de souligner que les comportements d'agitation et d'agressivité sont parfois en relation précise avec une modification de l'environnement, un traitement mal adapté, une affection organique »¹⁸. Les changements de situation sont des indicateurs précieux. L'environnement influence positivement ou

¹⁶ Cité par Jacinthe Grisé, p.86-87, S.I Finkel et collab, 1996

¹⁷ Marie-Pierre Pancrazi, 2004, p. 8

¹⁸ ibid

négativement les troubles du comportement. L'entourage, comprenant aidants et soignants, jouent un rôle important selon leurs attitudes, leur degré d'informations et de formation, leur capacité de communication, d'empathie, d'anticipation des besoins du patient et d'adaptation à ces symptômes.

Il faut prendre en considération les facteurs liés à la *personnalité antérieure* de l'individu. L'échec des tentatives d'adaptation aux situations nouvelles peut se traduire par l'agitation et l'agressivité, l'âge accentuant les traits de la personnalité antérieure et abaissant le seuil de passage à l'acte.

Enfin, les *troubles sensoriels* sont inducteurs de troubles du comportement, en particulier lorsqu'ils sont associés à des troubles cognitifs. Le vieillissement psychomoteur est accompagné d'un vieillissement sensoriel impactant le toucher, la vue, l'audition, le goût et l'odorat. Si ces fonctions sensorielles sont altérées, l'interaction avec l'environnement deviendra difficile, dénuée de sens, le corps étant le premier organe de la relation.

4.1 Les différents troubles du comportement observables dans l'UHR

Je vais décrire ici uniquement les six troubles du comportement les plus présents dans l'UHR.

4.1.1 Déambulation

La déambulation est fréquemment définie comme une errance sans but. Jérôme Pellissier précise lors d'une note de bas de page que la déambulation peut être en lien avec un but : « de nombreuses personnes 'déambulantes' possèdent un but précis-mais souvent décalé par rapport à l'espace-temps présent »¹⁹ Cela est dû à une tension interne que le sujet n'arrive pas à exprimer autrement que

¹⁹ Jérôme Pellissier, 2014, p.42

par une décharge motrice, traduit au niveau tonique par un état d'hypertonie. Le rythme de la déambulation varie selon l'état émotionnel du sujet. D'après Eric Aubert et Jean-Michel Albaret, il y aurait une corrélation entre les troubles présents dans la maladie d'Alzheimer et la déambulation : « Leur fréquence (déambulation) augmente avec l'aggravation de l'état de démence. Le lien avec les troubles spatiaux et mnésiques est net. »²⁰ Le stress dû à des bruits environnants, un espace peu contenant, les habitudes de la vie antérieure du sujet pourraient être en lien avec l'apparition de la déambulation.

D'après l'HAS, « Les comportements de déambulation inadaptée (*wandering*) sont parfois assimilés à de l'agitation. Il peut s'agir de vérification, poursuite incessante, activité répétitive ou excessive, déambulation sans but apparent ou dans un but inapproprié, déambulation nocturne, errance, nécessité d'être reconduit au domicile. »²¹

4.1.2 Hallucinations

D'après Pierre André, les hallucinations décrivent un « trouble psycho-sensoriel où le sujet a la conviction d'avoir perçu une sensation alors qu'aucune stimulation extérieure ne peut la justifier »²². Elles peuvent toucher tous les sens. Les hallucinations visuelles sont majoritaires. Nous pouvons également observer la présence d'hallucinations auditives et cinesthésiques. Elles peuvent être à caractère effrayant ou non.

Ce type de trouble du comportement amène le plus souvent de l'angoisse.

²⁰ Jean-Michel Albaret et Eric Aubert, 2001, p.50

²¹ HAS, 2009

²² Pierre André, 2013, p.254

4.1.3 Idées délirantes

Elles se caractérisent par une déformation de la réalité à laquelle le sujet croit. Les idées délirantes correspondent au principal symptôme des psychoses. Selon Pierre André « c'est une expérience vécue qui bouleverse complètement et profondément sa personnalité ».²³ Il explique également que ces idées délirantes peuvent apparaître en lien avec une dépression « certaines dépressions mélancoliques s'accompagnent d'idées délirantes »²⁴

Le délire le plus prédominant dans l'unité est celui de persécution. Les patients se croient poursuivis, volés ou même trahis.

Ces idées délirantes amènent le patient à des crises de colère, d'angoisse voir d'auto et/ou hétéro agressivité.

4.1.4 Agitation

Elle correspond à une activité inadaptée par son apparition et/ou sa fréquence selon le contexte. L'agitation peut-être vocale ou motrice. D'après Pierre Charazac, « ses causes somatiques et psychiques sont nombreuses. ²⁵» La désorientation temporo-spatiale engendre de l'angoisse mais aussi de l'agitation.

Dans l'unité elle est représentée sous ces différentes formes.

4.1.5 Anxiété

D'après Jacinthe Grisé, l'anxiété se définirait comme « un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux ». ²⁶ Cet état peut se caractérisé par des signes physiologiques comme des palpitations, des sueurs, des vertiges,... .

Les troubles de la mémoire peuvent engendrer de l'anxiété, entraînant une répercussion sur l'aspect relationnelle, « Le stress du

²³ Pierre André, 2013, p.77

²⁴ Ibid., p. 78

²⁵ Pierre Charazac, 2011, p.243

²⁶ Jacinthe Grisé, 2014, p.91

malade, comme celui de l'environnement humain dans lequel il évolue, favorisent l'émergence d'une désadaptation relationnelle. »²⁷

L'hospitalisation peut être source d'angoisse. Une perte des repères, une augmentation des soins, un comportement inadapté des soignants comme par exemple parler trop fort peuvent provoquer de l'anxiété.

4.1.6 Instabilité de l'humeur

L'instabilité de l'humeur est caractérisée dans l'unité plus principalement par une labilité émotionnelle. En quelques secondes le sujet passe d'une émotion à une autre sans raison apparente.

4.2 Evaluation des troubles : NPI-ES

L'inventaire neuropsychiatrique (NPI)²⁸, a pour objectif de réunir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients atteints de démence vivant en institution. Le NPI-ES est rempli par l'équipe soignante.

Il comporte deux items qui sont les domaines comportementaux et les variables neurovégétatives.

Cette évaluation se fonde sur des questions posées à l'équipe soignante intervenant dans le suivi d'un patient. L'équipe doit préciser la fréquence, la gravité et le retentissement de chaque trouble. Dix domaines comportementaux²⁹ et deux variables neurovégétatives³⁰ sont pris en compte. Le maximum de point pour chaque trouble est de douze points. Toutes ces réponses seront ensuite intégrées à un tableau afin d'obtenir un score total

²⁷ Soins gériatriques, 2008, p.17

²⁸ Confer.infra.annexe I

²⁹ Idées délirantes, hallucinations, agitation/agressivité, dépression, dysphorie, anxiété, exaltation de l'humeur/euphorie, apathie/indifférence, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant

³⁰ Sommeil, appétit/troubles de l'appétit

permettant d'observer la présence et l'intensité des troubles du comportement.

La sémiologie psychomotrice à un stade sévère de la maladie d'Alzheimer

1 Les troubles toniques

Les troubles toniques dans l'unité sont dus en partie à la prise de neuroleptiques ou au vieillissement normal. Les médicaments pour quelques uns de ces résidents les amènent à adopter une position en enroulement. Des difficultés d'ajustements posturaux peuvent être observées.

Dans l'unité, la déambulation est continuellement présente. Elle est due à une tension interne qui s'exprime par une décharge tonique. Certains résidents présentent un état d'hypertonie.

Le vieillissement de l'appareil locomoteur est associé à un trouble de la sensibilité. Par conséquent, les activités physiques diminuent amenant progressivement une fonte musculaire. Une réduction de l'efficacité des voies motrices et une altération des ajustements posturaux anticipatoires ont un impact non négligeable dans l'apparition des chutes. Un élargissement du polygone de sustentation, ainsi qu'une marche plus précautionneuse peuvent alors être observés.

Une altération des canaux sensoriels affecte l'individu dans sa capacité à être au monde en le privant des informations nécessaires à son intégration. Cette atteinte a une forte incidence sur le fonctionnement adaptatif. Cela peut engendrer un ralentissement psychomoteur dû au manque de communication, une perte de la fonction d'alerte et de sécurité qui repose sur la vigilance. Il pourra alors être observé une hypertonie due à un état de vigilance permanent, entraînant un trouble de la régulation tonique.

2 Les troubles temporo-spatiaux

Comment réagiriez-vous si à cet instant précis vous n'aviez aucune idée de la date d'aujourd'hui, de l'endroit où vous êtes et pourquoi ? Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se retrouvent en permanence dans cette situation. Cette impression d'un monde inconnu amène chez ces individus de l'angoisse.

Le déficit des fonctions exécutives, de la mémoire et de l'attention ont une place importante dans l'apparition des troubles temporo-spatiaux. Les troubles du schéma corporel ont également un rôle important dans l'apparition de la désorientation temporo-spatiale. D'après Jean-Charles Juhel, « la perte des notions spatiales succède souvent à des troubles du schéma corporel.³¹ » Le référentiel égocentré n'étant plus fiable chez les personnes Alzheimer, le lien avec l'espace et le temps est affecté.

La déambulation est à mettre en corrélation avec les troubles spatio-temporels. Dans l'unité, elle est présente continuellement. Les patients errent, jusqu'à l'instant où ils ne savent plus pourquoi ils sont arrivés là. Ils sont désorientés. C'est pour cela, que les unités pour patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont généralement agencées selon une forme ronde afin qu'ils ne s'égarer pas.

Jérôme Pellissier précise que « la désorientation par incapacité à s'orienter dans le lieu où l'on habite peut favoriser différentes conduites d'errance-j'erre car je suis spatialement perdu et ne reconnais rien ; j'erre car je veux me rendre dans un endroit mais je ne le trouve pas ou je perds en le cherchant ; j'erre car je cherche quelqu'un ou quelques chose ».³²

L'espace et le temps sont deux données indissociables et fondamentales dans l'adaptation à l'environnement. C'est le support de la relation. La relation peut-être difficile car les notions d'espace et de temps sont différentes entre les protagonistes. D'après Cécile

³¹ Jean-Charles Juhel, 2010, p.31

³² Ibid. , p.42

Pavot, psychomotricienne et professeur à l'IFP de la Salpêtrière, la structuration spatio-temporelle est indispensable à la motricité globale, fine, aux praxies, la communication verbale et non verbale au graphisme, à l'adaptation comportementale, aux apprentissages scolaires, à la sécurité affective.

3 « Désinstrumentalisation » de la vie relationnelle

Chez un individu atteint de la maladie d'Alzheimer, les fonctions instrumentales sont altérées. Ce sont tous les éléments qui nous permettent d'interagir avec l'environnement, de le découvrir, de se découvrir.

D'un point de vue praxique, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont des difficultés d'initiatives. L'utilisation d'une fourchette, d'un stylo ne sera plus possible, l'habillage sera également compromis. Cela amène les patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans une dépendance. Ils ne peuvent plus agir par eux-mêmes sur l'environnement. Ce manque d'autonomie affecte énormément la personne âgée.

La communication verbale est altérée. Il y a la fois des difficultés de compréhension et d'expression. La perte du vocabulaire amène le sujet à ne pas amorcer de conversation. Ces difficultés, la recherche permanente des mots peuvent amener le sujet à des moments d'énervement. L'entourage n'a pas forcément la patience d'écouter la personne, il ne demande alors plus leur avis.

La communication non verbale est toujours présente. Jacinthe Grisé, parle du toucher, de la distance, de la posture, des gestes, de l'expression du visage et du regard et le paralangage.³³ Ce sont les mémoires émotionnelle et corporelle qui sont ici mises en jeu. Les gestes témoignent d'un affect. C'est par ce biais précieux que le psychomotricien va pouvoir entrer en contact avec ces individus.

³³ Jacinthe Grisé, 2014, p.27

D'un point de vue gnosique, les patients atteints de la maladie d'Alzheimer seront dans l'impossibilité de reconnaître des objets et des visages. La prosopagnosie est extrêmement difficile pour les proches.

4 Trouble identitaire et notion de groupe

« Lorsque nos repères ayant construit notre identité (notre travail, les enfants, les amis) se troublent, ils interrogent notre sentiment d'identité. ³⁴» Michel Personne explique bien avec cette citation que la personne âgée démunie de tout ce qu'elle a connu se retrouve face à un gouffre. Mais qui suis-je ? Qui suis-je réellement si tout ce qui m'a construit n'est plus fiable ?

Une crise identitaire est le plus souvent insidieuse. Elle est provoquée par la perte de repères due aux nombreuses restrictions liées au handicap et au vieillissement. Cette barrière tant physique que mentale constitue une blessure narcissique, atteignant l'image du corps et amenant des sensations d'étrangeté et d'insécurité.

Il existe différentes identités qui vont être remises en question.

L'identité corporelle va être mis à mal avec un sentiment d'étrangeté (qui suis-je moi dans mon corps ?). Avant même le regard de l'autre sur soi, il y a le regard sur soi-même qui est affecté.

L'identité familiale est altérée par la perte d'autonomie, la relation de dépendance, la modification du statut (quel regard l'on porte sur moi ?).

L'identité sociale est en lien avec le changement de statut, la désocialisation, (Qu'est ce que je vais devenir ?).

Les troubles identitaires occupent une grande place dans la démence de type Alzheimer. Le schéma corporel et l'image du corps sont concernés. L'âge du patient, sa place dans l'unité, dans un

³⁴ Michel Personne, 2011, p.59

groupe joue un rôle primordial sur l'identité du sujet. C'est un sentiment de perte, voire de deuil d'eux-mêmes.

Cette ultime étape de la vie, est ponctuée d'expériences de pertes.

Dans un premier lieu des pertes liées au corps, dans son intériorité, son apparence, dans sa fonctionnalité.

Il y a également une perte sur le plan cognitif avec une restriction des aptitudes, une diminution de la concentration, à apprendre, à mémoriser.

Des pertes sur le plan social apparaissent. Le statut social change, le changement d'habitat.

On peut observer des pertes sur le plan affectif par le décès progressif des proches, l'éloignement des enfants, le placement dans une institution.

Enfin, il y a la perte de perspectives à long terme.

Selon Julian de Ajuriaguerra : « édifié sur les sensations 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 ». ³⁵

Avec l'âge et la maladie d'Alzheimer, le sujet s'enrichit de moins en moins d'informations extérieures. Les interactions se font rares. Tout cela va appauvrir le schéma corporel.

L'image du corps est définie selon Françoise Dolto comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. L'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire ». ³⁶

Avec l'âge le corps change, certaines personnes âgées ont une vision de leur corps assez péjorative. Une perte d'autonomie amène le sujet à être touché, manipulé. Ce corps est devenu un corps objet. Il

³⁵ Julian de Ajuriaguerra cité par Jean-Claude Carric, 2001, p. 167

³⁶ Françoise Dolto, 1984, p.22

ne leur appartient plus. Toutes ces modifications, ces traces indélébiles laissées par le temps, peuvent miner la personne. La personne âgée délaisse son corps. D'après Michel Personne, « le déclin, la perte de l'image du corps suppriment également l'un des ponts qui permettent le lien, la compréhension et les interactions avec autrui. »³⁷

Dans l'UHR, certains résidents se comparent à leurs pairs et se dévalorisent davantage. Ils se sentent incapables, inutiles. Le groupe a un impact sur l'identité de chacun pour certains positifs pour d'autres résidents la question est différente. D'après Yolande Fradet-Vallée, psychomotricienne, psychologue et professeur de psychologie à l'institut de formation de la Pitié-Salpêtrière, « L'isolement [...] interroge quotidiennement la personne dans son inscription humaine. La difficulté d'investir de nouveaux rôles renforce le sentiment d'inutilité ».

Le prendre-soin a une grand part à jouer dans le maintien de l'identité. Il s'étaye sur « des actions soignantes et soutenantes destinées à aider la personne ou, à défaut, maintenir le meilleur état psychique, émotionnel et physique possible pour viser un objectif plus global : l'aider à continuer le plus possible à se développer, à conserver confiance en ses capacités »³⁸.

D'après Michel Personne, « le sentiment d'identité s'appuie ainsi sur ceux de continuité temporelle et de singularité. »³⁹

Dans cette partie nous allons nous intéresser plus particulièrement à la notion du groupe thérapeutique. L'identité dans le groupe c'est savoir trouver sa place. Mais c'est aussi vivre en communauté. Se lever, déjeuner à une heure précise, les soins sont méticuleusement agencés dans l'emploi du temps. Le patient est dépendant du groupe, des soignants. Il n'est plus libre de vivre selon ses propres habitudes avec lesquelles il était familiarisé avant de rentrer dans l'unité.

³⁷ Michel Personne, 2014, p.40

³⁸ Jérôme Pellissier, 2014, p.214

³⁹ Michel Personne, 2011. p. 34

Les groupes thérapeutiques proposés dans l'unité permettent aux résidents de pouvoir s'exprimer et s'affirmer en tant qu'être. Cela permet une re-narcissisation de la personne. Ils se sentent importants et utiles lorsque la participation à ces groupes leur est ouverte. Le groupe thérapeutique est « considéré comme une entité stable et contenant ».⁴⁰

Il est important de les faire exister en tant qu'individu, en tant qu'être humain à part entière possédant sa personnalité, son histoire. Mais aussi, de trouver sa place dans un groupe afin qu'il ne se retrouve pas isolé. Le but est de remettre de la communication, du partage entre tous ces individus.

Selon Jérôme Pellissier, le socle de l'identité c'est la relation : « Constituant majeur de notre identité : ces relations que nous vivons avec les autres, le regard que ces autres portent sur nous. [...] les échanges, les modes d'interactions et l'attention des professionnels soutiennent l'un de nos sentiments les plus précieux : celui d'être un humain unique reconnu comme tel par sa communauté. »⁴¹

5 La prévention en psychomotricité

La prévention fait partie des grands domaines d'intervention en psychomotricité. D'après l'HAS, la prévention vise à « améliorer le repérage des facteurs favorisant les troubles, leur compréhension, et à favoriser les attitudes relationnelles bienveillantes ».⁴²

Dans l'unité d'hébergement renforcée, les patients sont à un stade de la maladie où les traitements médicamenteux sont présents pour calmer les troubles du comportement. Le but de cette unité est de valoriser la prise en charge non médicamenteuse. Pour cela, le meilleur moyen est de prévenir les troubles du comportement.

⁴⁰ Thérapies Psychomotrices, 2010, p. 108

⁴¹ Jérôme Pellissier, 2014, p.209

⁴² HAS, 2009, p.28

La psychomotricité s'étaye sur l'observation et la relation. La posture d'observateur permet d'avoir un aperçu général de la personne, de son intégration dans l'environnement, de ses interactions, ses attitudes.

La psychomotricité se fonde sur le lien, la relation entre le corps et la psyché. Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles psychiques ont une répercussion directement visible d'un point de vue corporel et l'outil principal dont dispose le psychomotricien est le corps.

Tout trouble du comportement émane d'une cause ou de la somme de plusieurs étiologies. Afin de les découvrir, l'un des moyens est l'observation afin d'amener, par la suite, une interaction, une relation adéquate : « cette pratique (l'observation), nous a donc permis de développer simultanément notre connaissance des patients et l'aptitude à communiquer avec eux »⁴³.

L'objectif du psychomotricien au niveau des troubles psycho-comportementaux est de les réduire mais c'est également de trouver les facteurs déclenchants. Mais cela est-il possible ?

⁴³ Dr Louis Ploton, 1996, p. 31

CLINIQUE

1 Présentation du lieu de stage

Depuis le mois de septembre 2014, j'effectue mon stage dans un hôpital de l'assistance publique spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées. Cet établissement est divisé en trois services.

Le premier service s'occupe des soins de suite et de réadaptation gériatrique et neurologique. Le second service possède une unité de soins de suite de réadaptation gériatrique et neurologique, une unité de soins palliatifs ainsi qu'une unité de géronto-psychiatrie et un hôpital de jour. Le dernier service est composé quant à lui d'une unité d'hébergement renforcée, un service de long séjour ainsi qu'une unité de soins de suite et de réadaptation gériatrique. J'effectue mon stage au sein d'une unité d'hébergement renforcée (UHR).

2 L'UHR

2.1 Population accueillie

L'unité d'hébergement renforcée est une unité fermée accueillant des patients présentant une démence à un stade modéré et sévère. La plupart des résidents sont atteints de la maladie d'Alzheimer. L'unité peut accueillir jusqu'à 18 patients. Les troubles du comportement constituent les motifs d'admissions dans l'UHR.

Le médecin effectue un bilan médical d'entrée dans lequel le MMSE⁴⁴ peut-être proposé si les capacités du patient le permettent. Par la suite, un NPI-ES sera réalisé dans le mois suivant l'entrée, puis à intervalle régulier par le personnel soignant et la psychologue.

⁴⁴Mini Mental State Examen. Il permet une quantification rapide de l'état cognitif.

2.2 L'équipe

L'unité est composée d'une équipe pluridisciplinaire comportant un médecin, des infirmiers, des aides soignants, deux psychomotriciennes et une psychologue.

L'équipe se réunit une fois par semaine dans le cadre d'une réunion de synthèse afin d'évoquer les différentes problématiques de l'unité et des patients. Des projets interdisciplinaires voient le jour : des groupes thérapeutiques encadrés par une psychomotricienne et la psychologue, un groupe de travail autour du jardin thérapeutique.

2.3 L'environnement

La configuration de l'UHR a été réfléchi pour maintenir une déambulation sécurisée et que les lieux de vie soit plus investies notamment par la lumière et les couleurs. La cuisine est ouverte sur la salle à manger et le salon. Il y a une grande pièce à vivre, assez lumineuse, composée de tables, de chaises et de fauteuils. Les résidents peuvent, s'ils le désirent, demander des revues ou regarder la télévision installée dans le salon. Dans l'unité chaque patient possède une chambre individuelle composée d'une salle de bain privée, d'un lit spécial Alzheimer se caractérisant par sa hauteur basse, une armoire, une table, une chaise et un fauteuil. Le poste de soin a une vue panoramique sur toute l'unité. Il y a également une salle d'activité, où les différentes prises en charge s'effectuent.

Les visites au sein de l'unité se déroulent uniquement les après-midis. Les résidents peuvent rester dans l'unité ou bien aller se balader dans le parc de l'hôpital ou à la cafétéria.

Suite à de nombreuses études menées par le chef de service, le cadre et une infirmière, il a été mis en place une cure d'aromathérapie depuis 2010. Une étude faite en 2013 a prouvé l'efficacité de la diffusion d'huiles essentielles dans l'unité. Cette prise en charge non médicamenteuse permet de diminuer les troubles du comportement en particulier l'agitation.

Le projet d'un jardin thérapeutique est en cours de construction. D'ici quelques mois, les résidents pourront y aller et profiter de toutes les stimulations sensorielles que ce jardin propose. C'est un projet initié par l'équipe pluridisciplinaire de l'UHR qui s'inscrit dans une aide thérapeutique autre que médicamenteuse. L'intérêt étant d'offrir un espace ouvert vers l'extérieur. Un lieu à la fois multisensoriel, moteur, organisateur de l'espace-temps et de détente.

2.4 La psychomotricité dans l'UHR

Le psychomotricien travaille sur prescription médicale. La passation de bilan psychomoteur reste limitée avec certains patients car les troubles du comportement ainsi que des difficultés de communication sont prépondérants. En général, la psychomotricienne va favoriser l'observation des items psychomoteurs en lien avec la vie quotidienne comme les aptitudes à communiquer, les capacités cognitives, les capacités d'intégration aux groupes, le comportement à la toilette, le comportement lors des repas et les troubles du comportement. Cette observation s'effectue durant les trois premières semaines après l'arrivée du patient et permet d'extraire un projet thérapeutique. La psychomotricienne peut proposer un suivi individuel et/ou en groupe. La durée des séances varie entre 30 et 45 minutes en fonction de l'état et des capacités du patient.

Les principales médiations que la psychomotricienne utilise dans l'unité sont le bain thérapeutique, la relaxation, les ateliers moteurs ainsi que le toucher thérapeutique. Des groupes thérapeutiques en co-thérapie ont été créés avec la psychologue du service : le groupe conte et le groupe sensoriel. La psychomotricienne propose un accompagnement lors des repas du midi ainsi qu'une intervention ponctuelle lors des toilettes.

La psychomotricité dans cette unité n'est pas mise en place dans une optique de rééducation. Son but est de maintenir les capacités intellectuelles et corporelles du résident. Le

psychomotricien va essayer de préserver l'autonomie de la personne le plus longtemps possible.

La place de la détente, du bien-être, du plaisir est primordiale. Le psychomotricien offre un espace multisensoriel, un espace moteur et relationnel.

2.5 Ma place de stagiaire dans l'UHR

Mon stage dans cette UHR était ma deuxième expérience aux côtés de personnes âgées en tant qu'étudiante en psychomotricité. Je suis arrivée dans cette unité sans avoir la moindre connaissance théorique sur la psycho-gériatrie. Ce stage était un lieu où la pratique allait être mon premier support de connaissance.

J'effectue mon stage tous les mercredis depuis le mois de septembre. Je vois en moyenne dix patients par jour. J'ai été très bien accueillie et vite intégrée à l'équipe pluridisciplinaire. Lors d'une journée, j'alterne entre des prises en charge individuelles et groupales.

Je suis restée dans la position d'observatrice pendant sept semaines afin d'avoir une image globale du travail de la psychomotricienne au sein de l'UHR et de sa place dans l'unité. Ma maître de stage m'a ensuite permis de prendre en charge une patiente sous sa supervision, puis seule. Je propose à cette résidente des séances de relaxation.

Ma maître de stage a su me laisser la place nécessaire pour que je puisse faire mon expérience en tant que future psychomotricienne et m'accompagner en tant que stagiaire afin que je trouve mes marques, que je puisse m'investir dans la vie de l'unité.

3 Présentation des cas cliniques

3.1 Mme R

3.1.1 Anamnèse

Mme R âgée de 74 ans est née le 29 Décembre 1940. Elle a un fils et un petit-fils et vivait avec son mari juste avant son entrée à l'hôpital. Elle travaillait comme secrétaire durant de nombreuses années. Elle a été décrite par ses proches comme très autoritaire et dans l'hyper contrôle. La mère de Mme R était atteinte de la maladie d'Alzheimer.

D'un point de vue des antécédents médicaux, elle a eu une dépression chronique. Elle a fait de l'hypertension artérielle qui est maintenant équilibrée.

En 2010, un diagnostic a été posé pour Mme R qui décrit une maladie démentiel de type Alzheimer à un stade sévère avec troubles du comportement (déambulation et fugue).

En 2012, une aggravation des troubles cognitifs a été observée. Le comportement au domicile était de plus en plus désordonné : rangement/dérangement pouvant correspondre à des caractéristiques d'une névrose obsessionnelle. Les premiers symptômes psycho-comportementaux observés chez Mme R étaient les idées délirantes et l'anxiété.

Le 15 Septembre 2014, elle rentre dans l'UHR suite à cette aggravation des troubles du comportement. Le motif d'hospitalisation décrit une déambulation importante avec fugue avérée, une détérioration cognitive évoluée et une agressivité envers l'époux.

Un MMSE a été passé à Mme R le 3 Juillet 2014, dans une unité de soins de suite et de réadaptation géronto-psychiatrique, avec un résultat de 10 sur 30. Un NPI-ES⁴⁵ a été réalisé le 19 Septembre 2014 avec un total de 17 points mettant en évidence les idées délirantes,

⁴⁵ Inventaire NeuroPsychiatrique version pour l'équipe soignante

une agitation, une anxiété et une déambulation. La grille AGGIR⁴⁶ lui a également été passée lors de son entrée dans l'UHR. Mme R se situe dans le groupe 2. Des difficultés sont présente dans la cohérence et l'orientation temporo-spatiale. La toilette et l'habillement sont effectués avec aide.

3.1.2 Bilan psychomoteur

Pour Mme R, la psychomotricienne a effectué un bilan d'observation dans l'unité. Le bilan étalonné n'a pas pu être envisagé dû à la présence de troubles cognitifs et comportementaux importants. L'observation s'est faite dans la déambulation car cela semblait difficile pour la résidente de rester assise.

Mme R communique facilement, elle verbalise ses envies et ses besoins. Néanmoins le discours reste décousu avec des incohérences. Lors de certaines conversations, des troubles mnésiques importants sont observés : elle ne se souvient pas des prénoms de ses frères et sœurs ni de son métier. Une désorientation temporo-spatiale est également présente chez cette résidente.

Mme R n'investit pas beaucoup le groupe. Elle reste assez discrète.

Lors des repas, elle mange seule et possède, d'un point de vue pratique, les capacités nécessaires d'utilisation des couverts dans la vie quotidienne. Mme R semble reconnaître les aliments mais semble gênée par le manque du mot, conséquence de l'aphasie.

La déambulation et l'angoisse sont les troubles du comportement prépondérants chez Mme R.

⁴⁶ Autonomie Gérontologique, Groupe Iso-Ressource. Outil d'évaluation de la dépendance des personnes âgées qui s'échelonne sur six groupes. Le groupe 1, correspond à un niveau de dépendance extrême et le groupe 6 définit l'autonomie.

3.1.3 Prise en charge

A la suite du bilan psychomoteur, deux axes thérapeutiques se sont dégagés. Il a été proposé à Mme R en psychomotricité de participer au groupe sensoriel dans le but de l'intégrer dans un groupe afin de maintenir une socialisation. Des séances de relaxation ont été mises en place afin d'agir sur les troubles psycho-comportementaux.

Ces dernières se font deux fois par semaine pendant 30 minutes mais selon les besoins de Mme R, le nombre de séance varie.

Les séances de relaxation favorisent la perception et la conscience corporelle. Elles vont également permettre le sentiment d'unification du corps.

Au départ, les séances étaient menées par ma maitre de stage proposant un temps de détente avec inductions verbales et un passage de balle sur tout le corps en station assise. Mme R apprécie ces séances, elle arrive à entrer dans un état de détente de plus en plus rapidement. Il y a moins de flux de parole pendant la relaxation. Les séances commencent en position assise, on lui a proposé de passer progressivement à une position allongée.

Lorsque je guide les séances quelques mois plus tard, je décide de m'appuyer sur la respiration. Mme R déambule beaucoup et je la vois souvent dans l'unité essoufflée. Je lui propose alors une séance de relaxation commençant par un temps d'énumération des différents points d'appuis entre son corps et le fauteuil, afin qu'elle puisse se concentrer sur des sensations corporelles concrètes pour débiter la séance. Puis, progressivement j'amène l'image d'une bulle, d'un endroit où elle se sent en sécurité, un endroit agréable où tous les bruits extérieurs disparaissent. Une fois que Mme R commence à se détendre (ses bras et sa mâchoire sont relâchés, les yeux fermés) je commence à faire des inductions autour de la respiration en insistant sur l'air qui pénètre par le nez ou par la bouche remplissant les poumons et ressortant des poumons. J'induis également les notions de chaleur et de fraîcheur qui varie en fonction de l'inspire et de l'expire tout en insistant sur la régularité et le calme de cette respiration.

En fonction des jours où je lui propose la séance je peux rajouter un temps de toucher thérapeutique par pression sur tout le contour du corps. J'utilise cette médiation lorsque Mme R présente un rythme soutenu lors de la déambulation et si l'angoisse est trop importante. A la fin de chaque séance je lui laisse un temps afin de reprendre contact avec la salle. Enfin, je lui propose un temps d'échange sur ses ressentis.

3.1.3.1 Première séance

Le 22 octobre 2014, c'est la première séance de relaxation que je propose à Mme R. Cette première rencontre se compose d'inductions verbales et d'un toucher thérapeutique à la fin de la séance. Elle semble apprécier et se détend malgré le changement de psychomotricienne. Lors de cette séance elle verbalise ses ressentis au même moment que mes propositions : « vos jambes sont détendues [...] » et Mme R me répond « oui, elles sont détendues ». La reprise fut assez rapide. Lors du temps de parole, elle me dit « je me sens moins forte qu'au début [...] j'ai moins peur qu'avant ».

3.1.3.2 Septième séance

Le 7 janvier 2015, il y a eu un moment de partage intense, un échange fort et particulier entre Mme R et moi. Ce jour là, Mme R déambule beaucoup, elle est essoufflée. Lorsque l'heure de la séance arrive je vais la chercher dans le salon mais Mme R n'y est pas. Elle déambule dans les couloirs de l'unité avec Mr C qu'elle prend pour son mari. Je lui demande de m'accompagner dans la salle d'activité pour une séance de relaxation. Elle accepte avec un grand sourire et me donne la main. Elle me dit à plusieurs reprises sur le trajet « tu es belle, tu as des beaux yeux ».

Une fois installée, je lui propose la même séance de relaxation que d'habitude, décrite précédemment. Mme R ayant déambulé toute la matinée, je me dis qu'il serait intéressant d'introduire un temps de toucher thérapeutique afin de maintenir une contenance

apportée tout au long de la séance de relaxation, peut-être même d'induire chez elle un sentiment d'unification.

A la fin, elle me regarde droit dans les yeux. Elle me fixe avec un regard attendrissant, un regard de fascination. Ses yeux ressemblaient, à ce moment là, aux yeux d'un bébé regardant sa maman. Elle me dit « merci » et précise « j'ai l'impression d'être une petite fille ». Quel effet a eu cette séance de relaxation sur Mme R ? J'essayerai d'y répondre un peu plus loin dans ma discussion.

3.1.3.3 *Neuvième séance*

Depuis peu, la psychomotricienne et moi-même avons réfléchi à mettre en place une autre technique de relaxation grâce à des textes de visualisation.

Mme R déambule toujours dans l'unité amenant plusieurs patients à la suivre dans les couloirs. Quelques uns d'entre eux n'ont pas les mêmes capacités motrices que Mme R, le risque de chute pour certains est probable. Je lui propose à ce moment là une séance de relaxation afin qu'elle se pose et que les autres résidents fassent de même dans le salon.

Mme R accepte volontiers de participer à la séance, durant laquelle je lui propose une relaxation par visualisation. Un relâchement tonique est observé : sa mâchoire est détendue, les yeux sont fermés, ses bras relâchés. La reprise est difficile.

Lors du temps de verbalisation, elle me dit ne pas avoir peur et se sentir en sécurité. Ses propos se réfèrent aux thèmes de la visualisation proposée qui était cette fois-ci une promenade dans la forêt. Mme R associe ses ressentis à son histoire personnelle. Elle me parle d'un pique-nique et d'une balade faite dans la forêt avec son papa. Ferait-elle un lien entre son père et moi ? Nous en reparlerons un peu plus tard dans la discussion.

3.1.3.4 Evolution

Le premier NPI-ES était de 17 points. Un second NPI-ES a été passé le 23 Octobre 2014 avec un résultat de 16 points mais seules les idées délirantes et la déambulation persistent. Le 15 Janvier 2015, un dernier NPI-ES a été réalisé avec un score de 12 points. Les idées délirantes et la déambulation sont présentes. La diminution du total de points lors du dernier NPI-ES s'explique par la réduction de la fréquence et de l'intensité de la déambulation.

Dans les groupes sensoriels Mme R se « remplit » de tout ce qu'elle peut : elle redemande systématiquement de reprendre certains aliments, elle prend avec elle toutes les images laissés sur la table,... . Même dans la vie quotidienne, Mme R attrape lors du repas les assiettes des autres résidents, cela devient problématique.

En dehors des séances de psychomotricité, des solutions ont été réfléchies en équipe pour pallier au comportement de remplissage tels que le mandala, structure de forme cyclique renforçant cette image de contenance et le sac à main qu'elle peut amener où elle veut et remplir à sa guise.

3.2 Mme V

3.2.1 Anamnèse

Mme V âgée de 79 ans est née le 15 juillet 1935. Elle est mariée et a un fils. Sa maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée en Décembre 2010 avec un syndrome anxio-dépressif sévère.

Mme V possède un lourd passé médicale : cancer de l'utérus, une plastie réductrice mammaire en 1996, une hypothyroïdie, une pneumopathie gauche à staphylocoque dorée en 1999, œdème des membres inférieurs en 2005, une néphrectomie gauche⁴⁷, calcul rénal droit, coxarthrose⁴⁸, gonarthrose⁴⁹, lombarthrose⁵⁰, tassement

⁴⁷ Ablation chirurgicale d'un rein

⁴⁸ Usure du cartilage de l'articulation de la hanche

⁴⁹ Usure prématurée du cartilage de l'articulation du genou

⁵⁰ Forme d'arthrose qui affecte les vertèbres lombaires

vertébral, rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, une cholécystectomie⁵¹, un hallux valgus⁵² opérés en 1981, une fracture du nez.

En novembre 2014, elle est transférée en gériatrie aigue dans cet hôpital. Le motif de cette hospitalisation est la présence de trouble du comportement évoluant avec crise d'angoisse. Elle est admise par la suite à l'UHR le 10 décembre 2014 pour une persistance des troubles du comportement mettant en danger les autres patients. Elle présente des hallucinations visuelles a priori non anxiogènes, des troubles de l'humeur telle que de l'anxiété, angoisse.

En décembre 2013, Mme V a obtenu au MMS 18/30. Lors de son entrée dans l'unité, un NPI-ES est réalisé le 26 décembre 2014, elle obtient un score de 84. Des troubles du comportement tels que des idées délirantes, la déambulation, des hallucinations, une agitation, de l'anxiété, de l'irritabilité sont prédominants. La grille AGGIR a également été passée, Mme V est dans le groupe 2. Une aide est nécessaire lors de la toilette, de l'habillage et de l'alimentation.

3.2.2 Entretien

J'ai pu participer à l'entretien réalisé par la psychomotricienne avec la patiente et son mari lors de son arrivée. Son mari est très présent concernant l'hospitalisation de sa femme. C'est un couple très fusionnel.

Mme V parle très rapidement, bafouille, ne trouve pas ses mots. C'est une femme active dans le foyer, elle s'occupait de la maison, elle gérait les papiers administratifs. Elle aimait les promenades et la nature. Son mari insiste sur ces capacités cognitives avant l'arrivée de la maladie. Il demande à la psychomotricienne si c'est possible de lui faire travailler sa mémoire avec de petits exercices pour qu'elle ne perde pas « ce qui lui reste ». Son mari précise également que lorsqu'elle était à l'hôpital de jour, la psychomotricienne qui y travaille proposait à sa femme des séances

⁵¹ Ablation de la vésicule biliaire

⁵² Déviation anormale du gros orteil

de relaxation et que ces dernières avaient un effet positif sur sa femme et qu'il aimerait que cette prise en charge continue.

3.2.3 Bilan psychomoteur

Un bilan d'observation a été fait à l'arrivée de Mme V dans l'unité. Il permet d'avoir une vision globale sur la résidente. Un mois après son arrivée, le 14 janvier 2015 et le 21 janvier 2015, j'ai fait passer quelques items de l'examen géronto-psychomoteur (EGP) afin d'observer certains champs psychomoteurs plus en détails. Ses capacités lui permettaient d'effectuer les différents items sélectionnés sans la mettre en échec.

Ces quelques items de l'EGP qui ont été longuement réfléchis selon les possibilités de Mme V :

- Les coordinations statiques I
- Les coordinations dynamiques I
- La motricité fine des membres supérieurs (quelques items : 7.1, 7.2, 7.3)
- Les praxies
- Les connaissances des parties du corps (quelques items : 10.3, 10.4, 10.5)
- La vigilance (quelques items : 11.1, 11.3)
- La sphère spatiale (un item : 13.2)
- La perception

Dans un premier temps, j'ai fait passer à Mme V les items de coordinations statiques, coordinations dynamiques, la motricité fine des membres supérieurs.

Lors d'un second temps, j'ai évalué Mme V sur les praxies, les connaissances des parties du corps, la vigilance, la sphère spatiale et la perception.

Contexte :

Pour la première passation, Mme V est préoccupée avant de rentrer dans la salle. Néanmoins, elle accepte de participer à ce bilan, elle semble fatiguée. Mme V ne se présente pas avec ses lunettes.

Pour la deuxième passation, Mme V paraît moins fatiguée et m'accompagne volontiers dans la salle. Elle possède ses lunettes de vue lors de cette séance.

Les coordinations statiques I :

Chez Mme V, l'équilibre bipodal est possible sans appui. Mme V présente une bonne régulation tonique ce qui lui permet le bon maintien de la posture et un axe corporel droit. Cette bonne régulation posturale lui permet d'accrocher son regard.

Pour l'équilibre statique Mme V obtient la totalité des points soit 6/6 points.

Les coordinations dynamiques I :

La marche est efficace, elle se fait sans appui. Lors de l'aller-retour, Mme V suit une trajectoire rectiligne. Pendant le demi-tour, la tête tourne en dernier, le regard n'anticipe pas le changement de position. Ce sont les pieds qui initient le demi-tour et non le regard. Il empêche alors d'intégrer de nouvelles informations perceptives, Mme V ne peut s'adapter correctement aux modifications de trajectoires ce qui engendre de légers déséquilibres. Lors du retour, elle marche sur une ligne (le carrelage) dessinée au sol. J'observe des petits déséquilibres au niveau des membres supérieurs, quelques oscillations n'entraînant pas tout le corps. Elle verbalise sa peur de chuter. Elle a conscience de ses difficultés d'équilibre dynamique. Sa posture est marquée d'une légère cyphose et d'une rétropropulsion du bassin. Son regard est centré sur ses pieds qui ont tendance à se croiser quand elle marche. Mme V ne regarde plus la trajectoire qu'elle doit effectuer. Une fois arrivée, elle est prête à recommencer la proposition. Mme V a mis plus de trente secondes à faire la marche et le demi-tour.

Pour la marche, Mme V obtient la totalité des points, soit 6/6 points.

La motricité fine des membres supérieurs (7.1, 7.2, 7.3) :

D'un point de vue gnosique, Mme V reconnaît le gilet. Mme V n'arrive pas à l'enfiler. Lors du boutonnage et du déboutonnage, on observe un déliement digital adapté ainsi qu'une pince pouce-index précise. Pas de coordination oculo-manuelle, Mme V ne regarde pas ce qu'elle fait. Elle reste les yeux fermés. Néanmoins, les coordinations bi-manuelles sont adaptées. Au niveau du chronomètre, Mme V respecte le temps de moins de 20 secondes imparti. Lors du pianotage, dépianotage et de l'opposition pouce-doigt, le déliement digital reste difficile. Elle verbalise cette difficulté. Mme V présente une persévération gestuelle. Elle rencontre des difficultés à intégrer une nouvelle consigne. Les gestes abstraits non automatisés restent compliqués. Cependant, la motricité fine est efficace et adaptée dans la vie quotidienne.

Mme V obtient à cet item, un total de 3/5 points.

Les praxies (tous les items):

Mme V reconnaît et sait utiliser les couverts mais uniquement en uni-manuel. Aucune coordination ni dissociation est observée entre les deux mains : elle ne sait pas utiliser le couteau et la fourchette simultanément. Afin d'améliorer les repas, il faudra lui fournir uniquement la fourchette.

Pour les pantomimes, Mme V arrive à me redonner les gestes mimés demandés sauf celui de se brosser les dents. On peut considérer que les praxies idéomotrices sont préservées.

Concernant les praxies visuo-constructives, Mme V présente des difficultés. Mme V écrit correctement son prénom mais pour son nom de famille (nom de jeune fille) il y a des erreurs au niveau de la construction des lettres. D'un point de vue des copies de figures, Mme V n'arrive pas à les reproduire. Pour la construction de la pyramide avec des cubes en 3D, Mme V verbalise ses difficultés. Elle n'arrive pas à reproduire le modèle. On peut en conclure que Mme V présente une apraxie visuo-constructive.

Pour cet item, Mme V a eu un total de 2.5/6 points.

Les connaissances des parties du corps, le schéma corporel (10.3, 10.4, 10.5) :

Mme V, reprend les positions proposées par imitation en miroir. Le schéma corporel est préservé d'un point de vue somatognosique, de la dénomination sur autrui et kinesthésique. Quelques lacunes ont été observées pour les parties du corps sur autrui.

Sur cet item, Mme V possède un score de 2.5/4 points.

Vigilance (11.1, 11.3) :

Lors de la première passation, d'un point de vue de l'attention, Mme V a eu quelques difficultés au niveau dans l'exécution des consignes. Quelques unes d'entre elles ont dû être répétées à plusieurs reprises. On peut faire l'hypothèse que la fatigue de Mme V a des conséquences sur son attention car Mme V avait souvent les yeux fermés.

Lors de la deuxième passation, Mme V était attentive aux différentes propositions. Elle était beaucoup plus disponible. Elle a su maintenir son attention jusqu'à la fin de la passation.

Au niveau de l'identification des couleurs et des formes, Mme V a su me redonner 3 couleurs et les 4 formes. Les gnosies des couleurs et des formes sont préservées. Aucune persévération verbale n'est observée.

Dans cet item, Mme V a obtenu 3 /4 points.

Sphère spatiale (13.2) :

Il y a une difficulté de désignation de certaines notions spatiales par rapport à son corps propre (bas et derrière). On peut en déduire que la conscience du corps chez Mme V est altérée. L'orientation dans l'espace n'a donc pas été testée.

Mme V obtient 0/1 à cet item.

Perception (tous les items) :

Au niveau de l'air connu, Mme V semble reconnaître la chanson que je fredonne (joyeux anniversaire), car elle le fait à son tour. Elle possède une bonne perception auditive mais n'arrive pas à la nommer peut-être par manque du mot.

Mme V a une représentation des structures rythmiques préservée.

Pour les stéréognosies, Mme V ne présente aucune difficulté à redonner la matière et la forme des objets.

Pour l'identification d'images, elle a su reconnaître et nommer 2 images sur 3. Pour l'image non retrouvée, Mme V est restée dans le même domaine catégoriel.

Elle n'a pu faire la lecture du texte proposé.

Mme V possède une perception auditive plus fine que la perception visuelle.

Elle obtient à cet item une note de 3.5/6 points.

Conclusion :

Mme V présente un équilibre statique satisfaisant et une marche sans appui. Néanmoins, il faudra rester attentif aux déplacements de Mme V car un risque de chute est quand probable suite aux différents déséquilibres observés dans la marche. Cela s'explique par une altération de la conscience corporelle et des troubles visuels. Des difficultés d'intégration des consignes doivent être prises en compte par l'équipe pluridisciplinaire afin d'adapter la communication à l'aide de phrases courtes et simples.

Chez Mme V les praxies visuo-constructives et idéatoires avec objets sont altérées. Il faudra envisager, lors des repas, de proposer à Mme V uniquement une fourchette. Les gnoses, pour la plupart, sont quant à elles, préservées. Des difficultés peuvent apparaître dues à la perception visuelle. Mme V a de bonnes connaissances en général des parties de son corps. Cependant, on remarque que l'espace dos et l'espace bas semble désinvesti. L'orientation spatiale est altérée. Le corps n'est pas investi spatialement, il y a une altération de la conscience corporelle.

Pour Mme V l'objectif serait de réintégrer à sa représentation et à sa structuration corporelle l'espace dos et bas de son corps. On pourra lui proposer un travail autour de la conscience corporelle. Cet axe thérapeutique permettra également de travailler autour du risque de chute.

3.2.4 Prise en charge

Mme V bénéficie de séances de psychomotricité individuelle et groupale. Une fois par semaine, une séance de relaxation lui est proposée. Elle participe également au groupe sensoriel afin de maintenir ses facultés cognitives et une socialisation.

3.2.4.1 *Première séance*

Le 24 décembre 2014, la psychomotricienne propose à Mme V une séance de relaxation car elle est angoissée. Elle accepte très rapidement de venir et dit en avoir besoin. Elle dit avoir perdu quelque chose d'important. La psychomotricienne la rassure.

Durant la relaxation elle verbalise beaucoup. Mme V dit que le mot « charge » revient souvent dans son esprit et que son corps est « dur ». A la fin de cette séance de relaxation, elle est toujours angoissée.

Pourquoi se sont ces mots qui sont apparus lors du temps de parole ? Nous essayerons de donner une explication plus tard.

3.2.4.2 *Huitième séance*

Mme V participe au groupe sensoriel qui est axé, lors de cette séance, sur les fruits. Le but est de présenter des fruits sous leurs formes séchées et les résidents doivent les reconnaître. Mme V est éveillée, apaisée durant ce groupe. Elle profite pleinement de la séance en donnant une bonne description de ses sensations et de ses ressentis. Elle arrive à retrouver tous les fruits présentés.

A la suite de ce groupe, je ramène Mme V dans la salle et reste avec elle à table afin qu'elle ne déambule pas dans l'unité et qu'elle reste assise en attendant le repas. Elle a un bon appétit mais ne termine pas son assiette car elle commence à s'endormir vers le milieu du repas. L'aide soignante arrive à ce moment là avec le dessert, elle l'ouvre, et met dans la bouche de Mme V une cuillère de yaourt et insiste pour qu'elle le mange. Mme V commence à s'énerver et le dit à haute voix « personne ne m'écoute, je n'ai plus faim, alors

laissez moi tranquille ». Malgré les paroles de la résidente, l'aide soignante réitère son geste en portant à la bouche de Mme V une cuillère de yaourt.

Très énervée, elle se lève et commence à me dire en haussant le ton que personne ne l'écoute, que tout le monde est contre elle et qu'elle ne trouve pas ça normal. Je répond alors à Mme V en lui disant que personne n'est contre elle et qu'elle a raison sur le fait qu'elle doit écouter son corps et que si elle n'a plus faim elle ne doit pas se forcer. Je lui propose alors d'aller s'asseoir dans le salon juxtaposé à la salle, dans un coin tranquille dans un fauteuil près de la fenêtre, elle accepte et me suit. Je la rassure par des paroles contenant et Mme V s'endort ensuite au bout de quelques minutes. Est-il possible de prévenir les troubles du comportement dans ce cas précis ? Nous en discuterons un peu plus tard.

3.2.4.3 Evolution

Le premier NPI-ES effectué le 26 Décembre 2014 atteignait un score de 86 points. Le dernier NPI-ES date du 26 Février 2015. Mme V a obtenu un score de 44 points avec des idées délirantes, une anxiété et des hallucinations encore très présentes. Une agitation, une irritabilité et des troubles du sommeil ont également été mis en avant.

Je propose désormais à Mme V des séances axées sur la conscience corporelle en lui permettant de mettre son corps en mouvement afin d'essayer de créer une relation de confiance avec ce corps qui a été tant de fois mis à mal. J'essaye d'accentuer les séances sur ce qu'elle apprécie, sur des choses qu'elle sait faire.

3.3 Mr B

3.3.1 Anamnèse

Mr B âgé de 60 ans est né le 10 février 1955. Il vit avec ses trois enfants et sa femme. Il a ouvert sa propre entreprise d'électricité. C'est un homme très actif, il fait de la moto, du golf, du bricolage, il marche beaucoup et voyage. Ce monsieur n'aime ni lire ni écouter de la musique.

Le diagnostic d'une démence de type Alzheimer a été posé en 2010. Sa femme a dû arrêter de travailler à cause de la maladie de son mari.

Il entre dans l'UHR le 4 Décembre 2013. Le motif d'admission concerne une agressivité vis-à-vis de son entourage et des troubles du comportement vis-à-vis de sa femme.

Un NPI-ES a été passé à Mr B le 9 Décembre 2013. Il a obtenu un score de 40 points avec comme troubles psycho-comportementaux prédominants des hallucinations, une agitation verbale et physique, une anxiété, une irritabilité et un comportement moteur aberrant. La grille AGGIR a également été passée lors de son entrée dans l'unité. Il se situe dans le groupe 2 avec une dépendance totale dans la toilette, l'habillement, la cohérence et l'orientation temporo-spatiale.

Actuellement, Mr B présente une aphasie, une agnosie, une amnésie, une apraxie, une hypertonie globale, une désorientation temporo-spatiale. D'un point de vue des troubles psycho-comportementaux, la déambulation, des hallucinations, de l'anxiété et une agitation peuvent être observées.

3.3.2 Bilan psychomoteur

Pour Mr B, un bilan d'observation dans l'unité a été fait. Le but n'étant pas de mettre le résident en échec, aucun bilan coté n'a été passé. Mr B mangeait seule avec un peu d'aide, il était attentif aux personnes qui l'entouraient sans pour autant entrer en interactions avec ses pairs. Une posture en cyphose est également visible. D'un

point de vue de l'organisation temporo-spatiale des difficultés sont observés. Il arrive à rester assis pendant les activités.

Il est suivi en psychomotricité pour ses troubles praxiques, son hypertonie, son anxiété ainsi que la déambulation.

3.3.3 Prise en charge

La prise en charge de Mr B a débuté un an avant que j'arrive dans l'unité. Depuis le début de son suivi, il mangeait seul et bénéficiait uniquement d'un accompagnement au repas. Cependant une dégradation progressive notable de ses praxies a entravé ses capacités à manger sans aide. La prise en charge en psychomotricité est depuis cette période axée sur le temps des repas. La psychomotricienne utilise le déjeuner comme médiateur de la relation. La psychomotricienne peut lui proposer un temps de toucher thérapeutique pour réduire les temps de déambulation, recentrer Mr B sur son corps, ses sensations et agir sur son hypertonie et son anxiété.

3.3.3.1 *Troisième séance*

En fin de matinée, des cris se font entendre d'une des chambres. Ils venaient de la chambre de Mr B qui était maintenu par une contention sur son fauteuil car d'après les aides soignants et les infirmiers il déambulait un peu trop dans l'unité. Personne n'est venu le voir pendant les trente minutes qui se sont écoulés avant notre arrivée.

L'heure du repas approchant, la psychomotricienne décide de passer ce temps avec lui. Elle enlève la contention et dans les yeux de Mr B un signe de soulagement se fait sentir. On ressent une envie de sa part de nous dire quelque chose. Mr B ne cri plus, il a même le sourire. Le déjeuner se passe bien, il a un bon appétit. Il arrive que ce dernier dise quelques mots comme « ca va », « merci », « non », « ouais ». Parfois une sorte de bégaiement apparaît chez lui quand il veut communiquer, à ce moment là, ses yeux montrent qu'il est présent à ce dialogue, à cette rencontre.

A la fin du déjeuner, la psychomotricienne lui laisse la possibilité de sortir de sa chambre mais il reste sur son fauteuil, sans signes d'agitation.

3.3.3.2 *Septième séance*

En fin de matinée, un bruit de fond est présent : il provient de la cuisine attenante et des résidents qui prennent place dans la salle à manger. Mr B déambule dans l'UHR comme à son habitude.

Mais au bout de quelques minutes, le bruit ambiant s'amplifie, les soignants bougent dans toute la salle afin de servir le repas à tout le monde. Suite à cette agitation, le comportement de Mr B change : il déambule de manière plus rapide, son visage paraît plus fermé, plus anxieux, il ne sait plus où aller et fait des allers retours incessants.

La psychomotricienne décide alors de l'amener dans un coin plus calme de la salle, afin de l'éloigner de ce bruit permanent. Mr B accepte de s'asseoir sur le fauteuil, et patiente avec un morceau de pain et du fromage jusqu'à ce que son repas arrive.

Le repas se déroule dans de bonne condition, Mr B a un bon appétit, il finit son repas. Par la suite, je lui propose un toucher thérapeutique, comprenant des pressions et des vibrations, tout en y ajoutant des inductions verbales rassurantes et contenant, il s'endort sur son fauteuil.

Comment agir sur l'environnement pour prévenir les troubles du comportement ? J'essaierai un peu plus tard dans mon développement de trouver des hypothèses possibles à mettre en place.

3.3.3.3 *Treizième séance*

En début d'après-midi, j'arrive dans l'unité avec la psychomotricienne, Mr B a un rythme de marche soutenu avec une hypertonie globale qui est le prémice d'un état d'énervement. Sur son visage la colère s'exprime. La psychomotricienne lui propose un temps de toucher thérapeutique en salle par des pressions au niveau de la

tête jusqu'au pied en mettant des noms sur toutes les parties du corps touchées en station assise. Mr B paraît concentrer sur ses sensations.

Ce temps de pause semble avoir été efficace sur Mr B qui se calme et semble plus serein. Il reste assis quelques minutes puis se relève et pars dans les couloirs de l'unité en déambulant dans un rythme adapté.

3.3.3.4 *Quinzième séance*

En fin de matinée, des cris se font entendre de la chambre de Mr B il était en contention sur son fauteuil. La psychomotricienne s'approche alors de lui pour le lui enlever et une forte odeur émane de Mr B il avait déféqué dans sa protection. A la suite du change, Mr B nous dit « merci ». Mr B est par moment très expressif et à d'autre moment son regard est vide, comme si il y avait des moments de lucidité.

Nous restons ensuite avec lui pour le repas. Mr B a un bon appétit, ne cri plus et arrive même à tenir son verre seul, et à manger son fromage.

Un temps de toucher thérapeutique lui est proposer à la fin du repas afin qu'il s'endorme paisiblement sur son fauteuil. Mr B apprécie les percussions au niveau des clavicules.

3.3.3.5 *Evolution*

Un second NPI-ES a été réalisé le 31 Janvier 2014 avec un score de 63 points. Les idées délirantes, les hallucinations, une agitation, de l'anxiété, une irritabilité, un comportement moteur aberrant ainsi que des troubles du sommeil ont été décrits. Un autre NPI-ES a été passé le 16 Octobre 2014 avec un total de 49 points. Des hallucinations, une agitation, une anxiété, une irritabilité, des troubles du sommeil et des troubles moteurs aberrant ont été observées.

L'ouverture prochaine du jardin thérapeutique, en libre accès pour les résidents de l'UHR, permettra à Mr B de circuler selon ses envies dans un lieu sécurisé avec de multiples stimulations sensorielles qui lui permettront d'interagir avec le monde extérieur.

Discussion

Grâce aux différents apports théoriques et à la clinique suscitée par mon lieu de stage, je vais désormais tenter de faire le lien dans la discussion. Dans un même temps, j'essayerai de donner une réponse cohérente aux différentes hypothèses qui m'ont questionnée durant toute cette année. J'ai pu prendre conscience que la prévention en psychomotricité ne se limitait pas uniquement aux résidents, elle doit également inclure les soignants, les aidants et l'environnement.

1 La psychomotricité auprès des patients

La relaxation et le toucher thérapeutique en psychomotricité permettent d'accompagner le patient dans des moments d'angoisse.

La personne âgée continue de vivre des expériences corporelles même si leur intensité diminue. Le vieillissement amène à une diminution des sensations, des afférences sensorielles, les frontières du Moi, en référence au Moi-Peau, deviennent floues. L'enveloppe psychique qui sépare le dedans/dehors apparaît déficitaire. La relaxation et le toucher thérapeutique sont alors présentés comme restructurateurs de ces fonctions du Moi-Peau.

Le moi-peau s'étaye sur des stimulations sensorielles dès le plus jeune âge. Le moi-peau correspond à une construction du Moi par étayage de la peau.

Je décrirais uniquement six des huit fonctions du Moi-peau décrites par Didier Anzieu, celles qui me paraissent les plus pertinentes par rapport à mes observations dans la relaxation et le toucher thérapeutique.

1.1 Le toucher thérapeutique

C'est un moyen de rentrer en communication avec autrui lorsque le dialogue verbal est restreint. Le toucher doit être bienveillant et non intrusif. Il est à relier avec le dialogue tonique, lien entre tonus et émotion. Par le biais de ce toucher, il va pouvoir émerger une relation de confiance. Il permet de redonner des sensations de limites, de globalité du corps diminuant ainsi les angoisses.

L'unique moyen pour Mr B, présentant une aphasie importante, de s'exprimer est de passer par le corps ou par les cris. Il faut avant tout comprendre quelles sont ses intentions. Toutes ces réactions devront être interprétées afin de leur donner du sens. Un des moyens de rentrer en communication avec ce monsieur est le toucher. Il semble permettre à Mr B de se recentrer sur ses sensations, sur son corps, sur quelque chose de réel. Cela paraît rassurant pour lui, ce qui pourrait expliquer qu'il se calme, se détend et peut rester ainsi poser tranquillement. Cette sécurité peut se traduire par le rythme de marche de Mr B qui se modifie.

Le toucher peut être associé à la ritualisation du bercement, c'est l'apaisement par excellence. C'est le premier sens qui s'étaye dès le troisième mois. Le toucher thérapeutique permet la conscientisation de l'unité corporelle, de la continuité du corps.

1.1.1 Fonction de maintenance

La fonction de maintenance, étayée sur le Holding, se construit par la richesse des interactions avec la mère, d'interactions du regard, du porter. Il correspond au portage physique mais aussi psychique. Le toucher va permettre de sentir une unité corporelle, un repère stable. La nomination des différentes parties du corps, lors du toucher thérapeutique, a sans doute permis à Mme R de sentir son corps. Ma voix l'a porté et l'a rassuré durant la séance lui permettant d'arriver à un état de détente.

1.1.2 Fonction de pare-excitation

La fonction de pare-excitation passe principalement par le toucher qui va restimuler cette fonction. Elle permet de gérer l'excès de stimulations. Dans le cas de Mr B, un toucher thérapeutique peut être réalisé à la fin des repas. Il lui permet alors de rester dans un état de calme malgré les bruits de la cuisine et des autres patients.

1.1.3 Fonction de différenciation

La fonction de différenciation permet d'avoir conscience de ses propres limites corporelles, de se différencier de l'autre. Mr B se trouve en permanence dans une carapace tonique. En conséquence, les limites corporelles de Mr B peuvent être floues. Le toucher va permettre d'étayer cette fonction de différenciation en renforçant la prise de conscience d'un corps différents d'autrui. Il est alors dans la relation, des regards sont échangés.

1.1.4 Fonction d'intersensorialité

La fonction du *Moi-peau, d'intersensorialité*, permet de faire le lien entre les sensations qui sont souvent carencées. Dans le cas de démences, il est essentiel de proposer des stimulations globales comme le toucher thérapeutique. Pour Mme R, les sensations tactiles, kinesthésiques sont alors mises en lien.

1.2 La relaxation

La relaxation favorise la perception et la conscience corporelle, en s'appuyant sur la mémoire sensorielle, émotionnelle et corporelle. Grâce au toucher thérapeutique et aux inductions verbales, une revalorisation du corps est l'un des objectif de la relaxation. Le but est de reprendre contact avec son corps, d'apaiser les angoisses grâce aux sentiments de globalité. C'est une méthode adapté aux besoins et aux capacités du résident. La relaxation se fonde sur la relation. Elle permet d'accéder à une détente à la fois psychique et corporelle.

Mme R verbalise en fin de séance, décrite p. 40, se sentir « moins forte » et avoir « moins peur ». Ses paroles peuvent traduire une sensation de détente et un sentiment de sécurité. Nous pouvons en déduire que la séance a eu des effets sur la résidente.

Le but premier de la relaxation est d'amener le sujet à trouver un tonus « juste », par du toucher thérapeutique, des mobilisations, des inductions. La peur est généralement traduite corporellement par un recrutement tonique, un état de vigilance extrême. Cette hypertonie étant atténuée à la fin de la séance, je peux en déduire que la relaxation a eu des répercussions positives chez Mme R.

Au bout de plusieurs séances, elle paraît moins perméable à l'environnement. Elle semble peu angoissée et gère mieux les stimuli externes. Son rythme de marche pendant les déambulations est plus calme, l'équipe la trouve plus détendue. Elle parvient même à rester assise pendant de longues minutes.

1.2.1 Fonction de contenance

La fonction de contenance fondée sur le Handling, s'est traduite par l'image d'une bulle, d'une enveloppe, en début de séance et ma voix présente en continue. La peur étant diminuée par des paroles soutenantes et rassurantes, un toucher thérapeutique adapté, tout cela a permis à Mme R d'entrer dans une relation de confiance avec moi, le tonus s'est donc abaissé naturellement. D'après Didier Anzieu, « l'enveloppe sonore redouble alors l'enveloppe tactile »⁵³.

Dans le cas de Mme R, le remplissage compulsif peut être le reflet d'un manque de contenance, d'un sentiment de vide interne, lié à l'angoisse, qu'elle pallie à sa manière. Les séances de relaxation permettent en partie d'y remédier pendant un certain temps.

1.2.2 Inscription des traces sensorielles

L'inscription des traces sensorielles se réfère à la mémoire corporelle. Le toucher thérapeutique et la relaxation font appel à cette mémoire indélébile même dans le cas de la maladie d'Alzheimer. « Le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons [...] de traces

⁵³ Didier Anzieu, 1995, p.124

cutanées. »⁵⁴ Nous pouvons faire le lien avec Mme V qui avec ses multiples opérations, a du mal à entrer dans un état de détente lors de la séance de relaxation, en lien avec ses sensations corporelles. Elle ressent un corps « lourd », lourd de son passé, de l'ensemble de ses traces corporelles.

Toutes ces fonctions du moi-peau nous ramène, nous thérapeute, à une position maternante, amenant le relaxé à une position régressive. Le transfert est donc inévitable.

1.2.3 Le transfert

Il correspond à une réédition d'un mode de relation ancien. Il y a une notion de déplacement dans le temps mais aussi de personne. Le sujet peut inconsciemment faire jouer au thérapeute l'attitude attendue d'une figure parentale.

Lors de la séance sept, décrite p. 40-41, Mme R et moi avons une relation particulière, des regards intenses sont perçus, une attention privilégiée m'est donnée lorsque je viens la chercher pour la séance. J'en parle à la psychologue du service car cette situation m'intrigue par son caractère récurrent. Elle émet l'hypothèse que Mme R ferait le lien entre son père et moi, ayant tous les deux les yeux bleus.

A la fin de cette séance, grâce aux verbalisations de Mme R, j'ai pensé qu'il s'agissait d'une question de transfert. Mon regard bienveillant et mon attention particulière pour elle a permis à cette résidente de revivre un lien particulier porté lors des premières années de vie par le père et la mère.

Dans le cas de Mme R, l'espace de relaxation amène un support propice au transfert grâce à cette asymétrie de la relation appelée transfert de base, mais également par la situation, le cadre de la séance nommé transfert médiat. Grâce à ce transfert, s'établit la confiance. D'après Jean Laplanche et Jean-Baptiste Pontalis, « c'est la rencontre des manifestations du transfert en psychanalyse [...] qui a permis de reconnaître dans d'autres situations l'action du transfert,

⁵⁴ Ibid., p. 128

soit que celui-ci se trouve au fondement même de la relation en jeu (hypnose, suggestion), soit qu'il y joue, dans des limites à apprécier, un rôle important »⁵⁵.

La relaxation par visualisation, dans sa fonctionnalité, ressemble à un test projectif. Elle offre un écran sur lequel se projette la vie psychique du sujet. C'est l'écho affectif qui émerge des profondeurs. Il y a ici un transfert de l'objet protecteur, représenté par le père, qui va permettre à Mme R de s'apaiser. Nous pouvons également imaginer que cela a permis une revalorisation, une renarcissisation.

Le transfert s'étaye à la fois par la voix, le toucher, mais aussi par le regard porté sur Mme R. Elle introjecte « le bon » que je lui offre lors de ces séances.

1.2.4 Régression et mémoire corporelle

On observe le même acte de transfert lors de la neuvième séance lorsque Mme R, au moment du temps de parole m'évoque un pique-nique avec son papa. Nous pouvons comprendre que la séance de relaxation a pu avoir un effet de régression. C'est ici que la mémoire corporelle, décrite dans la partie théorique, semble s'activer. D'après M. Bounes, « Dans la relaxation, le corps est capable d'éprouver en ce moment l'histoire tonique dont il a été le théâtre. »⁵⁶

La première séance de Mme V, décrite p. 49, nous montre que cette séance lui a permis de mettre des mots sur ses maux. Pourquoi a-t-elle utilisé ce mot « charge » ? Cette première séance de relaxation a sûrement remis à la surface des douleurs passées. La fonction de la relaxation est de ressortir les échos du corps. Je parle ici de la mémoire corporelle : elle représente toutes les marques affectives inscrites dans le corps.

Nous pouvons faire le lien avec son histoire personnelle : Mme V a eu de nombreux soucis de santé comprenant de multiples opérations,

⁵⁵ Jean Laplanche et Jean-Baptiste Pontalis, 2007, p. 493

⁵⁶ M. Bounes, 1986, p. 325

un cancer de l'utérus, un tassement vertébral. Cette première séance de relaxation, a été sûrement depuis très longtemps la première fois qu'elle renouait un certain lien avec ce corps.

D'après M. Bounes, « l'un des buts de la relaxation est de renouer avec l'histoire de son corps »⁵⁷. C'est sans doute pour cela que Mme V était encore anxieuse à la fin de la séance. Tous ses traumatismes corporels enfouis, ont peut-être refait surface, ce qui fait naître une certaine angoisse. Toutes ces marques indélébiles, constituent les pierres fondatrices de l'identité. Michel Personne le résume parfaitement en disant que « le corps de l'humain n'est pas un objet, il est identité. »⁵⁸

Pour Mme R, la question de la mémoire corporelle est également présente. Depuis peu, elle s'installe d'elle-même sur le plan bobath où nous avons l'habitude de faire les séances de relaxation. Elle a dû associer cette salle et ce fauteuil à un moment de détente, et s'y installe lorsqu'elle en a besoin.

1.2.5 Mise en éveil des différents sens

La relaxation, mettant en avant la mémoire corporelle est également rattachée à la mémoire émotionnelle et sensorielle. Cette médiation met en avant les différents sens et les lient entre eux.

Dans le regard de Mme R, présent durant les séances, quelque chose de l'ordre de l'intégration sensorielle et de la fascination en émane. D'après un article de Geneviève Haag, « dans les moments intenses d'interrelation, le regard joue progressivement un rôle unificateur, intégrateur des autres modalités sensuelles et sensorielles, toniques et kinesthésiques particulièrement fondatrices de l'émergence du sens de la profondeur »⁵⁹.

Durant les séances de relaxation, cinq sens sont en liens : le contact lors du toucher thérapeutique, soutenue par ma voix, la vue

⁵⁷ Ibid., p. 321

⁵⁸ Michel Personne, 2011, p. 9

⁵⁹ Geneviève Haag, 2008, p.16

également lorsque certains regards sont échangés mais aussi par l'odorat.

Le toucher thérapeutique grâce à son effet contenant, associé à des paroles soutenantes, est en lien avec les soins apportés par la mère lors de l'enfance, on parle alors de Holding et de Handling. Je pense avoir su l'écouter afin de combler ses besoins. Ce bain de parole permanent crée une enveloppe sonore rassurante.

Toutes ses stimulations sensorielles sont également présentes lors de la prime enfance. Cette interaction avec le monde environnant permet à l'enfant de se construire. Nous pouvons ici faire le lien avec l'image du corps qui est sans cesse créée et recrée par les contacts, les regards, les mots prononcés. D'après Marc Guiose et Odile Gaucher-Hammoudi, « la voix en relaxation, qui porte les mots jusqu'au corps du relaxé, s'intègre au niveau de son image du corps et, de là, fait écho à ses affects et au narcissisme. »⁶⁰

Pour conclure, la relaxation et le toucher thérapeutique sont des médiations applicables pour des personnes présentant des troubles du comportement. Leurs interactions avec l'environnement sont plus adaptées, des résultats sont observables sur le comportement des résidents : ils paraissent détendus, souriants, plus dans la relation.

2 Le travail relationnel au sein de l'équipe

2.1 Apport du travail pluridisciplinaire

Une relation de confiance entre soignant doit être présente afin d'améliorer la coordination des soins. Le partage des connaissances et le respect de chaque soignant me paraissent primordiaux. Le point de vue de chaque professionnel est différent selon leur formation: l'apport médical, paramédical, les observations dans la vie quotidienne apportées par les aides soignants et les infirmiers ainsi que la sphère psychologique. Toutes ces connaissances entrecroisées

⁶⁰ Marc Guiose et Odile Gaucher-Hammoudi, 2007, p. 50-51

permettent une meilleure compréhension des comportements des résidents.

La communication entre soignants permet de mettre en commun les différentes observations sur des moments clés où les troubles du comportement sont les plus prédominants. Qu'est ce qui entretient ces troubles dans le temps? Quel est l'événement déclencheur? Qu'est ce qui les apaise? C'est le début de la prévention. Des réunions de synthèse sont mises en place une fois par semaine afin de discuter en équipe du suivi et de l'évolution de chaque patient avec le médecin, les aides soignants, la psychologue, les psychomotriciennes, les infirmiers.

Dans le cas de Mr B, les réunions permettent d'aborder le sujet de la contention : Pourquoi elle est mise en place? Question de sécurité ou gêne? La contention doit se faire sur prescription médicale et doit avoir un objectif précis. L'équipe met la contention en place uniquement si les autres mesures, adaptations médicamenteuses, relationnelles ne sont pas efficaces. Sa mauvaise utilisation peut avoir des répercussions : Pierre Charazac insiste sur le fait que « la contention comporte davantage de risques que la déambulation »⁶¹. Le but étant d'avoir un regard pluridisciplinaire afin de réfléchir sur les solutions pouvant être apportées.

2.2 La place du psychomotricien dans les moments de vie quotidienne

Dans l'UHR, cette relation est délicate, elle touche à la dépendance des résidents. On prend soin d'un corps ou de la personne? Dans certains cas, le corps n'est plus qu'un objet. Cette situation peut être un moyen de se protéger. Il faut à la fois avoir de l'empathie tout en restant à la place du professionnel dans le respect des besoins du résident. Le tout est d'être dans une disponibilité et un engagement corporel adapté. Au-delà de la compréhension de la

⁶¹ Pierre Charazac, 2011, p. 254

pathologie, c'est prendre en compte l'identité, la personnalité, l'individualité des résidents.

Trois besoins apparaissent comme fondamentaux pour le résident : la sécurité, l'affectivité et le sentiment d'utilité. Le but de l'équipe est de réussir à combler ces trois besoins. Cela sera possible si les deux protagonistes sont dans la relation. L'identité du sujet est en jeu dans cette relation avec le soignant.

Maintenir une écoute, une attention permet à la personne de préserver un sentiment d'existence, de ne pas être dans l'isolement, il y a quelqu'un est là pour le soutenir, l'aider. La personne est âgée mais elle reste avant tout un être humain encore présent au monde. Son esprit, son corps est toujours là. « L'objectif premier du prendre-soin est le respect et le soutien de l'identité et de l'individualité de la personne fragile ». ⁶²

Dans le cas de Mme V, lors de la séance huit décrite p. 15, l'écoute apparaît difficile. L'objectif est de comprendre pourquoi elle n'a plus faim : quelque chose la dérange ? A-t-elle pris son petit-déjeuner deux heures plus tôt ? Dans le cas de Mme V, la séance du groupe sensoriel qui se déroulait juste avant le repas était axée sur les fruits. Les résidents ont goûtés plusieurs fruits, son manque d'appétit peut expliquer la situation. Mme V se sentant forcer lors du déjeuner, commence à s'énerver, les troubles du comportement font leur apparition.

Lors de ces moments difficiles comme le repas, il est intéressant de reprendre cela en équipe et d'en discuter afin d'améliorer le temps du repas pour les résidents et les soignants. Il est également important de revenir en équipe sur les habitudes des résidents : si le patient avait l'habitude de manger peu le midi, il faudra maintenir cette routine afin d'éviter l'apparition de troubles du comportement (agitation, agressivité). Chaque patient est différent par son histoire, il faudra alors s'adapter à chacun.

Le psychomotricien peut accompagner ces moments de repas en prenant le temps de s'installer à table et de remettre du lien social

⁶² Jérôme Pellissier, 2014, p. 210

entre les résidents. L'objectif est de repérer la meilleure porte d'entrée dans la relation, par la parole, le regard, le toucher. Le repas reste avant tout un instant paisible de partage et de convivialité.

3 L'impact de l'environnement

Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont hypersyntones : ils sont en adhésion totale avec l'environnement. Il faudra alors faire attention à la lumière, aux bruits, à la température. La moindre modification de l'environnement interne et/ou externe impactera sur le comportement du résident.

Des causes somatiques peuvent être à l'origine d'un trouble du comportement. Le moment des selles est porteur d'angoisse et d'agitation pour Mr B : cet instant apparaît rempli de non-sens. Il semble avoir conscience des modifications corporelles, sans pouvoir les contrôler ni même leur donner du sens. Notre rôle est de faciliter leur compréhension, de verbaliser et donner sens aux manifestations de l'environnement. « Ces hommes vivent en quelque sorte dans une réalité, dans un monde parallèle au nôtre : un monde où les choses et les phénomènes qui nous semblent évidents, rassurants, solides, peuvent soudain devenir incertains, inquiétants, fragiles. »⁶³

L'hypostimulation ou l'hyperstimulation aura un impact sur le comportement des résidents. D'après Pierre Charazac, « on peut lier la sécurité interne à la sécurité apportée par le cadre »⁶⁴. Si l'environnement est adapté et répond aux besoins du résident, une sécurité interne émergera et les troubles du comportement seront amoindris. Tous les bruits présents dans la salle à manger correspondent sûrement à un surplus de stimulation pour Mr B se traduisant par une agitation, par une inadaptabilité à son environnement.

⁶³ Yves Gineste et Jérôme Pellissier, 2007, p. 126

⁶⁴ Pierre Charazac, 2011, p. 422

Comment sécuriser le patient dans notre façon d'être ? Dans un premier temps il faut prendre en compte l'importance du contrôle de nos propres émotions. Si notre voix et notre attitude sont rassurantes cela aura un effet apaisant sur le résident. Par la suite, un dialogue tonico-émotionnelle pourra être instauré, « Dès que le corps est réinvesti, la personne trouve une base de soutien puis un contenant suffisamment sécurisant pour se poser »⁶⁵. Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer sont très sensibles à la communication non-verbale. Ils vont s'appuyer sur nos mimiques pour comprendre nos intentions et nos sentiments. Il faut s'adapter à la façon dont le patient communique. Le toucher thérapeutique est un moyen de communication et d'apaisement.

Lors de l'arrivée dans l'unité les habitudes des résidents ont été bouleversées : ce n'est plus le même logement, les heures des repas et des toilettes sont fixes. Cette situation impacte sur l'identité du patient. Tout ce qui constituait la vie des résidents disparaît, ils n'ont plus de repères. Un travail en équipe autour de l'histoire du résident apparaît pertinente afin d'en extraire des informations pouvant être maintenues dans le service. Il faudra également laisser aux patients un maximum d'autonomie en valorisant leurs capacités.

4 Quelques pistes de prévention

Afin de prévenir les troubles du comportement, l'objectif principal est de trouver le facteur déclencheur. Pour cela, il faut d'abord regarder d'un point de vue somatique. Beaucoup de trouble du comportement peuvent provenir de cette cause : le résident à faim, il a mal dormi, il a besoin d'aller aux toilettes.

Une fois cette cause écartée, connaître l'histoire, les habitudes des résidents sont importants et peuvent fournir des informations précieuses. Si le patient avait l'habitude de faire du sport, s'il préférerait rester chez lui devant la télé, s'il ne prenait pas de petit déjeuner. Tous ces détails permettent de mieux connaître le patient.

⁶⁵ Evolutions psychomotrices, 2009, p. 69

S'il déambule dans l'unité c'est peut être parce qu'il aimait se balader. Jérôme Pellissier corrèle la déambulation à d'autres significations : « parce que je m'ennuie [...] parce que ça m'aide à penser, parce que ça m'aide à ne pas penser [...] parce que l'immobilité c'est la mort »⁶⁶

Un autre point important est de repérer le lieu de survenu, le moment, l'environnement et les évènements précédents le trouble.

A l'aide de toutes ces informations, une réflexion en équipe est envisageable afin de trouver une solution adaptée.

⁶⁶ Jérôme Pellissier, 2014, p. 42

Conclusion

A la suite de cette réflexion, je peux affirmer qu'il est possible de prévenir certains troubles du comportement. Associés à la maladie d'Alzheimer, ils impactent la relation à l'environnement. Notre but est de reconstruire ces liens en y mettant du sens. Ce travail peut se faire dans les moments de la vie quotidienne comme les repas, les toilettes, une discussion, grâce à des paroles rassurantes, contenant, mais aussi par une capacité du psychomotricien à recevoir. Les résidents transmettent « des signaux » par leurs expressions, leurs corps et nous devons savoir être à l'écoute par notre disponibilité. Nous devons maintenir un sentiment de sécurité, par notre présence, nos paroles, notre aptitude à savoir entendre, écouter et comprendre leurs messages. Tout cela permet aux résidents de se sentir exister, d'avoir une identité, faille importante présentée dans la maladie d'Alzheimer.

Dans ce type de pathologie, la relation est primordiale. C'est une nouvelle rencontre à chaque instant. Elle s'ancrera dans le dialogue verbal et dans un dialogue tonico-émotionnel. Cette relation, fondée sur la confiance et l'écoute, permettra aux résidents de ne pas rester dans l'isolement, de mieux les connaître et de mieux comprendre la perception du monde selon leur vision. Nous aurons ainsi des indices sur leurs craintes, leurs désirs. Les troubles du comportement sont dus, pour la plupart, à une mauvaise compréhension des envies et besoins du patient. Les relations vont permettre également de combler le manque affectif de ces résidents. Elles vont pouvoir se faire dans les moments de la vie quotidienne mais aussi par l'intermédiaire de médiations.

La relaxation, le toucher thérapeutique vont permettre de combler le manque de sécurité, le manque d'affectivité pour certains résidents. Les médiations en liens avec le corps, les émotions me paraissent les plus adaptées avec ces patients présentant des troubles du comportement. Ils s'expriment principalement par le corps, médiateur principal du psychomotricien. La Balnéothérapie serait donc une autre médiation envisageable dans l'UHR. Les émotions

quant à elles sont inscrites dans un répertoire qui reste pérenne. Elles restent donc un moyen de comprendre et de se faire comprendre en retour.

Une fois cette écoute entre les deux protagonistes créée, il faut savoir répondre, si possible, aux besoins du résident. Pour cela, l'UHR essaye à la fois de maintenir les capacités des résidents le plus longtemps possible tout en répondant au mieux à leurs désirs. L'objectif étant de ne pas faire « à la place de » mais bien de leur montrer leur capacité à être autonome. Notre but est de donner les bons outils pour mieux interagir avec l'environnement, que ce dernier soit adapté. Cette « indépendance » donnée aux résidents permet de maintenir un sentiment d'utilité mais aussi une continuité de leur identité, mise en péril par les troubles du comportement et par la maladie d'Alzheimer.

Comme le dit très justement Jérôme Pellissier : « Il faut donc rappeler que la prévention comme l'apaisement des 'comportements troublés' passent avant tout par la concrétisation-portée par le projet de prendre-soin de l'établissement-, dans tous les moments quotidiens de relations, que l'objet en soit une aide au repas ou une prise de sang, de ce que nous ne cessons justement jamais d'être dans une relation, et dans une relation de prendre-soin, autrement dit soutenante, et soutenue par l'attention à la personne, le souci de son bien-être, de son autonomie, de son identité... » ⁶⁷

⁶⁷ Jérôme Pellissier, 2014, p. 344

Bibliographie

Catherine Potel, (2000), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Paris, Editions in press, 2008

Didier Anzieu, (1985), *Le moi-peau*, Paris, Dunod, 1995

Dr Frédéric Sedel et Pr Olivier Lyon-Caen, (2010), *Le cerveau pour les nuls*, Paris, XO éditions

Dr Louis Ploton, (1996), *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage*, Lyon, chronique sociale

Eliane Christen-Gueissaz, (2008), *Le bien-être de la personne âgée en institution : un défi au quotidien*, Paris, Seli Arslan

Françoise Dolto, (1986), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil

Jacinthe Grisé, (2014), *Accompagner la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé*, Canada, Presses de l'Université Laval

Jean-Charles Juhel, (2010), *La psychomotricité au service de la personne âgée : réfléchir, agir et mieux vivre*, Canada, Presses de l'Université Laval

Jean-Claude Carric, (2001), *Lexique*, Paris, Vernazobres-Gregio

Jean Laplanche et Jean-Baptiste Pontalis, (2009), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, (2007, 1967).

Jean-Michel Albaret et Eric Aubert, (2001), *vieillesse et psychomotricité*, Paris, Solal

Jérôme Pellissier, (2010), *Ces troubles qui nous troublent : Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels*, Paris, Erès

M. Bounes, Gérard Hermant, (1986), *Le corps et sa mémoire*, DOIN éditeurs, Paris

Marc Guiose, (2007), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heures de France

Marc Guiose et Odile Gaucher-Hamoudi, (2007), *soins palliatifs & psychomotricité*, Paris, Heures de France

Michel Personne, (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Paris, Erès

Pierre André, (2013), *Psychiatrie de l'adulte, formations médicales et paramédicales*, Paris, Heures de France

Yves Gineste et Jérôme Pellissier, (2014), *L'humanité : comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Paris, Armand Colin, 2007

Cours :

Cécile Pavot, Cours de psychomotricité, première année de formation en psychomotricité, 2012-2013

Christophe Lefèvre, Cours de gériatrie et d'option gériatrie, troisième année de formation en psychomotricité, 2014-2015

Mehdi Aoun Sebati, Cours de neuro-psychomotricité, troisième année de formation en psychomotricité, 2014-2015

Yolande Fradet-Vallée, Cours de psychologie, deuxième année de formation en psychomotricité, 2013-2014

Revue :

Sabine Garufi-Hoetzel, (2009), *Eclairage psychomoteur en gérontologie (cahier 1)*, Paris, Evolutions psychomotrices, vol. 21, N°84

Soin gérontologie, (2008), *Psychogériatrie et troubles du comportement*, n° 73

Sitographie :

<http://www.resantevous.fr/wp-content/uploads/2011/12/La-psychomotricit%C3%A9-en-g%C3%A9rontologie.pdf>

Bois-Choussy Christelle, psychomotricienne, présente le rôle du psychomotricien auprès de la personne âgée.

<http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2008-4-page-14.htm#no1>

Article de Haag Geneviève de 2008, extrait de la revue *Enfances & Psy. Description des fonctions du regard.*

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

Définition de la démence

<http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>

Description du plan maladies neurodégénératives 2014-2019

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

Maladie d'Alzheimer et troubles du comportement décrits par la Haute Autorité de Santé (HAS).

http://www.cmrr-nice.fr/doc/NPI_soignant_fr.pdf

Inventaire neuropsychiatrique pour l'équipe soignante

Annexe I

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					[]	

Résumé :

Les troubles du comportement sont les premiers motifs d'admission dans l'unité d'hébergement renforcée (UHR). Ils se caractérisent par une incapacité d'interagir de manière adaptée avec l'environnement entraînant des répercussions sur l'identité des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et sur la relation avec les soignants. L'incompréhension et les difficultés de communication amènent alors chez ces résidents, des comportements d'agitation, voire d'agressivité pour certains d'entre eux. Afin d'en diminuer les conséquences, la prévention serait une hypothèse intéressante d'intervention. Mais quels seraient les moyens à notre disposition pour la mettre en place ? Quelles médiations seraient les plus cohérentes ?

Mots clés : Troubles du comportement - Maladie d'Alzheimer - unité d'hébergement renforcée - Prévention - Relation - Environnement

Summary:

Behavioural disorders are the first reasons for admission in the special care unit (UHR). They are characterized by an inability to interact appropriately with the environment resulting impact on the identity of patients with Alzheimer's disease and the relationship with caregivers. Misunderstanding and communication difficulties induce in these residents, agitation behavior or aggressiveness. To reduce the consequences, prevention would be an interesting hypothesis of intervention. But what would be the resources we have at our disposal to implement it? What mediations would be most consistent?

Key words: Behavioural disorders - Alzheimer's disease - special care unit - prevention - relationship - environment